



Universidade de São Paulo

Biblioteca Digital da Produção Intelectual - BDPI

Sem comunidade

Scielo

2012

A relação professor-aluno em medicina - um estudo sobre o encontro pedagógico

Rev. bras. educ. med.,v.36,n.3,p.308-316,2012
<http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/38640>

Downloaded from: Biblioteca Digital da Produção Intelectual - BDPI, Universidade de São Paulo

A Relação Professor-Aluno em Medicina — um Estudo sobre o Encontro Pedagógico

The Teacher-Student Relationship in Medicine — a Study on Pedagogical Encounters

Izabel Cristina Rios¹
Lília Blima Schraiber¹

PALAVRAS-CHAVE

- Educação Médica.
- Humanidades.
- Humanização da Assistência.

KEYWORDS

- Medical Education.
- Humanities.
- Humanization of Assistance.

RESUMO

A formação humanística do aluno de Medicina é um importante objetivo educacional nas escolas médicas. Parte dessa formação se dá por meio de disciplinas da área das Humanidades, mas grande parte ocorre pelo aprendizado no ambiente cultural e nas relações interpessoais dentro da escola médica, em especial a relação professor-aluno. Com o objetivo de estudar a relação professor-aluno em uma escola médica padrão no Estado de São Paulo, desenhou-se este estudo de caso. Por meio de observação etnográfica e entrevistas em profundidade, obtivemos dados que foram analisados pelo método hermenêutico dentro de categorias analíticas construídas com base no referencial teórico da pesquisa e nos achados empíricos referentes aos tipos de relação pedagógica observados nessa escola. Descrevemos e interpretamos três tipos de relação dessa natureza, baseados na onipotência do professor, na construção de vínculo e na desqualificação do aluno. Em cada um deles, um modo predominante de comportamento estaria sendo ensinado de modo informal, aproximando ou afastando o ensino da ética e da competência relacional. Conclui-se que as relações professor-aluno na escola médica precisam ser alvo de estudo e atenção, assim como a clara definição de um padrão ético institucional para todos, para que se possa alcançar o objetivo de uma formação humanística em Medicina.

ABSTRACT

The humanistic training of medical students is currently an important educational objective in medical schools. Part of this training is provided through disciplines within the humanities, but a large proportion comes through learning achieved within the cultural environment and interpersonal relationships of the medical school, especially from the teacher-student relationship. With the aim of studying the teacher-student relationship at a typical medical school in the state of São Paulo, Brazil, this case study was designed. Through ethnographic observations and in-depth interviews, in contrast with official teaching documents, we obtained data that were analyzed using a hermeneutic method, within analytical categories that were constructed from the theoretical reference framework for research and the empirical findings relating to the types of pedagogical relationships observed in this school. We constructed three types of relationship of this nature, based on: omnipotence of the teacher, construction of a link and disqualification of the student. In each of these, one predominant mode of behavior was being taught informally, thereby coming closer towards or moving away from the teaching of ethics and relational competence. Teacher-student relationships within medical schools need to be studied further, with clear definition of an institutional ethical standard for everyone, so that the objective of humanistic training within medicine can be achieved.

Recebido em: 15/05/2012

Aprovado em: 10/06/2012

INTRODUÇÃO

A formação humanística do aluno é uma diretriz curricular¹ para o ensino médico no Brasil, que tem por objetivo promover a aquisição de conhecimentos específicos da área de Humanidades, de habilidades de comunicação e construção de vínculo e, particularmente, o desenvolvimento de comportamento moral adequado às boas práticas em medicina²⁻⁵. Pretende-se que, ao final do curso, o aluno seja capaz de estabelecer e sustentar relações intersubjetivas orientadas pela técnica, pela ética e pelo agir comunicativo⁶.

O médico assim formado será capaz de lidar com o fato clínico, considerando aspectos biotecnológicos articulados a valores, direitos e deveres que, a cada situação, devem ser considerados na tomada de decisão⁷. Espera-se também que tenha domínio de algumas técnicas comunicacionais e de interação referentes ao cuidado das pessoas no campo da subjetividade.

Desde a década de 1960, os currículos médicos incluíram as disciplinas da área de humanidades médicas^{8,9} — definidas como disciplinas que têm objetivos e conteúdos que trazem ao campo teórico e prático da Medicina contribuições da Filosofia, Ética, Psicologia, Antropologia, Artes, Sociologia, História, Política, Educação. Entretanto, tais disciplinas dão conta de apenas uma parte dessa formação, uma vez que, em tese, todas as disciplinas do currículo médico têm pontos de contato com a área de Humanidades, principalmente as que se dão no encontro clínico (ou por meio da relação médico-paciente).

A literatura¹⁰⁻¹⁶ atesta tal afirmação, demonstrando que, nas escolas médicas, a construção da postura ética e o pensamento crítico e reflexivo se desenvolvem a partir de disciplinas e condutas que se aprendem nas salas de aula, nos laboratórios e, principalmente, observando os professores em ação na prática cotidiana. Ao mesmo tempo em que afirmam que os alunos, pela observação dos mestres, “modelam” comportamentos e, assim, de certa forma, constroem uma identidade médica, tais estudos contrariam a suposição de que os alunos, por serem adultos com personalidades já formadas, não modificariam valores e atitudes mediante aprendizado na escola médica.

Ao encontro desse fato, considera-se que a prática médica na contemporaneidade se dá em condições científicas, tecnológicas e político-organizacionais tais que exigem do profissional saberes apoiados na área das humanidades médicas para o bom exercício da profissão. Questões sobre o tecnicismo⁷ que reduz a relação médico-paciente a um contato insuficiente à boa prática médica, o uso ético da tecnologia para diversos fins e a organização do trabalho médico, que promove ou dificulta as boas práticas nos serviços, não são aspectos externos ao exercício da medicina, mas pertencem ao seu dia a dia desde o ensino médico.

Nesse sentido, o ensino de Humanidades tem caráter transversal, ou seja, deve ocorrer ao longo da graduação em diversos momentos e lugares, e a formação humanística corresponde ao desenvolvimento de competências ético-relacionais que se dá de forma processual em vários cenários de ensino-aprendizagem do currículo formal, informal e nas diversas interações das pessoas no ambiente acadêmico.

Entre esses vários ambientes de ensino, as relações entre professores e alunos despontam como uma das principais matrizes de interação, na qual se apresentam valores, comportamentos, afetos que são veiculados subliminarmente durante a transmissão de conhecimentos e técnicas, e vão participando da construção da atitude profissional do futuro médico^{16,17,18}.

Nos modelos de educação por aprendizagem ativa¹⁹, há vários anos se dedica especial atenção ao aspecto pedagógico da relação professor-aluno em si mesma e sua função estratégica no desenvolvimento de competência humanística para o ser médico. Nos modelos tradicionais de ensino, ainda que tal aspecto do processo educacional seja aceito como importante, trata-se de tema que só mais recentemente começou a ser estudado cientificamente, tendo em vista a necessidade de mudanças culturais e didático-pedagógicas nas escolas médicas²⁰.

Com o objetivo de abordar a diversidade das relações entre professores e alunos em uma escola de ensino médico tradicional e aprofundar sua compreensão, realizamos este estudo, que enfoca o encontro pedagógico nos aspectos pertinentes à intersubjetividade e, por consequência, a formação humanística do aluno de Medicina: o modo como se dão as relações entre professores e alunos, os comportamentos, os valores em jogo e a ética em questão.

MÉTODOS

Tratando-se de estudo que busca conhecer a diversidade de situações de interação entre pessoas e aprofundar a compreensão dos fatores subjetivos envolvidos em suas atitudes, a literatura^{21,22} recomenda o desenho de pesquisa qualitativa.

Escolheu-se como caso uma escola médica do Estado de São Paulo que constituía uma situação padrão de ensino-aprendizagem, um modelo de medicina técnico-científica de boa qualidade e viável para a investigação empírica (Protocolo de Ética da Pesquisa número 1230/06).

Devido ao perfil etnográfico^{23,24} do estudo, para a obtenção dos dados empíricos, utilizamos a técnica da observação etnográfica, complementada com entrevistas em profundidade junto a alunos e professores.

Observamos a relação professor-aluno no internato por ser um período da formação em que o ensino se dá predominantemente nessa relação, além de ser uma fase de imersão na

prática médica em que se adensam valores e modelos de conduta ética da profissão. Nas escolas médicas brasileiras, o internato corresponde aos dois últimos anos da graduação (quinto e sexto), quando os alunos são divididos em pequenos grupos e passam pelos estágios hospitalares e ambulatoriais. Nesses estágios, o ensino se dá predominantemente por atividades práticas supervisionadas e discussões de casos clínicos, consideradas o principal método didático-pedagógico para a formação médica, integrando teoria e prática clínica.

Para a observação etnográfica foram escolhidas as áreas de Clínica Geral e Cirurgia Geral, por corresponderem às matrizes centrais da prática médica e, no ensino, um núcleo relevante da formação. Foram seguidos os princípios gerais da observação do tipo etnográfico, na qual, mesmo tendo um roteiro, o pesquisador busca total abertura à observação, atento à descrição minuciosa dos sujeitos e suas interações em contextos ou ambiências específicos e do uso de linguagens também específicas. Para o registro dessa atividade, utilizou-se o caderno de campo.

As entrevistas também seguiram roteiro aberto, construído com base nos dados da observação, e tiveram como sujeitos da pesquisa professores de Clínica Geral e Cirurgia e alunos do primeiro ao sexto ano. Cada entrevista foi gravada, transcrita e conferida.

Os dados obtidos foram submetidos à análise temática^{21,22}, na qual se construíram categorias para a compreensão/interpretação dos fenômenos à luz das referências teórico-conceituais adotadas, e tratados pelo método de triangulação de técnicas, que em pesquisa qualitativa é um recurso para assegurar a confiabilidade dos resultados.

RESULTADOS

Foram observados 22 professores e 8 grupos de 14 a 16 alunos, totalizando quatro meses de trabalho de campo na observação.

Foram entrevistados 9 professores, 4 da Clínica Geral (2 mulheres e 2 homens) e 5 da Cirurgia (homens), com idades entre 40, 50 e 60 anos.

Entrevistamos 19 alunos, escolhidos de acordo com o ano da graduação e a capacidade/disponibilidade de desenvolver uma reflexão sobre as questões propostas neste estudo, o que os caracterizava como bons informantes-chave²² (como recomenda a metodologia qualitativa), sendo 8 mulheres e 11 homens — dois alunos do primeiro ano, 2 do segundo, 3 do terceiro, 2 do quarto, 5 do quinto, 5 do sexto ano. Com exceção de uma aluna, que tinha 30 anos de idade, todos os demais estavam na faixa dos 20 aos 25 anos.

Na enfermaria de Clínica Geral, nas visitas aos leitos, alunos e professores passavam nos leitos para ver os pacientes e,

depois, discutiam os casos clínicos em uma sala fechada. Na disciplina de Cirurgia Geral, nas visitas aos leitos, os professores acompanhavam alunos e residentes e faziam a discussão dos casos clínicos junto aos doentes. Praticamente todos os assistentes e residentes examinavam os pacientes e suas feridas cirúrgicas durante a visita.

Em ambas, a reunião tinha caráter formal, e a apresentação era centrada nos aspectos biomédicos do caso. A discussão se processava entre os professores e médicos assistentes, ficando os alunos como observadores passivos.

Na Clínica, o ambiente era mais amistoso e descontraído, ao contrário da Cirurgia, na qual a formalidade e a circunspeção eram mais frequentes.

Nas sessões de observação direta, pudemos ver que o ambiente de ensino e a atitude dos alunos dependiam absolutamente do professor. Os mesmos alunos de um grupo do internato se comportavam de maneira diferente de acordo com o professor em atividade. E os professores eram muito diferentes uns dos outros...

Tanto na Clínica quanto na Cirurgia, na atividade didática, assim como em todas as outras tarefas, prevalecia o modo individual de organização do trabalho. Por exemplo, havia uma escala de quem discutiria os casos, onde e quando, mas cada professor discutia com os alunos do jeito que julgasse melhor. Do ponto de vista ético-relacional, os professores não seguiam diretrizes institucionais (uma vez que elas não existiam) e representavam diferentes modelos do ser médico, cuja escolha ficava a critério dos alunos, como veremos adiante.

O que era comum a todos era a atitude do ensino centrado no professor. Este detinha o saber e fazia a transmissão oral para o aluno no modelo pergunta-resposta (correlato do modelo queixa-resposta no trato ao paciente). Na grande maioria das vezes, o professor fazia a pergunta e ele mesmo respondia.

Nos diversos cenários, observamos os alunos assistindo ao professor, calados, atentos ou distantes, poucas vezes interagindo, concordando, questionando ou discordando. A obediência e a submissão aos que estão acima caracterizariam a atitude do aluno em situação de aprendizado. A hierarquia médica era bem estratificada — como acontece nas corporações —, determinava comportamentos e criava distâncias para a interação entre professores e alunos.

Esse lugar dessubjetivado do aluno não dependeria apenas do professor, mas também do aluno. Desde os primeiros anos, os alunos se mostrariam acomodados com esse lugar passivo. Como no currículo dessa escola não havia períodos de estudo livre, uma das maneiras de os alunos terem tempo para outras atividades na própria faculdade seria encurtar a duração das aulas. Essa redução da duração das aulas estaria

facilitada pela falta de estímulo ao debate em sala de aula, tanto por professores quanto alunos.

Quando o aluno se mostrava mais ativo, estimulava no professor uma postura mais interativa. O depoimento de uma aluna do primeiro ano mostrou essa relação professor-aluno diferente da habitual:

Eu criei amigos entre os professores. Por um traço de personalidade, porque eu não me intimido e vou, acho que por essa segurança e por ter mais idade também. Eu sei que o cara não vai me perseguir, não vai ficar procurando o meu nome na lista. Eu sei que a relação não é essa, a relação é de gente grande. É isso, eu não estou brincando, e o cara também não está brincando. (aluna 1, primeiro ano)

Assim, de acordo com o lugar que o professor ocupava na relação com o aluno (e sua aceitação ou recusa), definia-se para o aluno a condição de sujeito ou de objeto na relação professor-aluno segundo os tipos de relação pedagógica que determinariam diferentes “lições informais” de comportamento sobre o que é certo, justo, hábil e bom nas relações entre as pessoas.

A relação professor-aluno é aqui pensada como o momento pedagógico que teria a função de ensinar conhecimentos e técnicas da medicina e, ao mesmo tempo, promover o aprendizado da competência ético-relacional. Observamos que a consciência clara dessa última função pedagógica aparece em algumas narrativas de professores e alunos, mas vários comportamentos atestam o desconhecimento ou, pior, o mais completo descaso e falta de responsabilidade para com esse importante papel do professor de Medicina. De acordo com o comportamento predominante em cada situação, criamos três categorias de análise interpretativa, como veremos a seguir.

Relação Pedagógica Baseada na Onipotência do Professor

No ensino centrado no professor e modelo pergunta-resposta, há professores que procuram forçar o aluno a pensar e a estudar por intimidação. Perguntam e perseguem a ignorância do aluno. Criam um ambiente de embate e competição em que haverá ganhador e perdedores. Há um estado de interação marcado pela agressividade do professor frente aos alunos, um embate que ao final vai reforçar a primazia do professor em relação ao aluno e a subjugação deste. A lição está dada: aos vencedores, a licença profissional, que, afinal, permitiria (e legitimaria) a última palavra.

Em outro sentido, observamos professores que interagem pouco com os alunos e, em geral, interagem pouco com os pacientes também. O discurso era de que se deve ver o doente, mas, na prática e na pressa, discutiam-se os sinais e sintomas e os exames de laboratório.

Essa atitude distante do professor, baseada na transmissão vertical de conteúdos (não dialógica) era percebida pelos alunos bem antes de chegarem ao internato. Acreditava-se que se devia à falta de preparo pedagógico dos professores para desenvolver discussões com os alunos. Mas, na percepção destes, tal atitude poderia significar também falta de interesse pelo ensino, justificando, em contrapartida, a falta de interesse do aluno, como disse uma aluna do terceiro ano:

Eu acho que é assim porque a maior parte dos professores não está comprometida de verdade em fazer os alunos aprenderem. Assim também como os alunos não estão comprometidos em realmente aprender. (aluna 7, terceiro ano)

Eventualmente, quando o aluno saía desse lugar passivo e pouco comprometido com seu aprendizado e questionava o professor, poderia ter de lidar com o despreparo do docente, como conta esta aluna:

Numa aula de radiologia, o professor estava discutindo um caso clínico de uma criança de seis anos, prostrada, com tosse seca e febril. Ele perguntava, e a gente respondia, até o momento em que nossas respostas entraram em conflito com o que ele acreditava. Embora nossas respostas estivessem de acordo com o que aprendemos em outra disciplina, ele não aceitou ser questionado e agiu de forma extremamente arrogante. O cara que começou a aula falando de Foucault e de “O nascimento da clínica” faz isso... (aluna 8, quarto ano)

Reforça-se a lição latente de que o mais forte (pelo saber que tem ou pelo poder que exerce) manda, e o mais fraco (pelo saber ou pelo poder que não tem) se cala e obedece.

Desde cedo, os alunos identificariam os professores que, além de não propiciarem um encontro pedagógico dialógico, e, por referência, um encontro clínico com o paciente, ainda desrespeitam direitos e valores humanísticos que hoje são enfatizados aos alunos desde o primeiro ano da graduação, como conta uma aluna do terceiro ano:

Os professores com os quais eu fiquei mais angustiada foram os de propedêutica cirúrgica. Deram uma aula de propedêutica cirúrgica sobre humanização, mas os professores, na prática, não mostravam isso. Por exemplo, uma vez foram mostrar um exame de hérnia. O professor abaixou as calças do paciente, virou para um menino da minha classe e falou: “Você! Faz aí o exame nele. Pode fazer o toque no paciente”. O menino, superdespreparado, nem sabia o que tinha que fazer. Fez o menino fazer o exame no paciente na frente de muitas outras pessoas sem nem pedir licença! (aluna 5, terceiro ano)

Na Clínica, no internato, observamos que os professores mais frios e distantes mantinham o ambiente numa calma aparente e formalmente estabelecida. Não perguntavam muito aos alunos e, quando o faziam, não esperavam pela resposta. Não ofereciam tempo para o aluno pensar, mas também não criavam um clima de prova oral entre eles, de forma que pareciam apreciados justamente por não interagirem com o aluno.

A distância era percebida como uma “não relação”, sendo o professor um “não sujeito”, uma entidade a-histórica, que estaria ali para mecanicamente passar conhecimentos. Esta situação ocorreria menos nas atividades didáticas em pequenos grupos, nos quais há a possibilidade de se constituírem campos de intersubjetividade. Nesses espaços, os professores realizariam um encontro pedagógico que cumpre todas as suas funções: demonstrariam aos alunos conhecimentos, técnicas e a boa relação médico-paciente, como relata esta aluna:

Acho que a relação com o professor é uma relação bem fria, porque não tem muito relação, ele está lá para te passar o conhecimento e só isso. Mas nas aulas de propedêutica, em grupos menores, dá pra você conhecer mais as pessoas e criar um vínculo com elas e com os pacientes. Assim, os professores que eu vejo ter uma relação boa com os pacientes normalmente são os mesmos que têm uma relação boa com os alunos. (aluna 8, quarto ano)

Por outro lado, haveria alunos que desafiariam os professores, assumindo atitudes de enfrentamento e até mesmo de falta de respeito à experiência do professor em favor dos protocolos que eles estudam e aos quais se apegam fortemente para respaldar suas condutas e, por que não, sua falta de experiência. Tais comportamentos poderiam ser vistos como reações à onipotência do professor e tentativas de se impor como sujeito, mas cabe observar que elas só ocorrem onde o ambiente é mais flexível. A lição aprendida: o debate de ideias pode ser usado como ataque ao outro quando o ambiente permite, porque o respeito se dá pelo temor e não pelo reconhecimento do valor das pessoas.

Relação Pedagógica Baseada na Construção de Vínculo

Certos professores tinham consciência clara do seu papel de modelo para o desenvolvimento de atitude profissional nos alunos e o consideravam parte fundamental do ensino médico, como se observa neste depoimento:

A primeira coisa que eu faço quando vou com os meninos de segundo ano na enfermagem ou ambulatório é olhar nos olhos do paciente, cumprimentar e dizer quem somos. Ver se o paciente está com dor, como ele está, ou o parente, o outro do

lado. Perceber o ambiente. Tomar cuidado com o que fala, porque o outro está ouvindo. Eu acho que isso é muito importante. A gente mostra a postura que a gente tem e em que a gente acredita. Então, acho que educar é a gente ir fazendo na frente deles e vendo eles fazerem. (professora 4, Clínica)

São professores que criavam vínculo com os alunos e com os pacientes. Os alunos gostavam, admiravam e reconheciam a importância de tais professores para aprender a conversar com o paciente, a se portar como médicos, particularmente em situações difíceis, como na hora de dar más notícias.

A lição subjacente é a de que o professor é uma pessoa interessada no ensino e nas pessoas, e que a interação com as pessoas é possível, seja no estar junto ao aluno em seu desenvolvimento, seja no estar junto aos pacientes em seu cuidado.

O acolhimento aos alunos foi por eles considerado fundamental para o bom desenvolvimento educacional. As experiências de ensino em pequenos grupos seriam as mais eficientes e uma metodologia preferível às longas aulas teóricas, não apenas devido aos aspectos didáticos sabidamente desfavoráveis desta metodologia, mas porque nos grupos pequenos os alunos saíam da condição de massa indigente e passariam a se sentir sujeitos numa relação:

Como aluna, me senti ao longo da faculdade um pouco não vista — só mais uma aluna. No quarto ano foi bem diferente, porque eu me senti olhada. Um professor no grupo pequeno fez uma diferença enorme para mim. Eu me senti muito acolhida e acho que foi bom para o meu aprendizado esse olhar de um professor. Em sala de aula, cheia de gente, eu era mais uma e ninguém me conhecia. É diferente quando é um grupo menor. Foram algumas semanas só, mas nitidamente diferente o meu sentimento em relação a tudo... (aluna 14, quinto ano)

A lição de que lidar com pessoas é também lidar com afetos que precisam ser cultivados estaria muito bem dada.

Na Cirurgia, não observamos movimentos de criação de vínculo na relação professor-aluno. Ainda assim, nas entrevistas com professores de Cirurgia, encontramos alguns depoimentos de pessoas que compreendiam a relação professor-aluno como um espaço de criação de vínculo e aprendizagem recíproca.

Relação Pedagógica Baseada na Desqualificação do Aluno

Vejam este trecho de observação na Cirurgia:

Uma discussão de caso clínico começou com o professor chamando uma aluna à frente da sala e fazendo-lhe perguntas sobre determinado tema (que não era o que estava previsto

para aquela atividade no programa). Ela falava olhando para ele, buscando sua aprovação, em voz baixa. Ele mandou-a olhar e falar para a plateia. Ela sabia bem pouco, e ele perguntava para os outros alunos se eles estavam satisfeitos com o que ela lhes dissera. O grupo de alunos ficou incomodado, e uma aluna pediu, então, para o professor assumir a aula. Um colega foi em socorro da aluna. Ao lado dela somavam dois que sabiam bem pouco, mas pelo menos estavam juntos. O clima era muito constrangedor, mas o professor parecia não se importar. Seu raciocínio era muito rápido, pois detinha o saber pronto na sua cabeça e nos seus muitos anos de experiência. Entretanto, queria que os alunos o acompanhassem na sua velocidade, o que era impossível. A exposição pública das insuficiências dos alunos frente ao poderoso saber do professor era mais uma vez evidente, usando a humilhação como estratégia de ensino-aprendizagem, em uma verdadeira "pedagogia do medo"²⁵. (Caderno de Campo)

O modo pelo qual o professor queria investir no aluno é a força: forçar o aluno a pensar como ele e com sua rapidez, no tempo que ele acha adequado. Os alunos não ousavam se defender dos professores, mesmo quando estes os colocavam na condição de rebaixados. A hierarquia era adotada desde cedo, seja como modo de organização produtiva do trabalho, seja como modo de exercício do poder autoritário de alguns. Esse treinamento não constava no programa, mas era evidente que começava desde cedo a fazer parte da constituição da identidade médica do aluno.

Não havendo princípios de conduta coletivos, cada um poderia exercer a autoridade de acordo com suas convicções, e os subordinados teriam que se moldar às vontades do seu superior.

A forte autoridade do professor (que várias vezes se transformaria em autoritarismo) seria considerada uma necessidade para o ensino médico. Na visão de um professor de Cirurgia, para o qual ensinar é como adestrar cães, o papel do professor seria o de chefiar a matilha:

Eu li um livro sobre cachorros, então, a pior atitude que se pode ter com o animal, com o cão, é paternalismo. Se você fizer isso, você destrói o animal. Porque ele é um animal que vive em matilha, não tem noção de futuro e vive para as necessidades básicas. Então, se diante de uma dificuldade você assumir uma atitude paternal com ele, você desenvolve os medos e as fobias do animal. É a mesma coisa com o aluno. É só ler o livro dos cães. Se você se anula diante do animal e deixa que ele assuma a liderança, você torna o animal infeliz. Porque ele não sabe te guiar, e, se você deixa ele te guiar, ele fica perdido. (professor 5, Cirurgia)

Ao contrário desse professor, na visão de outro professor de Cirurgia, esse autoritarismo não só seria ruim como deixaria profundas marcas de sofrimento no aluno. Nas palavras de um professor de Clínica, o sofrimento seria uma tradição da escola médica que precisaria mudar:

Uma mentalidade que ainda vigora é de que o residente, para aprender, precisa sofrer. Sofrer a angústia da decisão, sofrer pela atitude errada que tomou, sofrer para amadurecer. Questiono muito isso porque não é só ele que sofre, é o doente também. (professor 1, Clínica)

Esse professor chamou a atenção para a principal lição que a relação professor-aluno ensina: valores e comportamentos se refletem na atenção à saúde dos pacientes!

A mentalidade de aprender pela dor foi também reconhecida entre os alunos e aceita como verdade. Vários alunos concordaram com comportamentos intolerantes dos professores, sendo pouco indulgentes uns com os outros, talvez por acreditarem na invulnerabilidade do médico que suportaria tudo porque para ser médico teria que ser sobre-humano.

O aluno aprenderia sendo repreendido em situações nas quais não compreende a importância do procedimento ou discorda sem saber fundamentar ou sem ter espaço para divergir, mas concordando em que é assim que se aprende:

Os professores gritavam comigo: por que você não fez assim, por que não fez daquele jeito? Ninguém me deu apoio no dia a dia, mas tomando na cabeça, às vezes você acaba aprendendo sozinho. Não sei se é a melhor maneira, mas acho que é válida. (aluno 19, sexto ano)

Para outros alunos, tais comportamentos dos professores seriam falta de educação, de respeito e de capacidade para o ensino. A propósito, um aluno do sexto ano comparou o trato aos alunos no internato:

Na Cirurgia, quando você não fala o que o professor quer ouvir, ele fica bravo e te dá uma patada ou alguma coisa assim. E eu acho que o aluno não fala porque não consegue mesmo, ou esqueceu ou se confundiu na hora ou ficou nervoso, porque é uma situação de muito estresse. Agora, uma visita na Pediatria, por exemplo, não é estressante. Se você erra alguma coisa, o professor te orienta: "Olha, ao invés de falar assim, que tal se você fizer assim?" Modos e modos de falar. Na Cirurgia você é xingado, mas ninguém te diz como melhorar. (aluno 18, sexto ano)

Outro aluno, do quinto ano, também contou uma história de autoritarismo, constrangimento e violência, mais uma vez na Cirurgia:

Um amigo meu estava passando visita, os professores fizeram uma pergunta a ele. Era um interno e respondeu muito bem. Acho que o professor não esperava uma resposta mais completa. Aí, ele acabou com o aluno na maldade. Foi bem humilhante. Até o paciente se sentiu incomodado na cena. Principalmente porque na Cirurgia a gente assume o paciente. Então, o paciente identifica a gente como o responsável pelo leito. Ele sabe que não é a gente quem dá as condutas, ele sabe que a gente tem que falar com o superior, mas ele identifica a gente como o cara do leito. E ele se sentiu mal por ver o cara do leito naquela situação. Quando terminou a visita, eu cruzei o corredor, encontrei com os assistentes que estavam na visita. Aí, um dos assistentes virou para o outro, para esse que tinha questionado o aluno: “Aê, arrebitou com o interno, hein?” Ele falou: “É assim para ele ver que o que levanta é o que toma martelada, tem mesmo é que levar na orelha para ficar esperto”. (aluno 10, quinto ano)

Ou seja, se o aluno não estuda e não sabe é porque não sabe, mas se sabe demais também não serve. Não haveria coerência, e os caprichos e vaidades é que determinariam o comportamento de certos professores, não muitos, mas o suficiente para aparecer neste estudo de forma recorrente e saturada.

Muito menos recorrente, mas também presente, seria o comportamento agressivo de alunos contra professores, que se expressaria em ambientes mais democráticos. E, assim, os alunos faltariam com o respeito justamente com os professores que mais os respeitam.

A lição: os comportamentos (bons ou ruins) são aprendidos e empregados segundo a lógica da oportunidade e da dinâmica institucional, e não pelo exercício da ética.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na atualidade, a aquisição de competência ética e relacional é um dos temas emergentes em educação médica. Trata-se de um processo educacional que envolve disciplinas específicas de Humanidades, métodos didáticos pedagógicos adequados e mudança de cultura institucional que enfatize a ética e os direitos, e, acima de tudo, a conscientização do professor sobre o seu papel angular na formação humanística do aluno, para a qual atua como verdadeiro modelo de ser médico, consolidando os ensinamentos das Humanidades no fazer clínico.

Com o intuito de compreender mais profundamente a relação professor-aluno, dirigimos nosso foco, neste estudo, para as experiências de intersubjetividade de alunos e professores, ressaltando a expressão de valores e comportamentos que, ao nosso olhar, resultariam na possibilidade (ou não) do “estar junto”, da aproximação interpessoal que na medicina é condição necessária à qualidade da prática assistencial.

Na intersubjetividade, a experiência do eu com o outro em sua alteridade se configura pelo reconhecimento do outro como diferente em uma relação orientada pela ética²⁶. As diferenças não representam lugares superiores ou inferiores, mas características das pessoas que devem ser consideradas em uma relação dialógica com um objetivo comum — no caso, o ensino-aprendizagem em medicina.

Por outro lado, a experiência relacional pode não constituir um verdadeiro encontro de pessoas movidas pelo mesmo objetivo comum de se entender e construir algo comum. Habermas⁶ chama de agir instrumental a comunicação que visa à obtenção de determinado resultado de interesse de uma das partes envolvidas numa relação, destituindo-a de um agir ético e comunicativo.

A expressão empírica de tais referências em termos de experiência intersubjetiva tanto do agir ético e comunicativo, quanto do agir instrumental apareceu nas relações professor-aluno de forma tão clara e, por vezes, contundente que se torna quase um dever pensar em suas consequências. Nesse sentido, assinalamos a necessidade de realizar outros estudos, inclusive com outras modelagens, com o intuito de aprofundar os achados deste trabalho e subsidiar intervenções no ambiente de ensino médico, para corrigir e aprimorar a função pedagógica da relação professor-aluno.

A atuação de professores capazes de construir vínculos com alunos e pacientes em situações mais ativas de ensino — uma vez que os alunos são adultos em processo de investimento na autoidentidade, e não meros receptores de conteúdos transmitidos pelo professor — mediante o reconhecimento do outro em sua alteridade e a busca de entendimento recíproco promove verdadeiras experiências de intersubjetividade que criam condições para o desenvolvimento humanístico. São situações em que o aluno aprende o diálogo, a comunicação, a responsabilidade compartilhada e a consideração aos afetos envolvidos, seus e dos outros. Trata-se de um exercício de aprendizagem ética²⁶ que se dá pela reflexão aprofundada sobre todos os fatores presentes em uma situação e a tomada de decisão dialogada.

Já a atuação de professores que se colocam no lugar de quem detém o saber e o poder como instrumentos de submissão do outro, seja aluno ou paciente, cria um ambiente de tensão, desqualificação e redução do outro a condição de objeto que beira a violência. Nesse ambiente, observa-se que o pouco protagonismo dos alunos, o silêncio ou a passividade na aprendizagem se dão por temor à humilhação decorrente das dúvidas ou dos erros. Assim se constitui uma “pedagogia do medo”, que provoca inquietação, revolta e sofrimento, mas que é aceita por alguns como necessária para a “passagem” ao

ser médico. E mais, mostra-se um modelo legítimo na instituição. O resultado desse aprendizado transparece na atitude de certos alunos que, em ambientes mais flexíveis, se comportam de forma especular àqueles professores, tornando-se eles próprios agentes de violência contra colegas e mesmo contra professores menos autoritários.

Todos os modelos de conduta aqui apresentados são implicitamente aceitos pela instituição, que, assim, de certa forma, os legitimaria. Cabe, então, dirigir uma última pergunta a essa instância: quais são os valores e diretrizes de conduta que a instituição deve adotar em seu discurso de forma coerente com as diretrizes curriculares, que, impressas em seus documentos, prescrevem uma consistente formação humanística para os seus alunos?

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES no. 4, de 7 de novembro de 2001. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. [capturado 10 abr 2012]. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>
2. Rego S. A formação ética dos médicos — saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
3. Hafferty FW, Franks R. The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Acad Med*. 1994; 69(11):861-871.
4. Eriksson S, Helgesson G, Höglund AT. Being, Doing, and Knowing: Developing Ethical Competence in Health Care. *J Acad Ethics*. 2007; 5(2-4):207-226.
5. Turini B, Martins ND, Tavares MS, Nunes SOV, Silva VLM, Thomson Z. Comunicação no ensino médico: estruturação, experiência e desafios em novos currículos médicos. *Rev Bras Educ Med*. 2008; 32(2):264-270.
6. Habermas J. *Consciência Moral e Agir Comunicativo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1989.
7. Schraiber LB. O médico e suas interações — a crise dos vínculos de confiança. São Paulo: Hucitec; 2008. p.254.
8. Pereira RTMC. Objetivos Educacionais na Pedagogia das Humanidades Médicas. *Rev Bras Educ Med*. 2008; 32(4):500-506.
9. Couceiro-vidal A. Enseñanzas de la bioética y planes de estudios basados en competencias. *Educ Med*. 2008; 11(2):69-76.
10. Donetto S. Medical students' views of power in doctor-patient interactions: the value of teacher-learner relationships. *Medic Educ* [online]. 2010;44(2):187-196
11. Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. 2002; 325 (7366): 697-700.
12. Laidlaw TS, Kaufman DM, MacLeod H, Van Zanten S, Simpson D, Wrixon W. Relationship of resident characteristics, attitudes, prior training and clinical knowledge to communication skills performance. *Med Educ*. 2006; 40:18-25.
13. Caldicott CV, Danis M. Medical ethics contributes to clinical management: teaching medical students to engage patients as moral agents. *Med. Educ*. 2009; 43:283-289
14. Hundert EM, Douglas-Steele D, Bickel J. Context in medical education: the informal ethics curriculum. *Med Educ*. 1996; 30:353-364.
15. Vagan A. Medical students perceptions of identity in communication skills training: a qualitative study. *Med Educ*. 2009; 43:254-259.
16. Wright SM, Carrese JA. Which values do attending physicians try to pass on to house officer? *Med Educ*. 2001; 35: 941-945.
17. Bernstein RJ. *Beyond objectivism and relativism: science, hermeneutics and práxis*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 1985.
18. Cassel EJ. Unanswered questions: Bioethics and human relationships. *The Hasting Center Report*. 2007;37(5):20-23.
19. Moust JHC, Van Berkel HJM, Schmidt HG. Signs of erosion: Reflections on three decades of problem-based. *Higher Education*. 2005; 50:665-683.
20. Rios IC. *Subjetividade contemporânea na educação médica: a formação humanística em medicina*. São Paulo; 2010. Doutorado [Tese] — Faculdade de Medicina da USP.
21. Denzin N, Lincoln YS. *Handbook of qualitative research*. 2. ed. Thousand Oaks: Sage Pub; 2000.
22. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1994.
23. Good BJ. *Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective*. New York: Cambridge University Press; 1994.
24. Geertz C. *Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: Ed.Zahar; 1978.
25. Freire P. *Pedagogia da Liberdade: Ética, Democracia e Coragem Cívica*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1996
26. Lévinas E. *Entre nós — Ensaio sobre a alteridade*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes; 2009. p.302.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Izabel: fez o planejamento do artigo, trabalhou os dados empíricos, redigiu o artigo. Lilia: orientou o planejamento do artigo, participou na redação do artigo, revisou o manuscrito na sua forma final.

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Izabel Cristina Rios
Avenida Dr. Arnaldo, 455 — sala 2364
Cerqueira César — São Paulo
CEP 01246-903 — SP
Email: izarios@usp.br