

FACULDADE FARIAS BRITO

**ESCOLA DE PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA
DE FORTALEZA**

ELIANE SOUTO DE ABREU

**NOVAS METODOLOGIAS DO ENSINO MÉDICO:
UMA CONTRIBUIÇÃO PSICODINÂMICA**

FORTALEZA, CE

2010

ELIANE SOUTO DE ABREU

**NOVAS METODOLOGIAS DO ENSINO MÉDICO:
UMA CONTRIBUIÇÃO PSICODINÂMICA**

Monografia apresentada ao Curso de
Psicoterapia Psicanalítica, como requisito
parcial para obtenção do título de
Especialista / Psicoterapeuta

Professor Orientador: Valton de Miranda Leitão

FORTALEZA, CE
2010

A162n Abreu, Eliane Souto de
Novas metodologias do ensino médico: uma contribuição
psicodinâmica / Eliane Souto de Abreu. – Fortaleza, 2010.
61f.: il.

Monografia (Especialização) – Faculdade Farias Brito, Escola
de Psicoterapia Psicanalítica de Fortaleza, 2010.

Orientador: Dr. Valton de Miranda Leitão, Escola de
Psicoterapia Psicanalítica de Fortaleza, 2010.

1. Psicologia 2. Psicanálise I. Título: Uma contribuição
psicodinâmica.

CDD:150

ELIANE SOUTO DE ABREU

**NOVAS METODOLOGIAS DO ENSINO MÉDICO:
UMA CONTRIBUIÇÃO PSICODINÂMICA**

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Valton de Miranda Leitão
Escola de Psicoterapia Psicanalítica de Fortaleza
Faculdade Farias Brito

Regina Fátima Maia Soares Alcântara
Escola de Psicoterapia Psicanalítica de Fortaleza
Faculdade Farias Brito

Josenília Maria Alves Gomes
Curso de Medicina – Universidade de Fortaleza (Unifor)

FORTALEZA, CE
2010



*Aos meus queridos filhos,
Felipe e Davi, Fortalezas
para onde dirijo meu olhar
no meio do mar incerto.*

AGRADECIMENTOS

Ao **Dr. Valton de Miranda Leitão**, mestre incansável da Escola de Psicoterapia Psicanalítica de Fortaleza (EPPF), do Grupo de Estudos Psicanalíticos de Fortaleza (GEPFOR) e em tantas outras frentes, estimulando o pensar.

À **Escola de Psicoterapia Psicanalítica de Fortaleza (EPPF)**, rigorosa na transmissão da tradição psicanalítica, mas receptiva às transformações, ampliando os horizontes para a formação de novos psicoterapeutas.

À **Faculdade Farias Brito**, que acolheu a Psicanálise e nos ofereceu condições de alçar vôos maiores.

A todos os **professores da EPPF**, pelos momentos profundos de discussão e aprendizado.

Aos meus **colegas de formação na EPPF**, generosos em compartilhar comigo seu saber e suas dúvidas.

À **Unifor**, pela construção segura do curso de Medicina, e em especial ao Prof. **Henrique Luis do Carmo e Sá**, vice-Reitor de Ensino de Graduação, e à Profa. **Fátima Maria Fernandes Veras**, Reitora, que se dedicavam a ele muito antes de seu início.

Aos **colegas da Unifor**, em especial às nossas “mães suficientemente boas”: **Olívia Andrea Alencar Costa Bessa**, coordenadora geral, e **Maria Verônica Costa Freire** e **Josenília Maria Alves Gomes**, coordenadoras de Planejamento e Avaliação, mãos firmes na direção do Curso de Medicina e corações cheios de ternura.

A **Carlos Clayton Torres Aguiar** e **Milena Sampaio Castelo**, meus mestres e meus companheiros na Psiquiatria. Sem sua compreensão esse trabalho não existiria.

A **todos os meus alunos**, antigos e atuais, pelos grandes momentos de descoberta, de encantamento e de conflitos, em todos ensinando e aprendendo.

Aos **Pururucas**, pelo ombro amigo, pelas discussões inteligentes e pelas gargalhadas.

A **Siulmara Cristina Galera**, querida amiga que cuidou até dos mais banais detalhes domésticos, criando inesperadas ilhas de tempo em que pude escrever. *“O óleo e o perfume alegram o coração. Assim também o faz a doçura do amigo”* (Provérbios de Salomão 27: 9).

*“Um professor que perdeu o significado do que faz é como Sísifo,
Arrastando eternamente sua pedra
Em direção ao alto da montanha,
Apenas para recomeçar
Quando ela rolar mais uma vez.
Encontrar esse significado
Faz parte de uma busca pessoal,
Constituindo uma tarefa
Inalienável”.*

Cláudio Saiani



“A emoção é o coração do significado.

W.R. Bion

RESUMO

ABREU, ELIANE SOUTO de. **Novas metodologias do ensino médico: uma contribuição psicodinâmica**. 2010. 61p. (Monografia - Especialização). Curso de Especialização em Psicoterapia Psicanalítica. Escola de Psicoterapia Psicanalítica de Fortaleza – Faculdade Farias Brito. Orientador: Dr. Valton de Miranda Leitão.

As metodologias ativas de ensino médico, particularmente o PBL (*Problem Based Learning*), com aprendizagem em pequenos grupos (grupo tutorial) e centrada no aluno, constituem evolução importante diante das mudanças sociais e dos desafios da carreira médica. A proximidade entre professores e alunos possibilita o resgate do modelo mestre-aprendiz e a incorporação da afetividade, mas pode ativar também conflitos inconscientes. A psicologia cognitiva que embasou o PBL não leva em conta os elementos tácitos e inconscientes. Propõe-se a contribuição psicanalítica na compreensão integral dos processos de ensino-aprendizagem médica. Idéias de Freud, Klein, Bion e Pichon-Rivière foram revistas e aplicadas à compreensão psicodinâmica da relação professor-aluno, da relação humana com o conhecimento e dos vínculos nos grupos tutoriais. Destacaram-se: 1) a triangulação edípica na situação professor – aluno – conhecimento, 2) as idéias freudianas sobre a psicologia de grupo, 3) a teoria das relações objetais de Klein, 4) as idéias bionianas de pré-concepção do objeto, respondendo ao paradoxo do problema de Platão e ao conceito de conhecimento tácito, 5) as experiências com grupos de Bion e 6) os conceitos sobre grupo operatório de Pichon-Rivière. A partir dessas reflexões sugerem-se: a) a inclusão da visão psicodinâmica do ensino médico na formação docente; b) a reavaliação constante do conceito e das ações “centradas no estudante”, levando à autonomia ética e não ao reforço das estruturas narcísicas e onipotentes juvenis; c) o reforço do papel fundamental da personalidade madura e “suficientemente boa” do professor d) espaço para atividades extracurriculares humanísticas e não técnicas para socialização de professores e alunos; e) espaço para discussão das demandas docentes e institucionais; f) ambientes de estudo acolhedores e mais pessoais; g) em vista da “personalidade grupal” própria, dirigir críticas e os elogios ao grupo, evitando devolutivas individuais, h) Apesar da potencialidade terapêutica do conhecimento e do trabalho em grupo, não fazer tentativas de ações terapêuticas *strictu sensu*.

Palavras-chave: Aprendizagem Baseada em Problemas, Psicologia, Ensino, Psicanálise

ABSTRACT

ABREU, ELIANE SOUTO de. **New methodologies for medical education: a psychodynamic contribution.** 2010. 61p. (Monograph – Specialization). Psychoanalytic Psychotherapy Specialization Course. Psychoanalytic Psychotherapy School – Farias Brito Faculty, Fortaleza. Orientation: Dr. Valton de Miranda Leitão.

The active learning methods of medical education, particularly the PBL (Problem Based Learning), small group- and student-centered, represent important evolution facing the social changes and challenges of medical career. The closeness between teachers and students rescues the master-apprentice model and the incorporation of emotion in learning. However, as any human contact, it also creates the possibility of unconscious conflicts. Cognitive psychology that supported PBL does not consider the tacit and unconscious elements. This paper proposes a psychoanalytic contribution to fully understand the active learning processes in medicine. The ideas of Freud, Klein, Bion and Pichon-Rivière were reviewed and applied to the psychodynamic understanding of teacher-student relationship, the relationship between human beings and knowledge, and attachment in the tutorial groups. The highlights were 1) the Oedipal aspects in the triangle teacher - student - knowledge, 2) Freud's ideas about group psychology, 3) object relations theory of Klein, 4) the bionian ideas about pre-conception of the object in response to Plato's problem paradox and the concept of tacit knowledge, 5) Bion's experiences with groups and 6) Pichon-Rivière's concepts about operative groups. Considering these ideas, we suggest: a) inclusion of a psychodynamic vision of medical education in teacher training, b) periodic reassessment of the "student-centered" concept, leading to ethical autonomy and not to the strengthening of omnipotent narcissist structures in the young students c) valorization of the role of the mature and "good enough" tutor's personality d) space for extracurricular activities for socializing teachers and students, preferably of non-technical and humanistic tone; e) opportunities of discussing teacher's and institutional demands; f) more cheerful environments for studying; g) in view of the existence of a "group personality", to give feedback to the group, avoiding individual feedbacks; and h) despite the therapeutic potential of knowledge and groupwork, not to make attempts at therapeutic actions in the strict sense.

Keywords: Problem Based Learning, Psychology, Education, Psychoanalysis.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Comparação da relação entre os conteúdos das áreas básicas e clínicas nos currículos tradicional e PBL (página 16).

FIGURA 2: Semana padrão no curso PBL de Medicina - Unifor – Fortaleza – CE (página 18).

FIGURA 3. Exemplo de situação-problema a ser discutido pelos alunos no grupo tutorial (página 19).

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
1.1. Contexto histórico.....	12
1.2. O grupo tutorial.....	16
1.3. Aspectos psicodinâmicos no ensino médico.....	20
1.4. Justificativa da monografia.....	27
2. OBJETIVO.....	30
3. METODOLOGIA.....	31
4. DESENVOLVIMENTO.....	32
4.1. Abandonar o currículo tradicional: necessidades e dificuldades.....	32
4.2. O paradoxo do problema, um novo pensar e a angústia gerada pelo pensamento.....	41
4.3. O grupo tutorial – Um grupo operativo. As contribuições de Freud, Bion e Pichon-Rivière para sua compreensão psicodinâmica.....	46
5. CONCLUSÕES E SUGESTÕES.....	56
6. REFERÊNCIAS.....	57

1. INTRODUÇÃO

1.1. Contexto histórico

Em 1910, Abraham Flexner, pesquisador não-médico da Carnegie Foundation, foi incumbido da missão de avaliar as escolas médicas dos Estados Unidos e elaborar um parecer sobre a qualidade de seu ensino. Ele visitou mais de 150 escolas e construiu um poderoso relatório que mudou radicalmente a face do ensino médico nos Estados Unidos e no mundo. Dessa forma, a expressão “currículo médico tradicional” se refere àquele decorrente das idéias flexnerianas e que formou todos os médicos até a década de 70 e a grande maioria dos médicos em atividade hoje (COOK *et al.*, 2006).

Na esteira do grande desenvolvimento científico do começo do século XX, Flexner defendeu a forte presença das ciências básicas no currículo médico, a necessidade dos professores tornarem-se também pesquisadores e a construção de laboratórios. Flexner propôs que a pesquisa viesse da experiência clínica e didática dos professores, mas a estruturação da carreira docente nas universidades americanas, cuja ascensão passou a depender basicamente da produção científica (“*public or perish*”) e a explosão da biologia molecular, fizeram com que os professores preferissem o laboratório aos doentes e aos alunos (COOK *et al.*, 2006). Por outro lado, os custos cada vez maiores do sistema de saúde americano fizeram com que os bons clínicos se preocupassem demasiadamente em construir uma grande clientela, garantindo bom retorno financeiro (COOK *et al.*, 2006). Dessa forma, o ensino passou a ser visto como “*time consuming*” (desperdiçador de tempo). A idéia original de Flexner a favor do clínico-pesquisador não prevaleceu.

O fato é que a reforma de Flexner e distorções posteriores levaram a um modelo de ensino com elementos característicos (LAMPERT, 2002):

1. Nítida dicotomia entre as chamadas ciências básicas e as disciplinas clínicas, ficando a prática clínica dos alunos virtualmente restrita aos anos de internato.

2. Predominância de aulas teóricas, expositivas, a cargo de um professor, para grandes contingentes de alunos (50 a 100) em grandes auditórios. Destacavam-se as aulas magnas proferidas pelo catedrático, o “dono” da disciplina.

Os professores mais novos eram reduzidos a auxiliares dessa figura de autoridade. Esse modelo é chamado “centrado no professor”.

3. Valorização da doença e do conhecimento fragmentado em disciplinas.

4. Ensino hospitalocêntrico.

5. Valorização do docente unicamente pela sua competência técnico-científica, ignorando seu valor humanístico, clínico, ético e como mestre e formador de novos médicos.

Esse estado de coisas fez com que o próprio Flexner declarasse, já em 1925: “A Medicina **científica** americana – jovem, vigorosa e **positivista** – é hoje tristemente deficiente em suporte filosófico e cultural” (FLEXNER, *apud* COOKE *et al.*, 2006. Grifo nosso)

Na década de 60 começam a surgir na literatura trabalhos levantando a necessidade de mudança do paradigma flexneriano (SCHMIDT, 1983). O ensino médico tradicional, técnico-científico, frio e distanciado do paciente causava frustração nos pacientes e nos próprios médicos.

O crescimento exponencial do conhecimento científico fez com que, de um lado, muito do que era ensinado se tornasse irrelevante; e de outro, temas relevantes e mais atuais não se tornassem objeto de estudo mais profundo no meio acadêmico. Modificações sociais transformaram a centralização do saber em mera fantasia onipotente (MILLAN *et al.*, 1999). Em outros tempos havia poucos centros de formação médica: os jovens com melhor poder aquisitivo ou maior oportunidade saíam em busca de maiores centros e escolas médicas mais desenvolvidas, no Rio de Janeiro, antiga capital do Brasil e importante centro atrativo médico principalmente em outras épocas, São Paulo, Europa e Estados Unidos. Aqueles que retornavam geralmente se constituíam como fonte de novos conhecimentos e técnicas e como elo entre sua instituição e aquela mais desenvolvida. Costumavam fundar novas enfermarias e tornavam-se chefes de serviços, tendo a última palavra sobre os casos de sua especialidade (MARTINS; 1998, 2000). Embora esse processo ainda aconteça, hoje a informação é mais universal e democrática, principalmente através da Internet. Mesmo numa localidade distante, o médico pode ter acesso a informação técnica recente e relevante, ou realizar interconsulta em programas de telemedicina.

Além disso, a velocidade de produção de conhecimento é hoje vertiginosa, inviabilizando qualquer tentativa de domínio de seu conteúdo. Mesmo numa área

antes monolítica, como por exemplo, a psiquiatria, a grande quantidade de conhecimento produzido exigiu a divisão em subespecialidades, como Psiquiatria Geriátrica, Psiquiatria Infantil e Psiquiatria Forense. Dessa forma, a figura do professor catedrático que tem sempre a última palavra, tornou-se obsoleta (LAMPERT, 2002).

Alguns trabalhos pesquisando o desempenho de estudantes de currículos tradicionais trouxeram um estímulo adicional às modificações pedagógicas nas escolas de Medicina: os métodos de ensino tradicionais têm capacitado os estudantes de Medicina e residentes a terem bons resultados em provas escritas. No entanto, os mesmos indivíduos não têm conseguido fazer uso apropriado desse conhecimento, quando avaliados em situações práticas, ou seja: na resolução de situações-problemas (SCHMIDT, 1983).

Alguns pressupostos pedagógicos de como se dá a aprendizagem começaram a ser valorizados no ensino médico (SCHMIDT, 1983):

1. A aprendizagem é reestruturante. Portanto, há que se partir de algo a ser reestruturado, ou seja, de um conhecimento prévio sobre aquele assunto. Um conhecimento rudimentar, no caso dos estudantes de Medicina trazido do ensino médio ou de suas próprias experiências pessoais com o tema.
2. O conteúdo a ser aprendido deve ser semelhante à situação em que poderá ser aplicada, fenômeno chamado decodificação específica.
3. O conhecimento mais bem assimilado é aquele construído pelo próprio indivíduo, em cima de seu conhecimento prévio.

Nesse contexto surgiram as chamadas metodologias centradas no paciente e as metodologias centradas no aluno. Destas, a metodologia *Problem Based Learning* (PBL) é a mais antiga e mais bem sucedida. O primeiro curso de Medicina a empregar o PBL integralmente foi o da Universidade de McMaster, no Canadá, em 1969. Desde então o método tem se espalhado pelas escolas médicas ao redor do mundo. No Brasil, a primeira a utilizar o método foi a Faculdade de Medicina de Marília, em 1997, seguida do curso de Medicina do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina (MORAES; MANZINI, 2005). Atualmente, segundo página eletrônica de escolas médicas brasileiras, existem 180 cursos de Medicina no Brasil, dos quais 35 denominam sua metodologia como PBL (ESCOLAS MÉDICAS DO BRASIL, 2010).

A literatura sobre o PBL é vasta, e sua descrição detalhada foge ao escopo deste trabalho. Há vários trabalhos que trazem detalhes sobre o método e que podem ser consultados, como os de Donner e Bickley (1993), Schmidt (1983) e Wood (2003). Resumidamente, pode-se dizer que o método tem bases na psicologia cognitiva e ramos das pesquisas educacionais (GUNN, 2007; SCHMIDT, 1983; WOOD, 2003)

Há elementos fundamentais (LAMPERT, 2002):

1. Em resposta aos preceitos da conferência de Alma-Ata (1978) e outras importantes conferências sobre saúde no mundo, a educação médica deverá enfatizar mais a saúde (promoção, prevenção primária, secundária e terciária, reabilitação) que a doença (UNICEF, 1979).

2. O processo ensino-aprendizagem deve ser centrado no aluno, que tem papel ativo e responsabilidade sobre a própria formação (LAMPERT, 2002).

3. O ensino está inserido no sistema de saúde existente, respondendo às suas necessidades. No caso do Brasil, o aluno deve ter sua formação nos níveis crescentes de complexidade: atenção primária (Unidades Básicas de Saúde e Estratégia de Saúde da Família), secundária (Hospitais secundários, Centros de Atenção Psicossocial – CAPS - e Centros de Especialidades Médicas) e terciária (hospitais terciários de alta complexidade), obedecendo a sistema de referência e contra-referência (LAMPERT, 2002).

4. Integração das áreas básicas e clínicas. As ciências básicas serão aprendidas dentro do contexto de um horizonte clínico relacionado, além de reproduzir técnicas laboratoriais básicas relevantes dentro de laboratórios apropriados. Não deve haver separação nítida entre as ciências básicas e as clínicas, mas a presença de ambas num crescente para as áreas clínicas e decrescente para as áreas básicas, sempre interrelacionadas (LAMPERT, 2002), como se pode ver na Figura 1 (modificada de KIRKLAND, 2000).

5. A capacitação e avaliação docente deverão acontecer tanto na área tecno-científica como na área didático-pedagógica-assistencial (LAMPERT, 2002).

6. Espera-se que o médico formado por este método não seja um “produto acabado”, mas um sujeito capaz de desenvolver habilidades técnicas e cognitivas, mas também atitudinais no cuidado do ser humano e de cuidado permanente por sua educação continuada (GOMES, 2009; SCHUGURENSKY, 1983).

7. Para tanto, o ensino se dá em pequenos grupos de alunos, onde o professor passa a ocupar o papel de facilitador do processo de aprendizagem e os alunos devem contar com amplo acesso a fontes de estudo - livros, revistas, fontes relevantes na WEB e outras (LAMPERT, 2002).

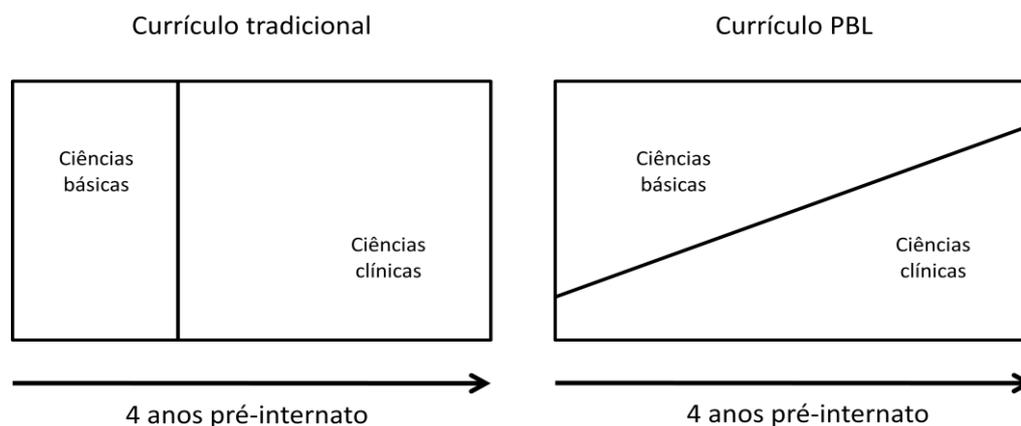


FIGURA 1 Comparação da relação entre os conteúdos das áreas básicas e clínicas nos currículos tradicional e PBL (modificada de KIRKLAND, 2000).

1.2. O grupo tutorial

Num curso de Medicina baseado integralmente no método PBL há diversas estratégias de aprendizagem. No curso de Medicina da Universidade de Fortaleza (UNIFOR, CE), iniciado em 2006 (autorizado pela resolução CEPE no 46/04, de 28/12/2004) (UNIFOR, 2010; MACHADO; MACHADO, 2005), os alunos dividem seu tempo entre: Ações Integradas em Saúde (AIS), quando freqüentam a comunidade, fazem levantamentos epidemiológicos, visitas domiciliares ou acompanham atendimentos médicos nas unidades básicas de saúde; atividades no laboratório morfofuncional (LMF), onde aprendem fundamentos integrados de anatomia, histologia, radiologia, patologia e Medicina legal, através de modelos plásticos, peças anatômicas, lâminas histológicas, imagens radiológicas e programas de *software*; o Laboratório de Habilidades (LH) onde treinam a anamnese, habilidades de comunicação com o paciente, exame físico e procedimentos; e o grupo tutorial (GT). A partir do quinto semestre eles iniciam o mini-internato no ambulatório de especialidades e a partir do nono semestre se voltam principalmente à prática hospitalar terciária, embora continuem também com atividades em outros níveis da atenção em saúde. Todas essas atividades são

desenvolvidas em grupos de cinco (ambulatoriais) a vinte alunos (LMF). Há 4 horas semanais de conferências para toda a turma (sessenta alunos), podendo o professor optar por uma aula mais tradicional expositiva ou outro recurso didático (mesa-redonda, vídeo, oficina, entre outros) (MEDICINA, CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, 2010; MACHADO; MACHADO, 2005).

O grupo tutorial ocupa grande parte da matriz de atividades semanais, como se vê na Semana Padrão exposta (Figura 2). Mesmo no 8º semestre, o último antes do internato, o grupo tutorial é isoladamente a atividade com maior número de horas, embora no total ocupe apenas 20% do tempo, em sua maior parte tomado por atividades práticas. É de se destacar também que é reservado tempo livre de atividades formais na semana padrão, destinado ao estudo individual (MACHADO; MACHADO, 2005).

Através do grupo tutorial a responsabilidade da aquisição de conteúdo curricular passou das mãos do professor/conferencista para as mãos dos alunos. Grupos de dez a doze alunos, cada um assessorado por um professor, denominado tutor, recebem uma situação-problema que discutirão com base em seus conhecimentos prévios, chegando a objetivos de aprendizagem. Alguns objetivos podem ser diferentes, dependendo dos interesses e curiosidade de cada grupo, mas há objetivos essenciais, pré-determinados pelos professores, que devem ser alcançados. Esses objetivos não são explicitados aos alunos, que devem chegar a eles através da sua discussão e com a orientação do tutor (WOOD, 2003).

Para alcançar os objetivos de aprendizagem há 7 passos que formam o procedimento padrão dos grupos tutoriais para resolução de um problema:

Passo 1: Clarificação de palavras e conceitos não compreendidos.

Passo 2: Definição do problema central a ser resolvido.

Passo 3: Análise (discussão) do problema. Também chamado de *brainstorm* (tempestade cerebral)

Passo 4: Sistematização (organização das idéias surgidas em hipóteses ou em mapas conceituais).

Passo 5: Formulação dos objetivos de aprendizagem.

Passo 6: Estudo individual (durante 72 horas).

Passo 7: Novamente reunido o grupo, realização de síntese e crítica do novo conhecimento adquirido.

Destaque-se que todos os passos, com exceção do sexto, são realizados no grupo, orientados pelo tutor. Um exemplo de problema com seus objetivos é fornecido na Figura 3.

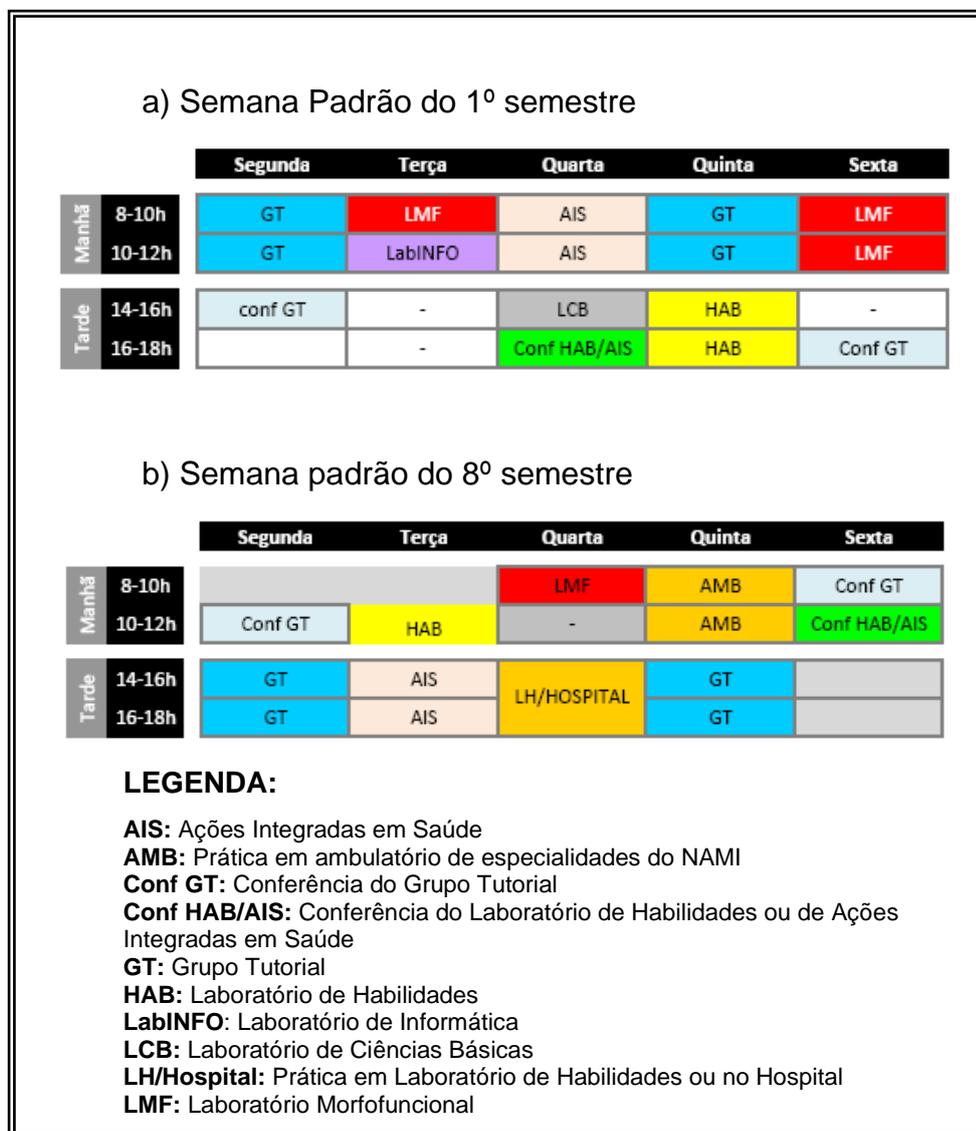


FIGURA 2 Semana padrão no curso PBL de Medicina - Unifor – Fortaleza – CE (modificada de MACHADO e MACHADO, 2005.).



Grupo Tutorial 8
O surdo e a equilibrista



**Chinês praticando
Tai Chi Chuan**

Raimundo é um senhor de 77 anos que leva uma vida saudável e pratica esportes. Anda intrigado, pois nos últimos 6 meses vem apresentando zumbidos nos ouvidos. Além disso, Dona Alzira, sua esposa, tem chamado a sua atenção, pois os vizinhos estão reclamando da altura do rádio e ele tem falado muito alto com os netos. Já Dona Alzira, de 70 anos, tem andado desequilibrada, apresentando tonturas, parecendo por vezes um bêbado tentando se manter de pé. Sofreu 4 quedas em seu próprio apartamento e na pracinha onde faz suas caminhadas diárias. Ambos marcaram consulta com o médico de família no CSF.



Objetivos de Aprendizagem

OBJETIVO GERAL:

- Compreender a fisiologia da audição e do equilíbrio.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Entender como as ondas sonoras são captadas, transmitidas, transduzidas e processadas pelo sistema auditivo humano, desde a orelha até o córtex auditivo.
- Entender a função das principais estruturas relacionadas à manutenção do equilíbrio, ressaltando o labirinto, o córtex cerebral e o cerebelo.
- Reconhecer os fatores secundários relacionados ao equilíbrio como propriocepção e exterocepção, e informações visuais.
- Compreender a interação entre os fatores primários e secundários para o equilíbrio.
- Conhecer o processo de envelhecimento do sistema auditivo e das estruturas relacionadas ao equilíbrio.



Referências Bibliográficas

- PURVES, D. **Neurociências**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2005. 728 p
- SILVERTHORN, D.U. **Fisiologia Humana – Uma abordagem integrada**. 2ª. ed. São Paulo: Manole, 2003. 815 p.
- TORTORA, G.J.; GRABOWSKI, S.R. **Princípios de Anatomia e Fisiologia**. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. 1047 p.

FIGURA 3 Exemplo de problema a ser discutido pelos alunos no GT (ABREU, 2010).

1.3. Aspectos psicodinâmicos no ensino médico

A carreira médica, lidando diretamente com o ser humano e com condições que abalam sua existência, dando livre acesso à intimidade, hábitos e até pensamentos do paciente, no afã da construção do diagnóstico, é rica em desafios e simbolismos, que podem estar na base da escolha desta profissão. Existem na literatura diversos trabalhos tentando estabelecer causas e efeitos da escolha e da prática médica. O próprio Freud escreveu:

... É difícil dizer se o que teve mais influência sobre nós e teve importância maior foi nossa preocupação pelas ciências que nos eram ensinadas, ou pela personalidade de nossos mestres... Para muitos, os caminhos das ciências passavam apenas através de nossos professores (FREUD, 1914, p.286).

A questão que se coloca neste trecho de Freud é a da transferência. Ela tem sido a questão psicodinâmica mais destacada em vários trabalhos sobre o currículo médico tradicional (ALMEIDA, 2010; LEWIN, 1946; MARCUS, 1999; MELLO FILHO, 2010; MILLAN, 1999). Em qualquer que seja o método de ensino, o professor será sempre um exemplo para o estudante, e possível objeto de transferência. Pode existir no processo de ensino-aprendizagem uma relação em que o aluno idealiza seu professor, tal qual o paciente que idealiza seu psicanalista durante boa parte do percurso da análise. Segundo o referencial lacaniano (ALMEIDA, 2010; ETCHEGOYEN, 2004), neste caso o professor ocuparia o lugar de *Sujeito Suposto Saber*, em que o paciente/aluno supõe que o professor/analista tem um saber sobre ele, ou um saber procurado por ele. Nos dois casos, é necessário sair desta posição, para que o paciente/aluno se coloque como sujeito desejante. O bom professor poderá ser um exemplo para seu aluno, mostrando seu entusiasmo, indicando que aquele conhecimento é um bom objeto a receber o investimento libidinal do aluno, convergindo para esse conhecimento sua pulsão epistemofílica (ALMEIDA, 2010).

Essa situação, entretanto, pode ser vivida de maneira perversa pelo professor, se este se coloca no lugar de Sujeito Suposto Saber. Ele pode ver no aluno uma espécie de matéria bruta a ser lapidada exclusivamente por ele, relembrando o mito de Pigmalião (COMMELIN, 2000). Ele passa a ver o aluno como

um eu-ideal e projeta nele suas fantasias de reparação, de onipotência ou outras (ALMEIDA, 2010).

Essa dinâmica de transferência pode ser vista até mesmo em atividades extracurriculares. Nos cursos com currículo médico tradicional é comum a formação de ligas acadêmicas de áreas específicas (como as ligas de trauma, de urgência ou de obstetrícia, por exemplo). Para os alunos elas representam um lugar de prática, não alcançado pelo currículo com dicotomia teórico-prática. Essas ligas têm regulamentos internos e processo seletivo próprios, não tendo acesso livre para todos os alunos do curso. Há sempre um professor responsável associado que direciona os temas a serem abordados. Infelizmente, tem-se observado também nas ligas a mesma lógica burocratizada e hierárquica das instituições, com pouco espaço para reflexão. Além disso, elas podem até mesmo piorar o ambiente competitivo, com alguns alunos destacando-se diante de alguns professores, lisonjeados com a preferência desses, favorecendo a seleção para residências. Enfim, apesar das boas intenções originais, também as ligas se tornaram “espaços de poder, sujeitas às complexas relações de forças existentes em cada instituição e fortemente influenciadas pela ideologia vigente” (TORRES *et al.*, 2008).

Evidentemente, pós-graduações e ligas podem ser lugares de grande troca emocional, crescimento, vivência profissional e criatividade. Aqui chamamos a atenção para distorções da situação adequada, distorções infelizmente não incomuns, favorecidas em instituições com currículos tradicionais e organogramas com hierarquia rígida.

Quanto ao aluno, seus sentimentos transferenciais em direção ao professor e sua identificação com ele são fundamentais para que a aprendizagem ocorra. Mas esse amor dirigido ao professor deverá ser substituído pelo amor ao conhecimento (ALMEIDA, 2010).

No entanto, mesmo o amor pelo conhecimento pode conhecer vieses. Lewin (1946) fez algumas considerações sobre o relacionamento do estudante de Medicina com seus objetos de estudo, num currículo tradicional.

Ele lembra que o estudante de Medicina, no currículo tradicional, inicia seu aprendizado não num ambiente de relação interpessoal, mas dissecando cadáveres. A habilidade manual e o conhecimento que ele obteve nos cadáveres serão transferidos depois para os seres vivos. Nessa época, sentimentos e fantasias conflitantes podem povoar o inconsciente do estudante. Ele deve conter a identificação, a pena, o medo e a repulsa, para cortar, dissecar, divulsionar, e embrenhar-se nas vísceras do cadáver, rompendo a intimidade desse que já abrigou uma subjetividade (LEWIN, 1946).

Há diversos mecanismos de defesa desenvolvidos pelos alunos. Muitos parecem se tornar distanciados emocionalmente, e não são raras as brincadeiras com os cadáveres nos anfiteatros de autópsia. Lembremos com Freud que o chiste é um mecanismo de defesa perante a angústia (FREUD, 1905).

Muitos estudantes obtêm grande satisfação de seu trabalho com o cadáver. Esse trabalho intelectual pode esconder pulsões libidinais diversas. Pode dar vazão à satisfação sádico-anal de manipular fezes, excretas e fluidos. A curiosidade infantil pelo que existe dentro do corpo materno e pela capacidade de gerar bebês encontra satisfação pelo menos parcial no anfiteatro de anatomia, na autópsia, no centro cirúrgico. A escopofilia é satisfeita pela possibilidade de ver e palpar *corpos nus* (MILLAN, 1999; MELO FILHO, 2010).

A carreira médica pode atender ao narcisismo e à necessidade de gratificação: amizade, amor, prestígio, poder, dinheiro e sexo podem ser fantasias relacionadas à profissão (MILLAN, 1999; MELO FILHO, 2010).

Não há representação mental para a morte, o Id é atemporal e onipotente, fazendo com que o Ego se utilize do mecanismo de defesa de negação. É muito comum que a Medicina seja usada por alguns profissionais como um reforço à sua negação da morte (MILLAN, 1999; MELO FILHO, 2010). A tecnologia, cada vez mais freqüente na assistência aos doentes graves, faz com que a morte seja encarada como evento raro e surpreendente, e não como evolução natural de certos quadros clínicos.

A tudo isso o cadáver é passivo, sem opor resistência a qualquer das intenções ou fantasias de quem o disseca, sendo portanto objeto ideal para a satisfação dessas pulsões. Nesse sentido, ele poderá permanecer como modelo de paciente ideal para os anos de prática futuros (LEWIN, 1946). Esses aspectos inconscientes da relação do aluno com o cadáver parecem indiretamente corroborados por SEGAL (1983), que descreveu fantasias necrofilicas de um paciente, em contexto não-médico. Nelas, o paciente descrevia as vantagens de um cadáver como objeto sexual: “você o guarda quando termina, não faz exigências; nunca frustra, nunca é infiel, nunca se queixa, acabaram-se – disse ele – a perseguição e a culpa” (SEGAL, 1983). As pessoas com quem se relacionava tinham que se comportar de maneira semelhante, suportando seus ataques sádicos passivamente. Além disso, esse paciente tinha a fantasia onipotente de que poderia insuflar vida no cadáver, sendo a fonte de vida para as pessoas com quem se relacionava. O paciente estava fixado na posição esquizoparanóide, sentindo seus objetos internos como perseguidores, necessitando transformá-los em cadáveres inofensivos. Com o desenvolvimento da análise o paciente passou a identificar-se com os objetos cadáveres: seu pênis e sua mente eram sem vida e inúteis. Por fim, a análise permitiu que ele pudesse sentir culpa e necessidade de reparação por transformar em cadáveres todos os seus objetos de amor (SEGAL, 1983).

Nos currículos tradicionais é comum que os alunos passem da anatomia para a fisiologia e a farmacologia. O aprendizado se dá em parte nos laboratórios de ciências básicas, com práticas em animais experimentais. Aprendemos que pelas respostas e fenômenos semelhantes aos humanos, camundongos são ótimo modelo de sistema imune, cães se prestam aos estudos do sistema digestório e porcos são utilizados nos estudos vasculares, chegando mesmo a doar válvulas cardíacas para humanos. Mas nessa fase do curso apenas poucos alunos fazem parte de pesquisas dessa natureza. A maior parte deles disseca sapos para verem os músculos da coxa se contraírem *in vivo*, abrem ratos para castrá-los e dias depois reabri-los para ver os efeitos, ou treinam as vias de administração de fármacos. Dessa forma, essas cobaias não tem a função de objetos transicionais como os pequenos animais de estimação, mas são também simulacros parciais

dos futuros pacientes, que após sedados, poderão ser submetidos a procedimentos invasivos, cortes, tubos e até tratamentos experimentais (LEWIN, 1946).

É importante fazer a ressalva de que várias escolas de Medicina hoje reduziram drasticamente as práticas laboratoriais com cobaias. A maior disseminação das idéias bioéticas tem levado à reflexão sobre os direitos dos animais. Além disso, a tecnologia tem desenvolvido modelos artificiais sintéticos, plásticos ou de outros materiais, que permitem melhores resultados de aprendizagem. Os alunos e os professores podem pensar eticamente a real necessidade de sacrificar animais sem um proveito científico direto ou benefício para a sociedade, sem qualquer prejuízo para seu aprendizado. Torna-se difícil defender a manutenção da utilização dos animais, quando se pode aprender tanto ou mais com modelos sintéticos que podem ser reutilizados incontáveis vezes.

A partir do terceiro ano, e mais incisivamente, a partir do internato, no quinto ano, o aluno do currículo tradicional será apresentado à realidade ambulatorial e hospitalar, tendo que se encontrar não com cadáveres ou cobaias, mas com seres humanos em sofrimento. Ele aprenderá que o paciente não tem a passividade do cadáver ou do animal anestesiado. Ao contrário, faz parte das reações psicológicas ao adoecimento fenômenos como a regressão, onde o paciente pode se tornar uma criança contrariada com demandas exageradas de atenção, negação da doença e projeção raivosa, desejando encontrar um culpado por sua situação (LEWIN, 1946). Nos tempos em que não havia uma explicação lógica para as doenças, era comum que se considerasse o paciente possuído por demônios. Esse pensamento mágico prevalece ainda em certas curas de igrejas pentecostais. Portanto, por um lado são comuns os ataques ao médico, e por outro há uma fantasia coletiva, de base cultural e religiosa, de que o doente tem dentro de si uma forte agressividade. Com isso, o estudante sem experiência prévia mais profunda com os pacientes poderá desenvolver forte contratransferência negativa (LEWIN, 1946).

A dicotomia teórico-prática, aliada à precariedade estrutural das escolas médicas, por vezes induzem residentes e estudantes a práticas com pouca reflexão ética, como aproveitar a oportunidade da morte de um paciente na UTI ou na

emergência para treinar intubação orotraqueal ou outros procedimentos invasivos em seu corpo. Corpo com o qual parece haver nesse momento pouca identificação (QUINTANA *et al.*, 2008).

Apesar do exposto, há vários trabalhos mostrando que o estudante de Medicina inicia o curso com alto grau de identificação com os pacientes. Lewin relata em seu artigo de 1946 que o estudante de Medicina se parece com o neófito em Psicanálise, identificando-se exageradamente com o paciente (LEWIN, 1946). Há até mesmo um período, quando os estudantes iniciam os conteúdos clínicos, em que se pressentem portadores de doenças graves, ao identificarem em si mesmos os sintomas estudados (QUINTANA *et al.*, 2008). Outros autores defendem que as habilidades de entrevista e de construção da história clínica sejam ensinados o quanto antes, com ênfase na aprendizagem inicial, pois o passar dos anos clínicos tende a deturpar – e não aperfeiçoar – a história clínica (SHAPIRO, 2008).

Isso coincide com a descrição, por vários autores, de que na progressão do curso de Medicina observa-se perda dos ideais altruístas dos alunos, a diminuição da empatia e a erosão ética (BRANCH, 2000; LEMPP e SEALE, 2004; SHAPIRO, 2008).

Shapiro (2008) lembra que o altruísmo se baseia na empatia, que vem do grego *empathéia*, ou seja, a doença, a paixão ou o *pathus* do outro é vivido e compreendido plenamente. Somos capazes de nos sacrificar por aquele com quem empatizamos. Essa autora também comenta que o mecanismo básico da empatia é a identificação (SHAPIRO, 2008).

Em nossa prática docente, somos capazes de reconhecer o mecanismo de identificação como poderoso propulsor da carreira médica. Em grupos de dez a vinte alunos, quer no primeiro semestre de Habilidades Médicas, quer na tutoria do primeiro ou do terceiro semestres, os alunos são solicitados a se identificar e tentar dizer por que escolheram o curso de Medicina. São comuns as memórias de infância, então doentes, com asma, pneumonia, apendicite, ou até doenças mais graves, quando se sentiram salvos pelo médico. Ou como tiveram algum parente

próximo muito bem tratado; ou ao contrário, como ficaram abalados com a morte ou doença grave de alguém querido, e se sentiram impotentes.

Marcus (1999) estudou psicodinamicamente quatrocentos sonhos de alunos de Medicina na Universidade de Columbia. Ele observou que nos anos iniciais há intensa identificação com os pacientes e mesmo com os cadáveres, muitas vezes resultando em pesadelos traumáticos em que parece haver um perigo iminente de sofrer das mesmas graves doenças ou do mesmo destino do cadáver. Já nos anos avançados, os sonhos relatados ao autor foram interpretados como contratransferência negativa com a experiência de ser paciente e identificação com os professores e médicos assistentes. Percebeu-se maior dificuldade de empatizar com os pacientes. As histórias clínicas, que no início do curso eram ricas em detalhes de história pessoal, tornam-se pobres neste aspecto e minuciosas nos antecedentes patológicos e no “Interrogatório por Órgãos e Aparelhos”. Parece que apenas nos últimos anos de residência é que o indivíduo consegue se tornar mais resiliente e alcança um grau adequado de empatia sem que isso implique em grande sofrimento (MARCUS, 1999).

Todas essas considerações se referem a cursos de Medicina com currículo tradicional. Muito pouco se pode encontrar na literatura sobre a psicodinâmica no ensino médico chamado centrado no aluno ou nas novas metodologias.

Gunn (2007) relacionou esquematicamente entre si elementos que se influenciam e influenciam a aprendizagem em pequenos grupos: os elementos físicos, os processos cognitivos, os processos experienciais e a dinâmica interpessoal de grupo. Como elementos físicos, a autora cita a estrutura da sala de encontro grupal, número de estudantes e acessibilidade. Os processos cognitivos compreendem a capacidade de reflexão, compreensão, conhecimento e competência. Ela chama de processos experienciais o impacto da facilitação (tutoria) sobre a experiência do estudo daquele assunto e no modo como os alunos percebem a construção daquele conhecimento. Finalmente, ela inclui nos aspectos dinâmicos interpessoais de grupo os padrões de interação e as questões envolvendo poder e controle. Gunn utiliza principalmente a teoria de Carl Rogers

que defende que o estudante precisa estar alerta (consciente) de suas emoções no processo de aprendizado, e que isso pode ser facilitado pelo tutor (GUNN, 2007).

Entre residentes e seus preceptores, Vaughn e Baker (2004) sugeriram que o “tamanho” e a “distância” psicológicos influenciam a aprendizagem. Ou seja, quanto menor a sensação de diferença hierárquica (“tamanho”) e maior o envolvimento afetivo positivo (menor “distância”), melhores seriam os resultados na aprendizagem (VAUGHN; BAKER, 2004).

Bowman e Hughes (2005) lembram dos processos inconscientes, citando as palavras de Bion: “O trabalho em grupo é obstruído, desviado e ocasionalmente ajudado por outras atividades mentais que tem em comum o atributo de poderosas forças emocionais” (BOWMAN; HUGHES, 2005). As autoras enfatizam a inadequação do uso psicoterapêutico do grupo tutorial, já que os tutores não são treinados para tal, podendo surgir situações e relações insustentáveis. Além disso, o trabalho foca os possíveis desvios de conduta do tutor e emite sugestões para solucioná-los ou preveni-los. Elas defendem que assim como existe um código de conduta para a relação médico-paciente, devem existir também regras para a convivência entre professor e aluno nos pequenos grupos de ensino, que incluam: clareza e concordância sobre a tarefa primária, claros limites sobre o papel dos professores e sua disponibilidade para os alunos, monitoramento e avaliação constante do trabalho do tutor e a existência de atividades sociais comuns amigáveis, mas nunca íntimas entre professores e alunos (BOWMAN; HUGHES, 2005). Elas não tecem comentários sobre possíveis fenômenos psíquicos subjacentes a esses padrões de comportamento inadequados do tutor.

1.4. Justificativa da monografia

Como foi exposto, o currículo tradicional do ensino médico já foi abordado do ponto de vista psicodinâmico. A maior parte desses trabalhos lida particularmente com a transferência – médico/paciente e professor/aluno e com os mecanismos de defesa do estudante/médico ao lidar com a doença, a morte e outros desafios da carreira.

Há vasta literatura psicológica sobre os grupos tutoriais ou aprendizagem em pequenos grupos. Esses trabalhos ressaltam os aspectos conscientes e cognitivos da aprendizagem.

O envolvimento da autora com a Psicanálise e ao mesmo tempo com a docência no método PBL em curso de Medicina, gerou a curiosidade de consultar a literatura sobre aspectos psicodinâmicos nas metodologias ativas.

Apesar do cenário rico em possibilidades relacionais entre alunos, professores e pacientes, há exigüidade de trabalhos que abordem aspectos psicodinâmicos nas metodologias ativas, particularmente PBL.

Bowman e Hughes (2005) e Gunn (2008) lembraram de Bion em seus trabalhos (GUNN, 2008; BOWMAN, HUGHES, 2005). Gunn (2008) reconhece a existência dos processos inconscientes no trabalho em grupo, mas lembra que tais fenômenos costumam ser de interesse exclusivo dos representantes da chamada área “psi”. Os gestores e aqueles que pensam e constroem o conhecimento sobre as metodologias ativas não tem valorizado a teoria psicanalítica e os fenômenos inconscientes GUNN, 2008.

Embora o grupo tutorial não seja um grupo psicoterápico, acreditamos ser necessário pensar sobre os processos inconscientes possivelmente presentes nas novas metodologias de ensino, particularmente no grupo tutorial, que é o protótipo do ensino em pequenos grupos e centrado no aluno.

Mesmo que os aspectos psicodinâmicos não sejam trabalhados diretamente no grupo tutorial, eles estarão lá. Parafraseando Jung e sua fonte original, o Oráculo de Delfos (JAFFÉ, 1992): invocados ou não, os processos inconscientes estarão sempre presentes¹, e mais importante no caso escolar: muitas vezes poderão dificultar o aprendizado.

Se a transferência acontece nos currículos tradicionais, com sessenta ou mais alunos em uma sala de aula, é natural esperar que ela possa se manifestar de maneira intensa num grupo pequeno, com maior proximidade interpessoal.

¹ “Vocatus atques non vocatus, Deus aderit” (Invocado ou não, Deus estará sempre presente, segundo Jung transcreveu em sua casa na Suíça).

Além da transferência e da triangulação professor – aluno – conhecimento, utilizando a teoria freudiana, pensamos que outras leituras também se fazem necessárias. Tratando-se de grupos, é importante lembrar do próprio Freud, com seus artigos sociológicos.

A relação do aluno com seu professor, e do aluno com o conhecimento, poderá também ser pensada com a teoria kleiniana, assim como o possível aparecimento da inveja, dos processos mentais primitivos como clivagem, identificação projetiva e outros.

A idéia de pré-concepção do objeto, originada em Melanie Klein e desenvolvida por Bion e a abordagem bioniana do conhecimento e do pensamento poderão ser úteis para pensar a relação do aluno com um problema a ser resolvido. Como reconhecer a verdade, não houver dela uma pré-concepção (EVA; VILARDO; KUBO, 1995)?

Por fim, o estudante pode trazer, além de seus conflitos psíquicos, um funcionamento mental que espere respostas acabadas para cada problema, típico da vivência do ensino pré-universitário, em que não pode haver dúvidas para o vestibular. Terá o professor/tutor que ajudar o aluno a desenvolver um outro modelo mental, um “aparelho de pensar” que suporte a angústia de não ter respostas definitivas, motor propulsor da busca constante do conhecimento ?

Sobre isso, a literatura consultada não nos forneceu respostas mais esclarecedoras, mas estimulou o desejo de, neste trabalho, buscar uma compreensão psicanalítica sobre fenômenos psíquicos de alunos e professores envolvidos com o PBL.

2. OBJETIVO

Identificar fenômenos psicodinâmicos inconscientes existentes no ensino médico através da chamada metodologia ativa, particularmente no PBL (*Problem Based Learning*).

3. METODOLOGIA

Revisão não-sistemática da literatura, através dos sites de busca PubMed, e BIREME.

Termos de busca em português: ensino médico – PBL – psicologia – Psicanálise – psicodinâmica – história – evolução - aprendizagem.

Termos de busca em inglês: medical education – PBL - psychology – psychoanalysis – psychodynamics – history – evolution.

Revisão de obras de Freud, Melanie Klein e Bion, sobre o tema Educação, ou de seus conceitos possivelmente envolvidos no processo de ensino-aprendizagem.

DESCRITORES:

Aprendizagem Baseada em Problemas, Psicologia, Ensino, Psicanálise

4. DESENVOLVIMENTO

4.1. Abandonar o currículo tradicional: necessidades e dificuldades.

A sociedade ocidental vem sofrendo transformações intensas nas últimas décadas, que se refletem na universidade (CARTNEY; ROUSE, 2006; McLEAN; GIBBS, 2009). Há pouco tempo vivíamos numa sociedade hierarquizada, onde sempre havia um lugar de destaque para a autoridade, fosse ela o Papa, o pai, o professor. Esse modelo patriarcal vem se desmantelando (LEBRUN, 2009). A mulher foi conquistando direitos; um quarto das famílias brasileiras, por exemplo, é chefiado por mulheres (IBGE, 2006). Não nos transformamos, todavia, numa sociedade matriarcal. A lógica de consumo reduz o tempo da infância, numa erotização precoce, e retarda a saída da adolescência. Os jovens saem mais tarde de casa pela necessidade de maior formação pré-profissional e são mais protegidos pelas famílias, por medo da violência urbana crescente. A globalização, a informação universalizada e a internet, reforçam a organização social moderna em rede, e não mais em pirâmide. Professores e pais têm enfrentado dificuldade para estabelecerem-se como autoridade, confundida com autoritarismo. (LEBRUN, 2009)

Antigamente, os alunos de uma turma de faculdade eram mais homogêneos. Hoje eles são diferentes em idade, raça, padrões educacionais e contexto sócio-econômico (CARTNEY; ROUSE, 2006; McLEAN; GIBBS, 2009). A ampliação do número de vagas, de cursos noturnos e do crédito educativo permitiram que uma população mais heterogênea ascendesse à universidade. Antes os alunos moravam próximo ao campus. Hoje, para alguns, a entrada na universidade será a primeira experiência longe da casa dos pais. Outros alunos são mais velhos, com emprego e família para sustentar. Em geral, usufruem de menos tempo, dinheiro e oportunidades para a socialização. Por causa da internet, há menor necessidade presencial nas bibliotecas e em muitas aulas (CARTNEY; ROUSE, 2006; McLEAN; GIBBS, 2009).

Esse quadro complexo pode militar contra a tão desejada integração. O aprendizado é um processo de construção e confronto com novas realidades, que gera ansiedade. Nesse contexto, a aprendizagem poderá ser um desafio ainda

maior. Naturalmente essa heterogeneidade se estende ao corpo docente, diferente em suas necessidades e visão de ensino (CARTNEY; ROUSE, 2006).

Muitos estudantes de medicina são jovens que saíram há pouco tempo da latência e estão ainda em processo de consolidação de sua identidade/personalidade, à qual vai se somar a identidade da profissão médica. Eles precisam deixar ambientes protegidos – domiciliar e escolar – para corresponder a princípios de aprendizado auto-dirigido e adulto (McLEAN; GIBBS, 2009).

No Brasil, Eles vêm dos bancos escolares de pré-vestibular onde prevalece o dualismo – certo ou errado. O bom professor nessa fase é aquele que sabe tudo e dá todas as respostas para um assunto numa aula de 45 minutos. Diante do sistema distorcido e da competição massacrante por uma vaga nos bancos da universidade, esse modo de ensinar tem um ponto positivo: o de amenizar a angústia estudantil diante da quantidade de conhecimentos a assimilar. Mas ao transpor o vestibular o estudante percebe que a maior parte do conhecimento humano ainda está em aberto e que para uma única pergunta podem existir mais de uma resposta possível.

Um bom método de ensino universitário deve tirar o jovem dessa fase dualista (McLEAN; GIBBS, 2009).

Uma vez que o curso médico abrange um tempo muito curto diante da expectativa de prática médica, cada um tem que se responsabilizar pelo próprio aprendizado, tornar-se apto a escolher que caminho seguir, que livro ler, que referência é digna de confiança, que estudo clínico é baseado em evidências, em que protocolos vai fundamentar sua prática.

O PBL responde a essa necessidade. Porém, McLean (2009) alerta que um currículo centrado no estudante poderá acentuar sua ansiedade, particularmente quando os elementos cognitivos são prevalentes sobre os emocionais (McLEAN; GIBBS, 2009). Uma questão sobre a qual nos debatemos é que somos professores do PBL, mas fomos formados no currículo tradicional. É provável que ainda coloquemos mais ênfase nos elementos cognitivos do que nos atitudinais. Se não tivermos essa autocrítica, um currículo PBL poderá ficar até mais sobrecarregado que um currículo tradicional. O conhecimento médico avança e se modifica numa velocidade muito rápida e a oferta de atividades extra-curriculares de preferência

dos alunos é interessante, mas se mal articulada pode causar ansiedade pela falta de tempo (McLEAN; GIBBS, 2009).

A introdução no currículo de humanidades, habilidades de comunicação e contato precoce com o paciente são parte importante das estratégias de mudança de paradigma, mas podem confrontar um aluno despreparado com violência, trauma, morte e outros temas perturbadores. O exemplo do mestre precisa ser assegurado. A pergunta é: podemos garantir sempre bons modelos profissionais nesses momentos críticos (McLEAN; GIBBS, 2009)?

Propostas externas inovadoras pedem adaptação das estruturas de pensar internas. Mas o professor numa metodologia ativa pode trazer consigo conflitos não resolvidos que interferem em sua dinâmica de grupo. Alguns professores podem fantasiar o conhecimento como um Falo, um representante de poder, e considerar seus alunos como seguidores a serem doutrinados. O professor que não conseguiu resolver adequadamente seu Complexo de Édipo pode entrar numa competição com o(s) aluno(s), reeditando a relação conflituosa Pai-Filho, em que o pai sente o filho como seu competidor, como alguém que vem ocupar seu lugar. Pode “abusar” do estudante, seduzindo-o a render-lhe homenagem e obediência, como se disso dependesse o acesso ao conhecimento e o crescimento na vida acadêmica. Respondendo ao terror da própria castração, quer castrar um outro (ALMEIDA, 2010).

Há exemplos dessa situação no meio acadêmico. Nas pós-graduações estritas (mestrado e doutorado), o professor pode inconsciente – ou até conscientemente – retardar a ascensão do aluno e a aproximação do saber de um e de outro. Não deve ser coincidência o fato das apresentações de dissertação de mestrado ou teses de doutorado serem chamadas “defesas” no meio acadêmico. Defesa é reação a um ataque, e em alguns casos, a apresentação do trabalho do pós-graduando deixa de ser um conagraçamento pela conclusão de um trabalho árduo, uma experiência de crescimento e de troca de idéias, e passa a ser um verdadeiro massacre onde os algozes são os membros da banca examinadora. Essas bancas incluem sempre o orientador do candidato, e paradoxalmente até este, algumas vezes, ataca seu orientado. Há situações em que o ataque começa já durante os primeiros tempos de orientação, e pode tomar a forma de falta de orientação efetiva, demandas abusivas que não têm relação com o objeto de estudo ou novas tarefas a serem feitas, lembrando o tapete de Penélope

(COMMELIN, 2000). Dessa forma, o prolongamento do trabalho desgasta o pós-graduando e atrasa sua ascensão. Deve atuar nessas situações, jogos complexos de identificação e projeção. Curiosamente, parece seguir-se um processo de identificação patológica do pós-graduando com seus contendores e repressão da experiência traumática, pois quando se torna, ele próprio, um orientador, vem muitas vezes repetir o mesmo comportamento do qual foi vítima. Apenas renunciando a este círculo vicioso de castração é que professor – aluno – conhecimento poderão formar uma triangulação, lembrando que o terceiro elemento é sempre importante para o equilíbrio psíquico (ALMEIDA, 2010).

Esse funcionamento exemplifica a repetição transgeracional de conflitos inconscientes. Ainda na graduação, podem existir situações que favoreçam esse mesmo funcionamento hierárquico e fálico. Torres *et al.* (2008) reviram os motivos para a formação das ligas acadêmicas e o que leva o aluno a desejar fazer parte dela. As ligas surgiram durante a ditadura militar, num contexto de questionamento do ensino tradicional pelos estudantes. Trinta anos depois, questionados sobre a importância das ligas, os alunos alegam “tentativa de preencher lacunas curriculares”, “obter bem-estar e atender indagações profissionais”, “complementação de seu treinamento sabidamente deficiente na maioria das escolas”, “aproximar-se da prática médica”. Os autores lembram que infelizmente as ligas podem reproduzir a mesma relação hierarquizada das escolas que tanto criticam, e que agravam a competitividade entre os estudantes (TORRES *et al.*, 2008).

As ligas acadêmicas têm sua própria história e não é nosso objetivo avaliá-las, mas num currículo PBL bem sucedido, a procura persistente dos alunos por montar e participar de ligas merece reflexão.

Talvez o pensar por si só e responsabilizar-se pelo próprio conhecimento seja uma demanda assustadora para o inconsciente. É preciso então re-instituir um líder forte, que os oriente. Mas e o tutor, qual seu papel nessa dinâmica? Inconscientemente, é possível que os alunos façam uma cisão: o professor do curso regular, aquele que corrige, repreende e dá nota representaria o seio mau, aquele que frustra, ameaça e decepciona como figura parental idealizada. O professor da liga representaria então o seio bom, por diversas razões: ele é detentor de um conhecimento especializado, oposto à formação generalista cultivada nos currículos inovadores e tão difícil de implementar em nosso país; ele

possibilita o acesso a especialização precoce; ele é, frequentemente, renomado membro de corpo clínico de diversos hospitais da cidade, representante da medicina “real, extra-muros”; estar perto dele pode alimentar a fantasia de mais chances de um estágio ou residência; ele é escolhido livremente pelos estudantes como seu orientador, e não imposto pelo curso (TORRES *et al.*, 2008).

É interessante pensar criticamente sobre o conceito de metodologia “centrada no estudante”. As metodologias de ensino médico mais recentes utilizam referenciais cognitivos e humanistas rogerianos (GUNN, 2007; SCHMIDT, 1983; WOOD, 2003). Carl Rogers, nascido em Chicago, EUA (1902 - 1982), foi provavelmente o mais influente psicólogo americano, não só na psicoterapia como na educação (CLONINGER, 1999). Criou a Psicoterapia ou Abordagem centrada na Pessoa. Por semelhança, o ensino segundo Rogers é centrado no aluno. Não é nosso objetivo rever ou criticar as idéias de Carl Rogers. Mas há um ponto sobre o qual gostaríamos de refletir: para Rogers existe no homem a tendência para a realização:

... Os indivíduos têm dentro de si amplos recursos com os quais podem mudar seus conceitos, suas atitudes e seus comportamentos auto-dirigidos (...) Há uma tendência natural em direção ao crescimento, à complexidade, à interrelação, que pode ser observada no ser humano (Carl Rogers apud CLONINGER, 1999, p.461).

Não temos conhecimento suficiente da teoria rogeriana para criticarmos suas teorias, mas acreditamos que a leitura mais estrita dessa idéia lembra o “bom selvagem”, de Rousseau: o homem é bom, e a sociedade o corrompe. Em algumas situações, parece que o conceito de “centrado no estudante” significa que o estudante é por definição bom e portanto, o responsável por seu fracasso acadêmico será sempre o método ou o professor, que não conseguiram sensibilizar o estudante. Essa visão pode deturpar a relação professor-aluno, resultando em ansiedade do corpo docente, perda da autoridade do professor, desperdício de tempo e de ações visando reparar esse “erro”. Temos discutido particularmente sobre as medidas de “remediação”, recomendadas pelo Ministério da Educação (MACHADO; MACHADO, 2005) e como pô-las em prática. A remediação implica a possibilidade de reverter a reprovação do aluno, dando-lhe uma segunda chance. Essa oportunidade é estendida a todos os alunos reprovados, indiscriminadamente.

Um curso de Medicina PBL realmente centrado no estudante tem vários tipos de avaliações em diferentes momentos, implicando análises cuidadosas, preenchimento de planilhas, somas de notas, além de pelo menos dois testes cognitivos antes da aprovação/reprovação. Parece-nos que a remediação é uma medida humana e justa para alunos que tiveram intercorrências ao longo do semestre, como gravidez complicada, parturição, doença, ou outras situações já previstas legalmente. Para os demais alunos parece-nos uma medida paternalista. Do ponto de vista administrativo e logístico, essa remediação implica em investimento de recursos humanos e materiais, horas de aulas, novos planejamentos, etc. Do ponto de vista filosófico contraria o livre-arbítrio de um aluno que queremos adulto e responsável por suas escolhas. A Psicanálise pode reforçar esses argumentos lembrando, como LEBRUN (2009) que é preciso deixar os jovens falharem. Ele destaca a projeção de expectativas que fazemos sobre os jovens, como se eles fossem nossos prolongamentos, o seu fracasso sendo o nosso fracasso. É a nossa ferida narcísica interferindo no processo de aprendizagem e de humanização do aluno. Lebrun explica:

Tornar-se humano (...) é uma reação a uma perda do estado permanente de satisfação completa com a qual somos confrontados na primeira infância. Ou seja, o processo de humanização começa pelo entendimento de que jamais haverá a satisfação completa. É esse o curso saudável das coisas (LEBRUN, 2009).

E esse processo não deve ser boicotado por pais ou professores. Lembrando também das idéias de Bion, é preciso aprender com a experiência (ZIMMERMAN, 2004). O fracasso é uma experiência que pode ser profundamente terapêutica, modulando a intolerância à frustração e o narcisismo, recrudescidos na adolescência.

O'NEILL e McMAHON (2010) reviram alguns artigos e encontraram que “ensino centrado no estudante” tem significados diversos: Para alguns quer dizer opção consciente por sua educação, outros destacam a atividade (e não passividade do estudante, como em palestras) enquanto outros tem uma definição mais ampla que descreve um deslocamento de poder das mãos do professor para as mãos do estudante. (O'NEILL; McMAHON, 2010). Considerando a imaturidade

de muitos alunos que chegam à faculdade, ainda adolescentes, esse “empoderamento” (*empowerment*) precisa ser sempre reavaliado, para não cairmos no risco de reforçar estruturas infantis narcísicas e onipotentes, a baixa tolerância à frustração e o mau direcionamento da força reivindicatória juvenil.

Não subestimando a importância da teoria rogeriana na educação, nós psicanalistas precisamos alertar que as abordagens humanista e cognitivista não são suficientes para explicar inteiramente a relação professor-aluno e o fenômeno da aprendizagem. Elas precisam da complementação da Psicanálise e da consideração do inconsciente. A Psicanálise não diz que o homem é bom ou mau. Ela sustenta que o ser humano é um ser desejante, com pulsões. Algumas favorecem o gregarismo, o aprendizado, a produção criativa e a cooperação. Mas há também hostilidade, medo do desconhecido, inveja e agressividade que podem sabotar o processo de aprendizagem. O método PBL espera que os estudantes estejam ansiosos e capazes de participar em discussões coletivas, aceitando discordâncias criativas, entusiasmados diante da tarefa. Mas esta é uma situação idealizada. A experiência pode mostrar também antagonismo, incapacidade de se fazer ouvir ou de contribuir adequadamente (CARTNEY; ROUSE, 2006).

Só é possível entender essas dificuldades reconhecendo a interferência poderosa do inconsciente no processo de aprendizagem. Os fenômenos de transferência já foram descritos no método de ensino e currículo tradicionais (ALMEIDA, 2010; LEWIN, 1946; MARCUS, 1999; MELLO FILHO, 2010; MILLAN, 1999). A transferência se faz naturalmente em qualquer relação humana próxima. Portanto, ela se fará entre aluno e professor também no grupo tutorial. Por mais que o trabalho seja em grupo, todos os grupos demandam um líder. E o líder no grupo tutorial é sempre o tutor, e não o aluno escolhido a cada novo problema como “coordenador” (BOWMAN; HUGUES, 2005). O tutor é o mais velho, o mestre, o que encoraja quando os alunos estão no caminho correto para alcançar os objetivos de aprendizagem, o que repreende, o que elogia e aquele cuja nota dentro do grupo influencia mais o resultado final².

² No Curso de Medicina da UNIFOR, a nota de GT é uma das notas da média final. A nota do professor tem peso 2, a auto-avaliação e a nota dos colegas têm peso 0,5.

Num grupo constituído pelo menos em parte por adolescentes, atuam a transferência e outros elementos inconscientes próprios dessa fase. Enquanto a infância representa uma dependência natural das figuras parentais, são típicos da adolescência a alternância de momentos de evolução e regressão, a necessidade de contestação e separação das figuras de autoridade, a testagem de limites e lutos vividos com muita intensidade (pelo corpo infantil, pela liberdade e menor responsabilidade da infância). É também o momento de recrudescimento do Complexo de Édipo, reemergindo a angústia correspondente e o uso de intensa projeção e introjeção como mecanismos de defesa do ego (MELLO FILHO, 2010; MILLAN, 1999). Concomitante às modificações psicológicas há um substrato neurológico: dados mais recentes afirmam que a maturação cerebral só atinge sua completude por volta dos vinte a vinte e dois anos (GOMES; BELLO, 2004). Portanto, um estudante de medicina deverá sair da imaturidade neurológica e psíquica e através de uma experiência transformadora, passar de adolescente a adulto, com todas as suas implicações: atingir a maturidade psicosexual, tornar-se produtivo e independente, tolerar as frustrações, adaptar-se a novas situações e planejar o futuro. E ainda por cima, ser médico (MELLO FILHO, 2010; MILLAN, 1999).

O método tradicional, com sua distância afetiva e sua ênfase no cognitivo, já deu mostras de não considerar esses elementos juvenis. O professor Sujeito Suposto Saber pode até proporcionar aprendizado real, mas também poderá acentuar a dependência a figuras parentais.

Como corresponder a desafios tão grandes? Bowman e Hughes (2005) dão alguns conselhos objetivos sobre a relação de professores e alunos num currículo PBL: não cair na tentação de ser psicoterapeuta, não desejar ser amigo dos estudantes (ser mais um da “turma”), não exercer o papel de especialista (mesmo que o problema em questão seja da sua especialidade), bloqueando a dinâmica de grupo e aumentando o conteúdo a ser aprendido; não alterar a agenda de trabalho, introduzindo tópicos estranhos aos objetivos estabelecidos; e por fim, não manter relações pessoais com um aluno, fora dos limites acadêmicos e da universidade (BOWMAN; HUGHES, 2005).

Essa nos parece apenas a tarefa consciente (explícita) do docente. Há outra ainda maior, inconsciente ou implícita: para manter o papel virtuoso de educador, é preciso ter personalidade madura e atitude de renúncia às fantasias narcísicas de completude do próprio conhecimento. Este precisa ser encarado como em constante mudança, e não como verdade absoluta dominada pelo professor. O verdadeiro conhecimento pode ser compartilhado com o Outro e é transformador. De outra forma, é conhecimento bruto, coisificado, que serve de instrumento de defesa do ego, numa lógica paranóide (ALMEIDA, 2010). O professor precisa interpretar o ataque do aluno como não-pessoal. Precisa ao mesmo tempo assumir parcialmente o papel da autoridade, do Sujeito Suposto Saber e permitir que os alunos cresçam e se tornem progressivamente mais autônomos. Precisa oferecer continência à insegurança e agressividade do estudante, continência que o ajudará a transformar a agressividade em criatividade.

A modulação desse lugar de autoridade, ou Sujeito Suposto Saber, nos parece contemplada indiretamente por algo que é objeto de discussão na literatura PBL: predomina a opinião de que o tutor não precisa ou até não deve ser especialista na área do problema a ser resolvido pelos alunos (BOWMAN; HUGHES, 2005; WOOD, 2003). Assim, a autoridade do professor virá de sua maturidade, exemplo de como abordar um assunto desconhecido também para ele, mais do que de sua *expertise* técnica.

Sugerimos que seja oferecida possibilidade para atividades extracurriculares de engajamento voluntário dos alunos, e que de preferência essas atividades não sejam especialização do conhecimento já abordado no currículo tradicional. A participação do professor deve ser bastante restrita. Temas ligados a humanidades médicas, arte, história da medicina, ética, morte, e orientações sobre questões profissionais (como montar um consultório, como enfrentar certas situações legais, etc.) ainda representam um desafio.

Por fim, a instituição que se propõe a ser uma porta para a busca e produção de conhecimento também precisa avaliar-se sempre, indagar-se, ouvir e tentar a resolução de conflitos. Os conflitos institucionais não discutidos e não solucionados canalizam-se para o ensino, e podem tornar o estudante seu recipiente (FERNANDES; SVARTMAN; FERNANDES, 2003)

4.2. O paradoxo do problema, um novo pensar e a angústia gerada pelo pensamento.

Saiani, em seu livro “O valor do conhecimento tácito” (2003), utiliza-se das teorias de Michel Polanyi e refere existir um paralelo no inconsciente, baseado em suas leituras de Jung (SAIANI, 2003). O modelo do iceberg, tão usado na Psicanálise para representar o aparelho psíquico, é também aqui empregado. O conhecimento que sabemos possuir representa a menor parte do nosso saber. A maior parte, submersa, é o conhecimento tácito, para o qual contribuem desde nossa sensopercepção até nossas experiências (SAIANI, 2003).

A dimensão tácita do conhecimento não vem sendo devidamente considerada na escola tradicional, herdeira de uma visão objetivista da ciência. Segundo Bacon (apud SAIANI, 2003), a realidade é algo objetivo, a ser alcançada por seu método. Ao que Bion responde dizendo que a verdade é um pensamento que ainda não foi pensado (ZIMMERMAN, 2004).

Não somos meras máquinas de perceber a realidade: uma vez que um elemento verdadeiro da realidade é percebido pelo nosso psiquismo, acontecem processos que não podem ser explicitados (SAIANI, 2003). A ciência é plena desses exemplos: Dos vários modelos construídos por Watson e Crick para a fita dupla de DNA, Watson olhou para o modelo escolhido e disse que era muito bonito para não ser verdadeiro. Kekulé teve um sonho com um dragão que mordida sua cauda e finalmente conseguiu chegar à estrutura do anel de benzeno, após tentativas conscientes infrutíferas. Essas e outras experiências podem ser exemplos de que há algo na verdade que reconhecemos de maneira inata (FERNANDES; SVARTMAN; FERNANDES, 2003).

Platão (apud SAIANI, 2003) já pensara essa questão, chamando-a de “paradoxo do problema”: procurar pela solução de um problema é um absurdo, pois se sabemos o que buscar, não existe problema; e se não tivermos idéia do que procurar, como reconhecer quando o encontrarmos?.

Acreditamos que dentro da Psicanálise existe uma teoria que aborda, melhor do que a junguiana, o paradoxo do problema de Platão, que é a teoria bioniana, desenvolvida a partir das idéias de Melanie Klein.

Bion propõe o conceito de pré-concepção do objeto. Para ele, o bebê tem uma pré-concepção inata de um seio que completará sua existência incompleta. Seria como um “conceito vazio”, que ao se deparar com a experiência real e

emocional do seio materno é preenchida por sentido e coesão (CASTELO FILHO, 2002, FERNANDES; SVARTMAN; FERNANDES, 2003; ZIMMERMAN, 2004). Mas depende da personalidade desse bebê/aluno/pesquisador aceitar e elaborar positiva ou negativamente esta experiência. Em parte o conselho de Bion “sem memória e sem desejo” também se aplica aqui, pois para entrar em contato com a experiência e aprender com ela é preciso que as pré-concepções estejam de alguma forma abertas para que encontrem a realização na experiência, com evolução para conceitos, juízos, e em alguns casos, novos sistemas dedutivos científicos (FERNANDES; SVARTMAN; FERNANDES, 2003; ZIMMERMAN, 2004). Caso contrário, pré-concepções fechadas se tornam preconceitos e impedem o aprendizado, o aprender com a experiência. Segundo as idéias bionianas, os elementos da experiência podem então acasalar-se com a pré-concepção (FERNANDES; SVARTMAN; FERNANDES, 2003; ZIMMERMAN, 2004).

O cientista deve ser capaz de encontrar bons problemas, que não estejam além da sua capacidade de resolvê-los e que possam apresentar achados originais (SAIANI, 2003). Um bom método de ensino deve ter a capacidade de propor bons problemas aos estudantes, que agucem a curiosidade, que sejam passíveis de resolução e que permitam pensar além. O PBL tem potencial para isso.

O diagnóstico médico é um exemplo de habilidade que em grande parte só pode ser transmitida pelo exemplo e pela experiência. Não nos tornamos médicos lendo ou assistindo palestras. Precisamos de práticas, de habilidades e de experiências. Em uma platéia, o envolvimento individual é mínimo (SAIANI, 2003). O professor deve criar e apresentar situações que possam ser integradas tácita/inconscientemente pelos alunos e nas quais eles possam se envolver artisticamente (desenvolvendo sua destreza manual). Isso não significa abandonar o aluno à própria sorte. O aprendiz precisa do mestre, pois ainda não tem experiência. Esse cenário resgata um tempo anterior à educação de massa, o modelo mestre-aprendiz da antiguidade, como Sócrates e seus discípulos, como Hipócrates e seus estudantes embaixo do plátano na ilha de Kós. Nesse tipo de aprendizagem o aprendiz capta inconscientemente regras da arte, incluindo as que o mestre, mesmo sem perceber, ensina de maneira inconsciente (SAIANI, 2003).

Saiani (2003) lembra o conselho de Jung aos analistas, que pode ser estendido aos professores: aprender o máximo possível sobre mitologia, religião e outros assuntos, mas esquecer tudo diante do paciente, para deixar agir o

inconsciente. Parece-nos apropriado aqui lembrar também o conselho de Bion: diante do paciente ou do aluno ficamos “sem memória e sem desejo”, ou seja, devemos abrir mão de nossa memória e desejo emocionais para captar o desconhecido, o outro e as suas necessidades (ZIMMERMAN, 2004).

Ao mesmo tempo, o analista coloca na sessão o seu inconsciente e através da atenção flutuante capta não o que o paciente diz, mas o não dito, o inconsciente. Também o professor num modelo mestre-aprendiz precisa perceber as entrelinhas, os vacilos, a insegurança, as conquistas, o avançar e a autonomia dos alunos. Precisa ter paciência para uma resposta demorada, acolhimento às primeiras abordagens do assunto pelo estudante, ainda que equivocadas. Isso o coloca numa posição próxima a um terapeuta (SAIANI, 2003).

Saiani (2003) lembra que há tradições desviantes da educação tradicional, que acontecem fora do meio acadêmico/universitário, e que lidam de maneira intensa e produtiva com o conhecimento tácito/inconsciente: ateliês de arquitetura, pintura, conservatórios musicais e institutos de Psicanálise.

A tradição psicanalítica iniciada por Freud vem sendo enriquecida e fortalecida ao longo do tempo. Os seminários teóricos e as supervisões de caso clínico por um analista mais experiente, ao lado da análise pessoal, são a base da formação do analista. Em todas essas situações ocorre o uso do conhecimento tácito, inconsciente e intercambiável. Numa discussão de caso clínico, analistas em formação e analista didata contribuem para as interpretações. A autoridade do mestre não é questionada, mas ele também aprende com o conhecimento daqueles em formação. Não há um inconsciente melhor que outro. Portanto, no processo ensino-aprendizagem os conhecimentos tácitos de professor e alunos são intercambiáveis. Sabemos mais do que podemos relatar e ensinamos (inconscientemente) mais do que podemos perceber. Enquanto ocupamos o lugar de Sujeito Suposto Saber, os efeitos mais nocivos dessa troca vem do inconsciente do professor. É importante estarmos atentos (SAIANI, 2003).

Uma típica sala de aula, com dezenas de alunos, é impessoal, neutra, e a disposição espacial dos alunos não favorece a troca – no máximo permite a recepção passiva do conteúdo ministrado pelo professor.

Para que o conhecimento pessoal seja mais efetivo, assim como a participação de cada um dos alunos, é preciso também construir um ambiente, muito mais que edifícios ou salas (SAIANI, 2003). Em Psicanálise sabemos disso: é

preciso um cenário, um enquadre, ou seja, é preciso um *setting* (ETCHEGOYEN, 2004).

No curso PBL existem salas especiais para os grupos tutoriais, pequenas, climatizadas, com dois quadros brancos, com cadeiras em torno de uma grande mesa, onde todos se sentam frente a frente, sem lugar especial para o professor. Talvez seja possível tornar o ambiente ainda mais aconchegante e intimista, inclusive com a contribuição pessoal dos alunos.

A Psicanálise esclarece que o contato com experiências genuínas, com o desconhecido e o novo são temidos e tomados como potencialmente destrutivos. Toda experiência nova gera angústia. Dessa forma, o ego toma providências contra essas experiências – os mecanismos de defesa do ego. Mesmo quando a experiência da aprendizagem é positiva, os novos conceitos vão repetidamente gerar instabilidade e angústia, e o psiquismo faz um movimento pendular oscilando naturalmente entre a posição esquizo-paranóide e a depressiva. (CASTELO FILHO, 2002).

Para Bion, a capacidade de pensar está relacionada com a tolerância à frustração. Ele propôs a chamada função alfa que opera sobre as impressões sensoriais e experiências emocionais percebidas, transformando-as em elementos alfa. Os elementos alfa, que podem corresponder a modelos auditivos, olfativos e principalmente imagens visuais, podem ser utilizados para pensar, sonhar, simbolizar, etc. Os elementos beta são as impressões sensoriais e as experiências emocionais não transformadas, vividas como coisas em si mesmas, concretas, e não servem para pensar nem sonhar. Na criança muito pequena, a mãe tem função essencial para o desenvolvimento dessa capacidade, ajudando o bebê a suportar a frustração e a decodificar suas sensações, transformando elementos beta em alfa. É a chamada *reverie* materna. Mesmo no adulto, e em qualquer um de nós, e de maneira mais acentuada nos psicóticos, podem persistir elementos beta, não pensados (FERNANDES; SVARTMAN; FERNANDES, 2003; ZIMMERMAN, 2004).

Portanto, a *função* de pensar não é o mesmo que possuir pensamentos ou conhecimentos. Ela pressupõe uma disposição para enfrentar o não-saber angustiante. Pensar consiste em ter problemas a solucionar. O método PBL, bem desenvolvido e bem aplicado, convida ao uso da função de pensar, enquanto o método tradicional possibilita, muitas vezes, apenas a posse de pensamentos.

Para Bion, a psique é obrigada a pensar, pois se depara com pensamentos que antecedem sua existência. Entre uma necessidade não satisfeita e uma ação que a satisfaça há um vazio – de espera – com algum grau de frustração. O pensar visa a preencher exatamente esse vazio. A tolerância à frustração é condição fundamental para o pensar e o pensar permite suportar a espera entre o momento do desejo e a ação para sua satisfação, num círculo virtuoso (FERNANDES; SVARTMAN; FERNANDES, 2003; ZIMMERMAN, 2004).

É importante entender que o estudante sempre aprenderá *parte* do que é ensinado. O desejo epistemofílico – o desejo de saber, o desejo de aprender sobre si mesmo e o mundo – não pode nunca ser saciado. É esta falta que estrutura a aprendizagem, ou caso contrário, haverá inibição intelectual e mera ecolalia de conteúdos de aprendizagem (LAJONQUIÈRE, 1999). Evidentemente o nunca aprender totalmente também pode gerar angústia. Há uma frase muito conhecida pelos universitários de língua inglesa, e por alguns creditada a Bernard Shaw³, que expressa esse conflito: *“The more I study, the more I know, the more I know, the more I forget, the more I forget the less I Know. So why study?”* (Quanto mais eu estudo, mais eu sei, quanto mais eu sei, mais eu esqueço, quanto mais eu esqueço, menos eu sei. Então, por que estudar?).

A nossa resposta como professores, psicanalistas e adultos capazes de ajudarem as novas gerações na função de pensar pode ser: em contraste com a satisfação dos apetites, da voracidade oral, a satisfação parcial da pulsão epistemofílica não destrói os objetos de gratificação. Ao contrário, a apreciação da cultura e a produção científica e artística asseguram e até aumentam sua disponibilidade para a sociedade (SAIANI, 2003) Além disso, não esquecemos verdadeiramente. Elementos verdadeiros persistem no inconsciente para serem resgatados pelo consciente, quando necessários.

³ Site de busca Google.

4.3. O grupo tutorial – Um grupo operativo. As contribuições de Freud, Bion e Pichon-Riviere para sua compreensão psicodinâmica.

Nossas atitudes, reações e sentimentos em grupo resgatam nossa memória afetiva primordial, porque reproduzimos em nossas relações interpessoais (objetais) os nossos vínculos amorosos iniciais (CHAMAT, 1997). Antes de existirmos, já havia o grupo. Ao nascermos formamos uma unidade simbiótica com a figura materna. O pai, ou um terceiro elemento que ocupa esse lugar, vai quebrar essa simbiose e nos introduzir na vida de grupo (CHAMAT, 1997).

Freud (1921) diz que as relações amorosas formam também a base da mente grupal. Há um outro modo de encarar o complexo de Édipo, qual seja: a relação não social, narcísica, é sempre mais dual e simbiótica. Conflitos edípicos podem resultar em dificuldades para ingressar na relação social, relação que é sempre a três. A vivência adequada da triangulação favorece a aceitação da pluralidade, da diferença e da liderança.

No pequeno grupo inicial de nossa vida familiar é fácil garantir o nosso espaço e a sobrevivência de nossa individualidade (CHAMAT, 1997). Depois, quando nascem os irmãos, surgem o ciúme e a competição pelo amor e atenção dos pais. Mas as crianças aprendem que manifestar hostilidade não é socialmente aceitável. Então as emoções negativas são reprimidas e cada filho no grupo familiar é forçado a se identificar com os outros por meio do amor semelhante ao mesmo objeto (FREUD, 1921). No grupo maior, sofremos mais, e esse sofrimento é aplacado nos grupos bem sucedidos por certas características: ninguém deve salientar-se, todos são iguais e dirigem suas emoções a um objeto comum, hierarquicamente superior, o líder, que substitui a figura parental (FREUD, 1921). No grupo tutorial essa figura é o tutor.

Segundo Freud (1921), há elementos que ajudam a garantir a igualdade entre seus membros e manter a hostilidade em níveis reduzidos, em favor da cooperação, do desprendimento e da dedicação aos objetivos comuns: uma organização interna (estrutura), afinidades mínimas (de idade, culturais, entre outras), certo tempo dedicado à convivência em grupo e às tarefas comuns, a interação com grupos semelhantes (que podem ser rivais entre si) e o

estabelecimento de tradições, costumes ou hábitos. Quanto mais fortes essas características, maior é a identificação, que é a base da empatia (FREUD, 1921).

Os impulsos estritamente sexuais são desfavoráveis para a formação de grupos, pois o que é interesse pessoal não pode ter destaque. Nos grandes grupos artificiais – como Igreja e exército – não há lugar para a mulher como objeto sexual (FREUD, 1921). Então é preciso criar novos tipos de laços libidinais entre os membros do grupo. É preciso sublimar os instintos amorosos, afastando-os de seus objetivos originais, mantendo a energia. No grupo manteremos também os padrões afetivos dos nossos primeiros amores. Sabemos que a criança deseja o amor, a atenção, a continência e a autoridade paterna, reprimindo sua hostilidade contra ela (FREUD, 1921).

O grupo pode permitir a contribuição individual de maneira anônima, dando chance à evasão e negação. O indivíduo tenta procurar uma posição segura e familiar e então ele pode projetar no grupo sua hostilidade, e negá-la sinceramente (BION, 1975). Pode haver o boicote ao grupo, através de atrasos, faltas e deboches, testando os limites de aceitação do grupo. Principalmente no início do trabalho do grupo pode existir nos membros um sentimento persecutório intenso, transformado em tédio, explosões de raiva, ataques ao líder (tutor) e inveja (BION, 1975; CARTNEY; ROUSE, 2006). Os ataques sádicos se dirigem à própria capacidade de aprender ou são projetados para o exterior: “o método é ruim”, “assim até eu sou professor, sem falar nada!” (CARTNEY; ROUSE, 2006; FERNANDES; SVARTMAN; FERNANDES, 2003).

Pode também existir o mecanismo de formação reativa, fazendo com que os alunos não queiram magoar o tutor ou colega com avaliações críticas. Os problemas de comunicação podem levar a subgrupos e alianças defensivas contra o líder. Naturalmente pode haver muita dificuldade dos alunos demonstrarem seus sentimentos para o líder (CARTNEY; ROUSE, 2006; BION, 1975)

Frequentemente os membros do grupo podem assumir determinados papéis: “o estudioso”, o “coitadinho”, o “esperto”, o “bonzinho”, o “calado”, que os ajuda a escapar da tarefa (FERNANDES; SVARTMAN; FERNANDES, 2003). Alguns autores descrevem três estados egóicos possíveis num grupo: parental, adulto e criança – ou vítima, salvador e perseguidor. O tutor pode atuar segundo seu instinto de proteger o “perseguido”, mas é preciso entender que essa

“proteção” serve apenas para reforçar o comportamento já estabelecido (CARTNEY; ROUSE, 2006).

Bion (1975), trabalhando a partir das idéias de Freud sobre os grupos, considerou que um grupo tem dois níveis: o nível de trabalho e o nível de supostos básicos. O grupo de trabalho existe no plano consciente, onde a cooperação é voluntária, trabalha com a realidade e portanto tem funções semelhantes à do ego. No nível inconsciente estão os supostos básicos, que se alternam, podendo um ou outro predominar no grupo (BION, 1975):

1. Suposto básico de dependência, que elege um líder carismático, substituto p(m)aterno, que provê em suas fantasias as necessidades do grupo. No caso do grupo tutorial, o professor seria revestido de poderes onipotentes. Como ninguém vai corresponder a essas expectativas de maneira total, a decepção, frustração e hostilidade posterior contra esse líder são o outro lado da moeda.
2. O suposto básico de luta e fuga, paranóide, ligado às fantasias de um objeto mau (o conhecimento novo? O tutor?), predominando a destrutividade e o medo de se constituir como grupo. Tudo o que se coloca *de novo* numa estrutura grupal e emocional já estabelecida provocará ansiedade e poderá ser alvo de aversão: um conhecimento novo, um novo colega, um novo tutor.
3. Suposto básico de acasalamento, com a idéia de formação de pares no grupo, ou acasalamento com o líder, para a geração de um messias salvador, ou uma idéia salvadora. De qualquer forma, existe aí uma idéia positiva de esperança e de futuro, que pode dar frutos se bem conduzida.

Nos grupos de dependência, acasalamento ou luta ou fuga, os conflitos originais podem ser os mesmos, ou seja, ansiedade psicótica ligada a objetos parciais e mecanismos de divisão e identificação projetiva tais como os que Melanie Klein descreveu como característicos da posição esquizoparanóide. Quanto mais perturbado é o grupo, mais facilmente discerníveis são essas fantasias. (BION, 1975, FERNANDES; SVARTMAN; FERNANDES, 2003).

Um grupo tutorial pode apresentar todas essas características. Essa dinâmica precisa ser reconhecida pelo tutor, que é o objeto que será tido como

ideal do ego por todos os indivíduos do grupo (FREUD, 1921) e que é o líder, visto como pai, mãe, perseguidor ou par do acasalamento.

O líder (tutor) necessitaria ter condições de personalidade facilitadoras do processo, como segurança, auto-estima, capacidade de lidar bem com a frustração, limitação da onipotência, do narcisismo, do sadismo e da inveja, gostar de pessoas, de conviver em grupo e poder ser continente de aspectos destrutivos e narcísicos dos participantes sem muita persecutoriedade (FERNANDES; SVARTMAN; FERNANDES, 2003). Ele deverá ajudar na constituição no desenvolvimento e na manutenção do grupo, respeitando os líderes funcionais que surjam. Ele deve ajudar o grupo a realizar sua tarefa interna reflexiva, para que ele possa fazer sua tarefa externa, que é responsabilidade do grupo e não do líder. O líder não deve assumir nunca uma função que possa ser realizada por outro membro do grupo, pois ele não é igual aos outros (FERNANDES; SVARTMAN; FERNANDES, 2003). O líder não pode deixar o processo avançar no sentido da dependência nem pode ser ameaçador. Se o líder ameaça o grupo, este não se sente acolhido e protegido por esse líder. É preciso um líder que tenha capacidade de gerar no grupo a idéia de que alguma coisa ali vai nascer, como num acasalamento. Quando isso não acontece, podemos estar diante de uma liderança “boazinha”, quer dizer, condescendente, que vai formar uma relação dependente; ou um líder autoritário, rígido, que persegue. O indivíduo com o qual o grupo faz o acasalamento, isto é, o líder, tem que ser um indivíduo ao mesmo tempo forte e flexível. Encontrar essas coisas características numa mesma pessoa não é simples, porque a tendência é de predominância de um ou outro elemento na personalidade. Esses aspectos remetem também ao conceito de “mãe suficientemente boa” de Winnicott. Ela suporta as necessidades emocionais do bebê, se deixa guiar por ele, sem seguir manuais ou regras pré-estabelecidas, não sufoca ou reprime o desenvolvimento antecipando-se às suas necessidades e ao mesmo tempo frustra e ajuda o bebê a perceber que é possível suportar a frustração. Responde à onipotência desse bebê de maneira adequada (AMADEU; HARTMANN, 2005; WINNICOTT, 1978)

Esse líder ideal não existe, mas o líder deve ter um domínio da realidade que lhe confere autoridade. O sentimento de pertença e identidade num grupo bem liderado não pode ser subestimado (CARTNEY; ROSE, 2006) Essa monografia não pretende fornecer um *checklist* de atitudes a serem implementadas pelo tutor

ao lidar com as poderosas forças inconscientes em um grupo tutorial. Mas defendemos enfaticamente que o tutor deve se tornar conhecedor dessa dinâmica inconsciente e se auto-avaliar, percebendo em si a presença de atitudes ou de conflitos mais graves. Pois alunos e tutores têm um inconsciente, podendo existir não só os problemas de aprendizagem como de ensinagem (CHAMAT, 1997). Na prática, a autoridade do tutor deve ser fundamentada na maturidade e no exemplo ético, e não na detenção do conhecimento. Ele deve ser acolhedor com a angústia e até com a hostilidade estudantil, mas não conivente.

Segundo Bion, como os grupos humanos se formam pela necessidade de sobrevivência, as reações de luta e fuga são as mais comuns. Então parece que o trabalho em grupo é considerado inviável pela Psicanálise: como esperar algo criativo de um grupo? Como esperar que idéias individuais possam ser bem aceitas (BION, 1975).

Alguém que busca um grupo está procurando por gratificação e o sentimento predominante geralmente é de frustração (BION, 1975). A frustração pode ser geradora de raiva ou medo e ela não pode ser tolerada num grupo básico, pois este funciona no nível inconsciente, e o inconsciente não tem noção da passagem do tempo (BION). Será necessária a cooperação voluntária (consciente), que é o grupo de trabalho.

Pichon-Rivière, levando em consideração os trabalhos de Freud, Bion e outros autores, estabeleceu o conceito de grupo operativo (FERNANDES; SVARTMAN; FERNANDES, 2003), que a nosso ver se aplica ao grupo tutorial.

O grupo operativo é a reunião de um conjunto de pessoas que tentam abordar um objetivo comum, colaborando como equipe, unidas num determinado tempo e espaço, com um papel de porta-voz ocupado em rodízio pelos membros, e um coordenador/facilitador ou intérprete (FERNANDES; SVARTMAN; FERNANDES, 2003)

O grupo operativo tem uma tarefa explícita, no caso do grupo tutorial a aprendizagem; e uma tarefa implícita, a elaboração das ansiedades.

A cooperação voluntária (consciente) é fundamental. O grupo tem uma tarefa ligada à realidade e talvez, à ciência. Através de sua preocupação com a realidade, é compelido a empregar os métodos da ciência, mesmo de forma rudimentar, apesar da influência das suposições básicas e às vezes, em harmonia com elas, pois a idéia de desenvolvimento para Bion não exclui os elementos mais

primitivos da personalidade. Ao contrário, considera-os para a integração. (BION, 1975; FERNANDES; SVARTMAN; FERNANDES, 2003).

Nos grupos operativos são elementos fundamentais o esclarecimento, a comunicação, a aprendizagem e a resolução da tarefa. A tarefa explícita é a elaboração de um esquema conceitual referencial e operativo de caráter dialético, em que as contradições referentes ao campo de trabalho devem ser resolvidas como tarefa durante o transcorrer do grupo (mapa conceitual e objetivos de aprendizagem, no caso do grupo tutorial). A tarefa implícita é mobilizar estruturas estereotipadas, preconceitos e pré-julgamentos, obstáculos à comunicação e à aprendizagem despertados pelo temor à mudança, provocando, conseqüentemente maior flexibilidade de papéis e esclarecimentos que podem facilitar o aprender a pensar e a resolução da tarefa explícita (FERNANDES; SVARTMAN; FERNANDES, 2003).

A comunicação entre os membros do grupo pode ser verbal ou não verbal. Essa comunicação não-verbal é mais primitiva, não tem sintaxe, mas é muito eficiente em vinculação afetiva (FERNANDES; SVARTMAN; FERNANDES, 2003).

Há alguns pressupostos básicos da comunicação: a impossibilidade de não comunicar, a simetria ou complementariedade, e a participação do emissor e do receptor como parte da comunicação. Não é possível não comunicar, pois mesmo calados nos comunicamos através do não-verbal. A complementariedade ou simetria implicam que precisamos estar num mesmo nível ou mesma sintonia para que possamos entender a mensagem. O emissor e o receptor fazem parte da comunicação, pois o sentido não está na mensagem em si, mas naqueles que usam a mensagem (FERNANDES; SVARTMAN; FERNANDES, 2003). Para Bion, quanto mais um grupo é organizado, mais eles fazem uso da palavra. Mais as palavras servem de veículo para a comunicação verbal (BION, 1975, FERNANDES; SVARTMAN; FERNANDES, 2003).

Há uma curiosidade prática a esse respeito: trabalhos de comunicação em medicina relatam que as mulheres têm maior facilidade do que os homens em estabelecer empatia e maior eficiência na comunicação não-verbal. Esse fenômeno pode ter conexões com a relação mãe-bebê. Os bebês preferem o rosto humano a qualquer outra imagem, e a voz humana a qualquer outro som. Mas particularmente eles preferem o rosto e a voz feminina, e de todas as mulheres, o

rosto e a voz da mãe (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006). As peculiaridades culturais e religiosas árabes criaram oportunidade para observar esses elementos de comunicação ligados ao gênero no grupo tutorial. Nos Emirados árabes, homens e mulheres formam grupos separados. Lá, os homens valorizam a oportunidade de mostrar seu conhecimento individual. Para as mulheres, o mais importante é a garantia de uma infra-estrutura necessária para seu aprendizado. Os grupos femininos são mais efetivos que os grupos masculinos e entre elas há maior escuta e partilha de informação que entre os homens. Os autores lembram das teorias segundo as quais as conexões empáticas são vitais na auto-estima, energia e motivação no desenvolvimento feminino. Entre os homens predomina a atitude de competição e estabelecimento de um líder (KASSAB et al, 2005). O bom senso nos faz pensar que a melhor constituição dos grupos tutoriais é a mista, com homens e mulheres, como forma de equilibrar essas peculiaridades de gênero.

Segundo Bion, o grupo de trabalho implica contato com a realidade, tolerância à frustração, controle de emoções e permite a transformação do pensamento em novas idéias. (FERNANDES; SVARTMAN; FERNANDES, 2003). Quanto menos fraturado por fantasias de poder, e conteúdos narcísicos, o grupo estará mais coeso. Para isso é preciso enxergar-se a si mesmo e aos outros como objetos reais e totais. Os conflitos só poderão ser mitigados pela confiança mútua que provém da convivência. Daí a importância de serem também criadas áreas de encontros informais, onde os envolvidos possam ver-se como pessoas. A convivência lúdica entre os alunos e - em medida mais restrita - entre alunos e professores, como em jantares, festas, estudo em grupo, competições esportivas, pode reforçar esses laços. Áreas físicas comuns agradáveis - bancos, praça arborizada, cantinas ou refeitórios amplos - para uso comum de alunos e professores, em intervalos de aulas ou horários livres, podem representar uma oportunidade de convivência. Na vida acelerada de hoje, o grupo tutorial pode ser uma das poucas oportunidades de contato íntimo e prolongado entre colegas de uma mesma turma de faculdade. (CARTNEY; ROUSE, 2006).

Na nossa proximidade de grupo tutorial, talvez seja preciso imitar o movimento dos porcos-espinhos na fábula de Schopenhauer, lembrada por Freud (1921): com frio extremo eles procuram se aproximar para se aquecer, mas ao se

tocarem, machucam-se com seus espinhos. Também em grupo, precisamos conhecer a distância emocional adequada entre nós: perto o suficiente para darmos conta de nossa tarefa, mas não tão perto para ativar conflitos que tornarão a tarefa explícita mais difícil, e para os quais não podemos oferecer a estrutura de um grupo terapêutico (tempo, formação terapêutica, e outros) para a sua solução.

BOWMAN e HUGHES (2005) enumeram algumas semelhanças entre o grupo tutorial e um grupo de terapia, embora enfatizem que ele não deve ser usado como tal:

- a) Longo tempo de contato: 8 horas por semana
- b) Produção de ansiedade, confrontando o aluno com a incerteza
- c) Natureza imprevisível da interação grupal
- d) Intimidade potencial que pode facilitar testemunhos pessoais, criando a necessidade de continência e suporte
- e) A ansiedade pode levar a regressão e outros mecanismos de defesa

Por outro lado, Zimmerman (apud FERNANDES; SVARTMAN; FERNANDES, 2003) lembra que os limites entre grupo operativo e grupo terapêutico não são nítidos; eles se tangenciam e muitas vezes se imbricam. Num e noutro se procuram:

1. Uma adaptação ativa à realidade
2. A possibilidade de assumir novos papéis
3. A possibilidade de assumir maior responsabilidade
4. A perda de papéis inadequados para o aqui e agora na tarefa
5. Sentimentos de pertença, cooperação e pertinência, aumentando a produtividade

Provavelmente a diferença marcante é que o grupo terapêutico tem como finalidade a cura (FERNANDES; SVARTMAN; FERNANDES, 2003).

Mas mesmo essa diferença é relativa, pois a Psicanálise, particularmente com Freud, Bion e Pichon-Rivière, sustenta que o conhecimento é terapêutico (BION, 1975, FERNANDES; SVARTMAN; FERNANDES, 2003). Se alguém ensina, outro aprende, e não é possível ensinar sem aprender com os próprios ensinamentos e com a vivência do outro. Ensinar-aprender é dialético e terapêutico (FERNANDES; SVARTMAN; FERNANDES, 2003). Além do mais, tudo o que não é elaborado é atuado. Atuação ou “*acting out*” com o significado psicanalítico de

expressar, em atitudes e ações, um conflito inconsciente (ETCHEGOYEN, 2004). Alguns autores chegam a defender que conscientizar o grupo de suas dificuldades emocionais pode facilitar o processo da tarefa explícita (GUNN, 2007). É nossa opinião que isso deve ser feito de maneira muito limitada, pontual, contextualizada dentro da tarefa, no aqui-e-agora. Pois o líder/tutor não tem formação terapêutica e o grupo tem tempo limite para estar junto – 18 semanas, que pode não ser suficiente para a elaboração dos conflitos.

Um grupo não é simplesmente a soma das diversas personalidades individuais. Nele, funcionam forças psicodinâmicas e interpessoais próprias, resultando numa “personalidade do grupo” (FERNANDES; SVARTMAN; FERNANDES, 2003).

Quando nos envolvemos com um grupo, comparecemos não só com nosso intelecto, mas também com nossas fantasias, expectativas e preconceitos. Como professores de grupos temos que estar atentos para o impacto emocional do grupo sobre os estudantes, também reconhecendo nossas próprias reações. Ensinar e aprender deve ser visto também como umnexo social e uma teia complexa de mundos internos e externo, com mecanismos de defesa individual e grupal, tecida por intensas emoções (CARTNEY; ROUSE, 2006).

O todo é mais que a soma das partes e uma estratégia importante é dirigir nossa atenção para o grupo, mais do que um indivíduo em particular. Portanto, deve-se sempre preferir a abordagem grupal e não individual dos conflitos. Por outro lado o desejo de estabelecer homogeneidade pode atuar contra o reconhecimento das diferenças e eventuais conflitos. (CARTNEY; ROUSE, 2006)

Se acreditamos que cada grupo formará uma dinâmica diferente, como fazer uso de um único instrumento de avaliação? A avaliação parece um ponto nevrálgico nos currículos PBL, onde a autonomia do estudante também é proposta nessa área. Em países árabes os alunos consideram pouco importante a presença de desigualdade no grupo, ou seja, indivíduos que dominam o tempo e a tarefa do grupo ou o comportamento desviante (indivíduos que chegam atrasados, que não estudam o assunto em casa, com atitudes inadequadas durante a sessão). Esses alunos não são confrontados por seus colegas. (KASSAB *et al.*, 2005) Os autores consideram que na sociedade árabe as desigualdades são intensas, gerando o fenômeno de tolerância. Sentimos que em nosso meio o comportamento dos alunos é semelhante, com dificuldade em avaliar o colega e a si mesmo de maneira

coerente e justa, com tendência a leniência com as atitudes nocivas. Não temos elementos para discernir sobre a causa desse padrão. Seríamos nós, de herança latina, mais tolerantes e menos assertivos que os anglo-saxônicos? Esse fenômeno poderia ser reflexo das desigualdades sociais do país, à semelhança do proposto nos países árabes? Baseia-se psicodinamicamente na formação reativa como mecanismo de defesa do ego? São questões que merecem investigação.

Ainda dentro do quesito avaliação, outro ponto delicado é: como avaliar o conhecimento tácito dos estudantes? Não é possível neste trabalho propor soluções para essa questão. Mas cremos que assim como ensinamos mais do que podemos verbalizar ou perceber, ensinamos muito mais do que podemos avaliar. Conhecimentos que não são passíveis de quantificação por *checklists* ou provas.

Guiados por um tutor capaz de insight, nem demasiadamente paternal, nem perseguidor, os alunos poderão ter a percepção de que o novo pode ser bom, e de que ao assimilar o novo não serão destruídos. Perceber o objeto de amor, o outro, o professor, ou o conhecimento de maneira integral gera a necessidade de reparação, permitindo a posse de um objeto bom e estável, cuja introjeção reforça o ego (FREUD, 1921, FERNANDES; SVARTMAN; FERNANDES, 2003).

Os alunos no grupo tutorial, como os seres humanos em outros grupos, poderão entender que a vida grupal nega determinados desejos satisfazendo outros. E algumas necessidades da vida mental só podem ser fornecidas por um grupo (BION, 1975).

Para aprender a ser tutor e para aprender a trabalhar em grupo, os livros, os manuais e as monografias são de alguma ajuda, porém limitada. É preciso vivenciar a metodologia e naturalmente poder errar, e com o erro perceber o que é certo. Só não erra aquele que não tenta fazer. Não há outro caminho a não ser *aprender com a experiência*, com todas as suas dificuldades e ganhos, ensinando e aprendendo sempre.

5. CONCLUSÕES E SUGESTÕES

As metodologias ativas de ensino médico, particularmente o PBL, constituem evolução natural e importante diante das mudanças sociais e dos enormes desafios da carreira médica. A proximidade entre professores e alunos possibilita o resgate do modelo mestre-aprendiz e participação da subjetividade e dos elementos afetivos na aprendizagem. No entanto, como todo contato humano, cria também a possibilidade de conflitos. As escolas da psicologia cognitiva que embasaram essas metodologias de ensino médico não levam em conta os elementos tácitos e inconscientes. Propomos que a literatura psicanalítica participe da compreensão integral do ensino médico, por considerar os elementos inconscientes. A Psicanálise traz a compreensão psicodinâmica da relação professor-aluno, da relação humana com o conhecimento e dos vínculos grupais, através das teorias de Freud, Klein, Bion e Pichon-Rivière. Assim, ela pode ajudar na percepção de conflitos e na construção de propostas para sua superação.

A partir das reflexões psicanalíticas aqui expostas sugerimos como parte das estratégias das metodologias ativas de ensino: a) inclusão da visão psicodinâmica do ensino médico na formação docente; b) reavaliação crítica e periódica do conceito e das ações “centradas no estudante”, levando à autonomia ética e não ao reforço das estruturas narcísicas e onipotentes juvenis; c) procura e o reforço do papel do tutor/professor e suas características especiais (autoridade fundamentada na maturidade e no exemplo ético e não na detenção do conhecimento, acolhedor, mas não conivente); d) Espaço para atividades extracurriculares para socialização de professores e alunos, de preferência de tom humanístico e não técnico; e) espaço para discussão das demandas docentes e institucionais; f) propiciar ambientes de estudo acolhedores e mais pessoais; g) considerando o grupo possuidor de uma “personalidade grupal”, dirigir a atenção, as críticas e os elogios ao grupo, restringindo ao mínimo necessário as devolutivas individuais, h) apesar da potencialidade terapêutica do conhecimento e do trabalho em grupo, não fazer tentativas de ações terapêuticas *strictu sensu*.

6. REFERÊNCIAS

ABREU, E.S. **Percepção, Consciência e Emoção**. Manual do tutor/aluno e Plano de Ensino. Módulo XII do Curso de Medicina (S832). Universidade de Fortaleza (Unifor), 2010, 79p.

ALMEIDA, S.F.C. **Psicanálise e Educação: algumas observações e hipóteses sobre uma (im)possível conexão**. Disponível em: <www.estadosgerais.org/.../francesca-psicanalize_educacao.sht>. Acesso em 05 nov. 2010.

AMADEU, V.T.R.; HARTMANN, J.B. O binômio mãe-bebê na UTI neonatal: a mãe que eu tenho e a mãe que eu preciso. **Iniciação Científica CESUMAR**, v.7, p.25 – 40, 2005.

BION, W.R. **Experiências com grupos**. Tradução por Walderedo Ismael de Oliveira. São Paulo: Imago, 1975. 186p.

BOWMAN, D.; HUGUES, P. Emotional responses of tutors and students in problem-based learning: lessons for staff development. **Medical Education**, v. 39, n. 2, p. 145 – 153, 2005.

BRANCH, W.T. Jr. The ethics of caring and medical education. **Academic Medicine** v. 75, p. 127 – 132, 2000.

CARTNEY, P.; ROUSE, A. The emotional impact of learning in small groups: highlighting the impact on student progression and retention. **Teaching in Higher Education** v.11, p. 79 – 91, 2006.

CASTELO FILHO, C. A grade de Bion. **Psyché**, vol. 6, n. 9, p. 75 – 92, 2002. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/307/30700907.pdf>> Acesso em 05 nov. 2010.

CHAMAT, L.M.J. **Relações vinculares e aprendizagem. Um enfoque pedagógico**. São Paulo: Ed. Vetor, 1997. 112p.

CLONINGER, S.C. A perspectiva humanista. In: _____. **Teorias da Personalidade**. Tradução de Claudia Berliner. São Paulo: Martins Fontes, 1999. Cap. 6, p. 453 – 483.

COMMELIN, P. **Mitologia Grega e Romana**. Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

COOKE, M.; IRBY, D.M.; SULLIVAN, W.; LUDMERER, K.M. American medical education – 100 years after the Flexner Report. **New England Journal of Medicine** v. 355, p. 1339 – 1344, 2006.

DONNER, R.S.; BICKLEY, H. Problem-based learning in American medical education. **Bulletin of the Medical Library Association** v. 81, p. 294 -298, 1993.

ETCHEGOYEN, R.H. A teoria do Sujeito Suposto Saber. In: _____. **Fundamentos da técnica Psicanalítica**. Tradução por Francisco Frank Settineri. Porto Alegre: Artmed, 2004, cap. 11, p. 85 – 94.

ESCOLAS MÉDICAS DO BRASIL. **Metodologia de ensino**. Disponível em: <<http://www.escolasmedicas.com.br/metodo.php>> Acesso em 01 set. 2010.

EVA, A.C.; VILARDO, R.; KUBO, Y. Realidade psíquica, realidade interna, realidade subjetiva. In: FRANÇA, M.O.A.F.; GONÇALVES, S.M. **Fórum de Psicanálise**. Sociedade Brasileira de Psicanálise. São Paulo: Editora 34, 1995. 319p.

FERNANDES, W.J.; SVARTMAN, B.; FERNANDES, B.S. **Grupos e configurações vinculares**. Porto Alegre: Artmed, 2003, 303 p.

FREUD, S. O chiste e sua relação com o inconsciente (1905). In: _____. **Edição Standard das Obras Psicológicas de Sigmund Freud**. Tradução por Margarida Salomão. Rio de Janeiro: Imago, vol. 8, 1977, 290p.

FREUD, S. Algumas reflexões sobre a Psicologia Escolar (1914). In: _____. **Edição Standard das Obras Psicológicas de Sigmund Freud**. Tradução por Órizon Carneiro Muniz. Rio de Janeiro: Imago, vol. 13, p. 281 – 288, 1977.

FREUD, S. Psicologia de grupo e análise do ego (1921). In: _____. **Edição Standard das Obras Psicológicas de Sigmund Freud**. Tradução por Cristiano Monteiro Oiticica. Rio de Janeiro: Imago, v. 18, p. 89 - 179, 1977.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (Unicef). **Cuidados primários de saúde – relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários**

de Saúde – Alma Ata, 1978. Brasília: Fundo das Nações Unidas para a Infância; 1979.

GOMES, M.M.; BELLO, H. Maturação cerebral e eletroencefalograma. **Revista Brasileira de Neurologia** v. 40, p. 5 -13, 2004.

GOMES, R. et al. A formação médica ancorada na aprendizagem baseada em problema: uma avaliação qualitativa. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação** v. 13, p. 71 – 83, 2009.

GUNN, V. **Approaches to small group learning and teaching (Handbook)**. University of Glasgow, 2007. Disponível em: < <http://www.gla.ac.uk/learn>> Acesso em: 11 set. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **As mulheres no alvo das políticas públicas brasileiras**. Brasília, 2006. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=605&%20id_pagina=1. Acesso em: 1 dez. 2010.

JAFFÉ, A. **C.G.Jung, Memórias, Sonhos, Reflexões**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, p.210, 1992.

KASSAB, S. et al. Gender-related differences in learning in student-led PBL tutorials. **Education for Health**, v. 18, p. 272 – 282, 2005.

KIRKLAND, R.T. Baylor College of Medicine. In: Association of American Medical Colleges. **The Education of American Medical Students: Ten stories of curriculum change**. Disponível em: <<http://www.milbank.org/aamc/0010aamc.html#baylor>> Acesso em: 15 out. 2010.

LAJONQUIÈRE, L. **Infância e ilusão (psico)pedagógica**. Petrópolis: Vozes, 1999. 204p.

LAMPERT, J.B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil – Tipologia das escolas**. São Paulo: HUCITEC / Associação Brasileira de Educação Médica, 2002. 283p.

LEBRUN, J-P. Páginas Amarelas (Entrevista). **Revista Veja**. São Paulo: Editora Abril, a. 42, n. 49, 9/12/2009.

LEMPP, H.; SEALE, C. The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching. **British Medical Journal** v. 329, p. 770 – 773, 2004.

LEWIN, B.D. Counter-transference in the technique of medical practice. **Psychosomatic Medicine** v.8, p.195 – 199, 1946.

MACHADO, J.L.M.; MACHADO, V.M.P.M. (org.). **Projeto Pedagógico – Curso de Medicina**. Universidade de Fortaleza (Unifor), 2005, 245p.

MARCUS, E.R. Psychodynamic social science and medical education. **The Journal of Psychotherapy Practice and Research** v.8, p.191 – 194, 1999.

MARTINS, J.M. **Faculdade de Medicina da UFC – Professores e Médicos Graduados**. Fortaleza: Imprensa Universitária da UFC, 1998.

MARTINS, J.M. **Faculdade de Medicina da UFC – Professores e Médicos Graduados**. Fortaleza: Imprensa Universitária da UFC, 2000.

McLEAN, M; GIBBS, T.J. Learner-centred medical education: improved learning or increased stress? **Education for Health**, v. 22, p. 1 – 12, 2009.

MELLO FILHO, J.; BURD, M. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artmed, 2010. 616p.

MILLAN, R.B. et al. **O universo psicológico do futuro médico**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. 282 p.

MORAES, M.A.A.; MANZINI, E.J. Concepções sobre a aprendizagem baseada em problemas: um estudo de caso na FAMEMA. **Revista Brasileira de Educação Médica** v. 29, p. 125 – 135, 2005.

O'NEILL, G; McMAHON, T. **Student-centred learning: what does it mean for students and lecturers?** Disponível em: <<http://www.aishe.org/readings/2005-1/>> Acesso em: 10 out. 2010.

PAPALIA, D.E.; OLDS, S.W.; FELDMAN; R.D. **Desenvolvimento humano**. Tradução por Daniel Bueno. Porto Alegre: Artmed, 2006. 888p.

QUINTANA, A.M. et al. A angústia na formação do estudante de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica** v. 32, p. 7 – 14, 2008.

SAIANI, C. **O valor do conhecimento tácito**. São Paulo: Escrituras, 2004. 201p.

SCHMIDT, H.G. Problem - based learning: rationale and description. **Medical Education** v. 17, p. 11 – 16, 1983.

SCHUGURENSKY, D. **History of education – Selected Moments of the 20th Century**. Disponível em: <http://www.oise.utoronto.ca/research/edu20/moments>.

SEGAL, H. Uma fantasia necrofílica. In: _____. **A obra de Hanna Segal**. Tradução por Eva Nick. Rio de Janeiro: Imago, 1983. Cap. 14, p. 221 – 228.

SHAPIRO, J. Walking a mile in their patients' shoes: empathy and othering in medical students' education. **Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine**, v. 12, n. 3, 10, 2008.

TORRES, A.R. et al. Ligas acadêmicas e formação médica: contribuições e desafios. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** v.12, p.713-720, 2008.

UNIFOR. CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE. **Medicina**. Disponível em: <<http://www.unifor.br/index.graduacao/>> Acesso em: 10 out. 2010.

VAUGHN, LM; BAKER, RC. Psychological size and distance: emphasising the interpersonal relationship as a pathway to optimal teaching and learning conditions. **Medical Education** v. 38, p. 1053 – 1060, 2004.

WINNICOTT, D. **Da pediatria à Psicanálise**. Rio de Janeiro: Editora Francisco Alves, 1978.

WOOD, DF. Problem Based Learning. **British Medical Journal** v. 326, p. 328 – 330, 2003.

ZIMMERMAN, D.E. **Bion da teoria à prática – Uma leitura didática**. Porto Alegre: Artmed, 2004. 349p.

Eppur, si muove.