

## PROJETO DE PESQUISA

### **Subsídios da psicologia para a educação médica**

Programa de Psicologia Clínica – PUCSP  
Núcleo de Estudos Junguianos

Relatório final Dezembro de 2008  
Profa. Dra Liliana Liviano Wahba

## SUMARIO

1	Introdução	p.1
2	Equipe de pesquisa da FMUSP	p.1
2.1	O que é Psicologia Médica	p.1
2.2	A Psicologia Médica na FMUSP	p. 2
2.2.1	Aulas teóricas	p. 3
2.2.2	Aulas práticas	p. 4
3	Livro de Psicologia Médica	p. 5
4	Um método de exercícios para treino da subjetividade	p. 6
5	Supervisão para residentes	p. 8
6	Conclusão	p. 10
7	Produção	p. 16
	Bibliografia	p. 17

PROJETO DE PESQUISA – **Subsídios da psicologia para a educação médica**  
Programa de Psicologia Clínica – PUCSP  
Relatório final Dezembro de 2008  
Profa. Dra Liliana Liviano Wahba

## 1 **Introdução**

Em 2001 defendi a tese de doutorado: *Relação médico-paciente: subsídios da psicologia para a educação médica*, PUC-SP, sob orientação da Profa. Dra. Denise G. Ramos (WAHBA, 2001). De 2000 a 2008, participei da equipe de professores da disciplina Psicologia Médica da FMUSP para terceiro ano de Medicina, coordenada pelo Prof. Dr. Arthur Kaufman, com o qual desenvolvi meu projeto de pesquisa.

A colaboração se deu mediante discussões periódicas sobre o Curso oferecido na FMUSP para os estudantes, o programa e as estratégias de avaliação do mesmo. A equipe de professores tinha reuniões periódicas para estabelecer tais estratégias. Resultou num programa revisto a cada semestre e na elaboração pessoal de exercícios aplicados nas aulas práticas que visam estimular a participação e reflexão dos estudantes. Nesses, os princípios da psicologia analítica foram empregados.

Participei de aulas teóricas e práticas até 2006, e em 2007 e 2008 somente das aulas teóricas.

Um produto da equipe foi um livro, no qual cada participante escreveu um capítulo e, no momento, encontra-se no prelo, pronto para edição.

A orientação de uma dissertação de mestrado no Núcleo de Estudos Junguianos de Psicologia Clínica da PUC, de autoria de Regina Bísvaro foi outra faceta deste projeto.

O resultado do projeto de pesquisa é a seguir apresentado.

## 2 **Equipe de pesquisa da FMUSP**

### 2.1 O que é Psicologia Médica

Durante o IV Encontro Nacional de Professores de Psicologia Médica (Goiânia, 2004), foi elaborada a *Carta de Goiânia*, com as Diretrizes para o ensino da Psicologia Médica no Brasil. Estas diretrizes são encabeçadas pelo *Campo da Psicologia Médica*:

A Psicologia Médica, como campo do conhecimento, nas dimensões da produção, transmissão e aplicação, dedica-se ao estudo dos aspectos subjetivos da prática médica, incluindo-se: a relação médico-paciente, a entrevista clínica, os aspectos psicossociais do processo saúde-doença, o apoio aos estudantes (apoio psicopedagógico / tutoria) e às equipes e o trabalho com as famílias e comunidades.

O principal objetivo da Psicologia Médica é o ensino dinâmico da relação médico-paciente. A forma de ensino, no entanto, é bastante diversificada conforme a faculdade. Por meio de uma enquete postal dirigida às 78 faculdades de medicina brasileiras, Botega (1994) estudou o ensino da Psicologia Médica no Brasil; obteve resposta de 57 delas, com a informação de que 93% dispunham de alguma disciplina dedicada ao ensino da Psicologia Médica. A enquete apontou que o referencial teórico mais utilizado

era o psicodinâmico/psicanalítico, sendo a equipe docente constituída, geralmente, por psiquiatras com formação em Psicoterapia Psicodinâmica. Psicólogos (44%) e médicos não psiquiatras (17%) também participavam da equipe docente das escolas.

## 2.2 A Psicologia Médica na FMUSP

No início da década de 60 a então chamada Clínica Psiquiátrica do Hospital das Clínicas da FMUSP ministrava aos alunos aulas nas disciplinas de Psiquiatria Clínica, Psiquiatria Infantil, Medicina Psicossomática e Psicologia Médica. Naquela ocasião o Professor Jorge Amaro iniciava suas atividades como Médico Assistente Extranumerário da Cadeira de Clínica Psiquiátrica da FMUSP.

A disciplina de Psicologia Médica era administrada e dirigida pelo Professor João Carvalhal Ribas. Os alunos tinham aulas teóricas e práticas. Nas aulas práticas apresentavam-se pacientes e realizavam-se debates posteriores sobre os aspectos psicológicos encontrados.

A pedido do Professor Carvalhal Ribas, neste início da década de 60, o Professor Amaro introduziu aulas práticas de psicodinâmica da relação médico-paciente nas quais pesquisavam-se as dificuldades, as emoções levantadas, os “acertos” e os “erros” durante o relacionamento médico-paciente visto sob o enfoque da psicodinâmica.

Em 1968 o Professor Jorge Amaro introduziu pela primeira vez na Psicologia Médica o *role playing*, que viria a mudar completamente o enfoque das aulas (AMARO, 1970).

Muitas transformações foram ocorrendo durante os anos seguintes. No período 1980-85 a disciplina foi coordenada pelo Professor Paulo Vaz de Arruda, que se dedicava pessoalmente à formação dos professores. Além disso, costumava receber grupos de alunos à noite, em sua casa, onde se discutiam os problemas que os alunos enfrentavam na faculdade e na vida. Foi daí que nasceu a idéia de se estabelecer uma assistência psicológica aos alunos, o GRAPAL, fundado em 1986, e hoje já com mais de 15.000 atendimentos realizados. Mais tarde o curso foi coordenado, durante alguns anos, pelo Professor Clóvis Martins, também criador de uma sólida equipe de professores.

Sob a coordenação do Professor Arthur Kaufman, desde 1992, houve mudanças consecutivas, tanto na parte prática quanto na teórica. Na parte prática, inicialmente, a maioria dos professores de dinâmica de grupo tinha formação psicodramática; com o passar do tempo a equipe ganhou também professores com formação em psicanálise e psicologia analítica. Nas aulas teóricas, os temas eram trocados com alguma frequência, com base em solicitações dos alunos e avaliação dos professores.

Atualmente, a disciplina de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da USP tem os seguintes objetivos: transmitir ao terceiro ano de Medicina conhecimentos a respeito dos problemas bio-psico-socio-culturais envolvidos no exercício da Medicina; mostrar ao futuro médico de qualquer especialidade as situações mais frequentes na Clínica, os modelos de formulação de diagnóstico psicológico e os obstáculos de comunicação na relação com o paciente e na intervenção médica. Leva-se em consideração que este aprendizado é fundamental para aumentar a adesão do paciente ao tratamento e a eficácia deste, e instrumentar o futuro médico a reconhecer os níveis de comunicação verbal e não verbal no trato com o paciente, a família e a sociedade.

Com relação à metodologia, o curso é dividido em aulas teóricas expositivas e seminários sob a forma de dinâmica de grupo, nos quais se utilizam técnicas grupais em que os alunos podem aprofundar várias questões referentes à figura do médico, à prática médica, e a sua condição de estudante. Os seminários são iniciados na sequência das aulas teóricas. No final de cada seminário os alunos redigem uma redação sobre o tema da aula teórica e da prática do dia, à qual é atribuída uma nota.

### 2.2.1 Aulas teóricas

Abordam-se conteúdos que visam apontar fatores sócio-culturais, de psicodinâmica, familiares, e a comunicação na relação médico-paciente, com os componentes emocionais envolvidos nela. Temas que abordam a vivência de dor e de sofrimento físico e psíquico são também debatidos nas aulas. Tais conteúdos são considerados fundamentais para possibilitar que o futuro médico possa compreender sua profissão dirigida a uma pessoa inteira, atividade que requer capacitação técnica assim como psicológica.

Uma experiência inovadora na parte teórica ocorreu em 2001, quando esta foi baseado em filmes. As aulas teóricas em que se utilizaram filmes foram:

- Relação médico-paciente. Filme: *Golpe do destino (The Doctor)*.
- Família. Filme: *Gente como a Gente (Ordinary People)*.
- Sexualidade. Filme: *Tudo o que você queria saber sobre sexo (Everything You Always Wanted to Know About Sex)*.
- Infância. Filme: *Branca de Neve e os Sete Anões (Snow White and the Seven Dwarfs)*.
- Adolescência. Filme: *Minha mãe é uma Sereia (Mermaids)*.
- Terceira idade. Filme: *Conduzindo Miss Daisy (Driving Miss Daisy)*.
- Arte e loucura. Filme: *Camille Claudel (Camille Claudel)*.
- As outras cores do médico. Filme: *Patch Adams (Patch Adams)*.

A aula "Arte e loucura" foi baseada no livro que escrevi: *Camille Claudel: criação e loucura* (WAHBA, 1996), e nela aspectos psicodinâmicos da personalidade eram apontados.

Também para as avaliações finais do curso outros filmes foram utilizados, a partir dos quais os alunos respondiam às seguintes perguntas na prova:

- a) Sinopse do filme
- b) Correlacionar com conceitos das aulas teóricas: comunicação, família, sexualidade, infância, adolescência, terceira idade, mecanismos de defesa, arte e loucura, relação médico-paciente.
- c) Inserir no filme a figura de um médico (ou de um supervisor, caso já haja um médico): o que motivaria uma consulta médica e qual a melhor conduta a seguir?

Apesar da originalidade da proposta, que chegou a ser bastante elogiada no I Simpósio de Educação Médica, Psicanálise e Psicologia (São Paulo, 2001) e no 1º Fórum Brasileiro de Relação Médico-Paciente (Goiânia, 2001) a proposta não vingou (KAUFMAN, 2003). Era necessário que os alunos assistissem previamente aos filmes (todos disponíveis em videolocadoras), pois na aula os professores exibiam apenas trechos selecionados para a discussão dos temas. Infelizmente, cerca de metade dos alunos vinha à aula sem ter assistido o filme. Chegou-se à conclusão que esse tipo de curso oferece dificuldades práticas apesar de ser bastante atraente.

O programa de 2008 de aulas teóricas - com os respectivos professores - foi o seguinte:

- *A importância da Psicologia Médica na Medicina*. Prof. Arthur Kaufman.
- *As variáveis do modelo terapêutico: "Nem só de ciência se faz a cura"*. Prof. Protásio Lemos da Luz.\*

- *A visão médica da inserção do psicólogo*. Prof. Carlos V. Serrano Jr.\*
  - *Compreensão, explicação e interpretação na atividade médica*. Prof. Roberto Mandetta.
  - *As fases da vida - noção de desenvolvimento da personalidade*. Prof<sup>a</sup> Liliana Liviano Wahba.
  - *Os mecanismos de defesa normais e patológicos contra o conflito, na atividade médica*. Prof. Eduardo Ferreira-Santos\*.
  - *Mecanismo de formação dos sintomas*. Prof. Franklin Ribeiro.
  - *Formas de comunicação na atividade médica*. Prof. Arthur Kaufman.
  - *Fatores de comunicação familiar que interferem no tratamento*. Prof. Wimer Bottura Jr.
  - *Adesão e manutenção no tratamento*. Prof. Ezequiel José Gordon.
  - *Medicina e mídia*. Prof. Jairo Bouer\*.
  - *A cultura na expressão dos quadros clínicos*. Prof. Renato Akerman.
- \*Professores convidados que não fazem parte da equipe.

### 2.2.2 Aulas práticas

Os temas foram desenvolvidos no decorrer desses anos e de início tratavam mais de assuntos gerais, os quais acabavam por confundir-se para o aluno com a disciplina Bases Humanísticas da Medicina, e criticavam a repetição. Chegou-se à presente programação, na qual as aulas práticas mantém o mesmo título das aulas teóricas, acrescentando-se aqui dois temas: “Entrevistas com médicos de diferentes especialidades” e “Relação Professor-Aluno na Faculdade de Medicina: Carta ao Professor” (esta última já empregada pelo Prof. Arthur Kaufman).

Nas entrevistas, diversos profissionais - alopatas e não alopatas - são convidados a comparecer às aulas para serem entrevistados pelos alunos com relação às suas posturas teóricas e práticas, em instituição ou no consultório. Os alunos seguem o seguinte roteiro básico para as entrevistas:

- Por qual motivo você fez a opção por esta linha ou especialidade?
- Como é sua relação médico-paciente? Quais as dificuldades encontradas?
- Como você vê e o que pensa de formas de trabalho diferentes da sua?
- Qual a sua opção de tratamento para você e para membros de sua família? Por quê?

Estas entrevistas revelaram-se úteis para diminuir preconceitos relativos à homeopatia e acupuntura, que eles vêem como credice. Apreciam também conversar com médicos experientes e levantar questões que não fazem parte do discurso dentro da faculdade. Pouco se fala dentro dela da vivência, e o contato com os professores que dão aulas tende a ser formal e distante.

As aulas práticas consistem em discussões com pequenos grupos (17 a 20 alunos), cada qual com um coordenador que pertence ao grupo de professores da equipe. Nelas, empregam-se técnicas diversas de dinâmica de grupo e estimula-se a participação e debate de modo o mais livre possível. O aluno é estimulado a refletir e a opinar sobre os diversos temas e a trazer sua experiência, seja esta da vida pessoal, das aulas na faculdade, de leituras, de sua prática em ligas e estágios clínicos. A redação é uma tarefa da qual muitos se queixam e realizam automaticamente mas, em grande número de casos, auxilia um aprofundamento do tema com conteúdo pessoal do aluno.

A “Carta ao Professor” é baseada em trabalho de D’Andrea & Sotelino (1987), que pediram a 79 estudantes da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade

de São Paulo – como avaliação do curso de Psicologia Médica – uma “Carta ao Mestre”, entendendo-se “Mestre” como um papel universal. Nossos alunos escrevem cartas a professores imaginários ou reais. Dentre estes últimos, o leque varia desde a professora da pré-escola até docentes da faculdade de medicina.

Alguns exemplos abaixo mostram a repercussão do curso:

Encaro essas aulas como uma preparação do que vamos enfrentar nos anos porvir, no internato e residência. Mas não o faço como quem espera reproduzir as experiências e considerar-se preparado de antemão, sigo com meus medos e angústias, certezas e convicções de que ao menos eu tive a oportunidade de questionar-me e de questionar a postura profissional que me cerca.

Muitas aulas foram uma surpresa positiva para mim. Talvez por um preconceito do curso, por motivos que não sei determinar. Mas não só por isso, e sim por a explanação de muitos comportamentos do homem, inexplicáveis até então. Posso dizer que não foram justificados, mas na certa definidos e expostos, já é um começo. [...] Por fim, me resta dizer que numa reflexão final, poderia ter aproveitado o curso de outra maneira. Tirado mais proveito desde o início. Mas, infelizmente não houve dedicação necessária desde o início.

Mas nessa faculdade de semi-deuses, de ‘titulares’, ‘assistentes’ e ‘professores doutores’, na maioria das vezes o que a gente mais quer é poder falar um ‘oi!’... E a matéria que tinha tudo pra ser mais uma daquelas em que a gente faz conta pra saber quantas ainda dá pra faltar virou uma daquelas em que a gente se esforça pra acordar depois da balada, e nem é porque a contagem das faltas estourou...

Para muitos de nós a psicologia é algo muito difícil de compreender por beirar com muita ‘periculosidade’ o mundo do imaginário. Sendo assim, precisamos que alguém nos tire desse mundo ‘inanimado’ e nos mostre a psicologia verdadeira, eficaz. Talvez seja preciso que se deixe de filosofar sobre o ‘Nada que existe’, como diria Nietzsche, e nos mostrem o mundo da prática clínica, nos ensinando a pensar como vocês ou nos ensinem a filosofar... Algumas aulas teóricas realmente foram interessantes e elucidativas, outras, no entanto, apesar de interessantes só nos mostrou como, literalmente, ‘viajar na maionese’. Bom, o que queria na verdade é mostrar que o que nos falta para aprender a gostar, e não só admirar a psicologia, é que alguém nos ensine a tocá-la, a torná-la real e nos tire do ‘mundo da fantasia’.

Apesar de minhas reclamações, gostei muito das aulas práticas. Elas sim eram discussões positivas, em que nos colocamos frente às nossas dúvidas e éramos convidados a refletir, tomar decisões e defendê-las, quando necessário. Éramos apresentados a situações reais, vividas por nossos colegas, e tentávamos olhar sobre diferentes prismas aquela mesma cena, a fim de buscar uma solução não só para aquela situação ou paciente, mas para as nossas próprias angústias frente às decisões que iremos ter que tomar como médicos.

O que mais me agradou foi o fato de que pude conhecer melhor colegas de turma com os quais quase não tinha contato. Não direi que foi excelente pelo fato que pude me conhecer melhor, nem que me ajudou a explorar temas difíceis de serem abordados, mas sim, o que foi excelente é a experiência de grupo. Como pude conhecer melhor as pessoas e como cada uma reage diferentemente no ambiente. Isso sim foi o que valeu a pena: as entrevistas e as redações, vejo eu, foram meros artifícios que serviram como estopim, com iniciativa, para que fôssemos forçados a trabalhar e a discutir em grupo. Por esse fato, gostaria de agradecê-lo e aos coordenadores da matéria pela experiência única.

### **3 Livro de Psicologia Médica**

O livro idealizado pela equipe foi fruto das discussões ao longo desses anos e do preparo de aulas, assim como da experiência adquirida nas mesmas. Professores que não faziam parte da equipe eram convidados a ministrarem aulas, as quais foram inseridas no livro dado seu conteúdo relevante para a disciplina.

O Sumário do livro no prelo – Ed. Casa do Psicólogo - segue abaixo:

Prefácio - Paulo Vaz de Arruda

1. Um pouco da história da psicologia médica da FMSUP- Arthur Kaufman
2. A arte de conversar e de ouvir - Protásio Lemos da Luz
3. O mito de Asclépio - imagem mitológica do curador ferido - Arthur Kaufman
4. Abordagem da subjetividade na prática da medicina - Roberto Mandetta
5. Compreensão psicodinâmica do ser humano - Eduardo Ferreira-Santos
6. Aspectos culturais da doença - Renato Akerman
7. O sintoma e a doença como forma e símbolo da comunicação - Arthur Kaufman
8. A comunicação familiar e a psicologia médica - Wimer Bottura Jr.
9. A transmissão de conhecimentos médicos pela mídia - Jairo Bouer
10. Basta um médico e um paciente para se ter uma relação médico-paciente? - Antonio Sergio Pereira de Souza
11. Relação médico-paciente: adesão e manutenção – alguns obstáculos - Ezequiel José Gordon
12. Os médicos deveriam ficar doentes, de vez em quando - Protásio Lemos Luz
13. Mecanismo de formação dos sintomas: uma abordagem sociopsicossomática - Franklin Antônio Ribeiro
14. Sofrimento e dor - Liliana Liviano Wahba
15. Estado emocional e instalação da doença arterial - Carlos V. Serrano Jr.
16. Morte, um eterno aprendizado - Ana Rita Ielo Amaro Machado
17. Quando os alunos não gostam do curso... - Renato José Vieira
18. Quando os alunos gostam do curso... - Arthur Kaufman

#### **4 Um método de exercícios para treino da subjetividade**

No decorrer desses anos de experiência com as aulas em pequenos grupos, criei diversos exercícios que foram embasados nos grupos operativos e em dinâmicas de papéis e de recursos da imaginação, sob os pressupostos da psicologia analítica. Muitos deles já foram explicitados na tese de doutorado mencionada (WAHBA, 2001), de modo que listarei abaixo aqueles criados após sua apresentação.

Sempre, ao final de cada exercício, um paralelo com a relação com o paciente é feito.

##### Exercícios não verbais

###### *Olhar um ao outro:*

Pares de estudantes que irão se olhar de acordo a consignas: um olha para o outro de cima para baixo, de baixo para cima, de lado, e depois trocam de lugar.

Permite perceber como se sentem olhados de modo distinto, e o que significa para cada um olhar e ser olhado. Relatam que não tinham pensado e percebido o que representa a força do olhar, ou que nunca tinham se olhado desse jeito.

###### *Silêncio interior:*

Propõe-se permanecer três minutos sem pensar em nada.

Acham, de fato, difícil e permite perceber o fluxo contínuo de pensamentos que dificulta estar aberto para uma situação nova.

##### Exercícios verbais

*Descrever a partir de fotos de pessoas:*

Trata-se de inventar uma descrição de como seria essa pessoa se fosse um paciente e o que lhe agrada, desagrada, teme nessa pessoa.

Permite identificar sentimentos e preconceitos, e compartilhar temores, inseguranças perante situações antevistas como de difícil resolução para o médico.

*Jogo de papéis:*

A partir de uma situação descrita por eles, pede-se que cada um exerça um papel e expresse o que pensa. Um/a colega fica atrás e tem que dizer em voz alta o que acha que o outro de fato sente.

Permite identificar a linguagem oculta, os sentimentos e as emoções envolvidas em uma relação e como pode afetar a pessoa.

*Imaginação, projetar-se no futuro:*

Propõe-se que se vejam dentro de 10 anos falando com um médico, um professor que foi significativo para eles ao qual contam o que ocorreu nesses e algo que não tenha, podido lhe dizer.

Permite identificar sentimentos e compartilhar experiências que guardam para si, falam somente com parentes e amigos, ou que não eram tão claras. O papel do médico torna-se real e palpável na figura daqueles que admiram.

*Escrever sobre emoções e fatos:*

Cada um escreve em um papel: a) uma emoção costumeira durante a formação; b) em qual situação ela ocorre; c) como acha que contribui para sua saúde.

A seqüência de respostas, que depois são lidas no grupo, permite, além de identificar a relação entre o vivido e a repercussão interna, tecer considerações sobre o que significa psicossomática, que eles tendem a ver como aquilo que é imaginário e psicológico, logo, não real.

*Rememorar quando esteve doente e como foi tratado:*

Propõe-se, após respirar e relaxar, que evoquem uma cena de quando estiveram doentes pela primeira vez, e quais associações fazem.

Permite a evocação de sentimentos pessoais, da importância do papel de cuidadores e do médico, o que retira a racionalização a respeito do dever e foca as expectativas de quem está doente e enfraquecido e a relação com este. Espontaneamente, os alunos relatam experiências familiares e de seus familiares doentes, como foram cuidados e quais atributos encontram na relação com os respectivos médicos.

*Os "mitos" e preconceitos:*

Cada um escreve o que entende por um "mito" como: "manga com leite faz mal" ou "isso é psicológico". Outro colega escreve no papel do anterior qual seria o preconceito que tal mito ocasiona e, no final, discute-se como interfere na comunicação.

Permite identificar preconceitos, particularmente com respeito a pacientes que não se comportam de acordo com o desejado, por exemplo, o paciente mais simples que não compreende a linguagem do médico.

*A persona médica e o paciente:*

Variantes desse exercício consistem em simular situações de consultas reais ou imaginárias com pacientes distintos, por exemplo, passivos ou ativos, e como os médicos respondem a eles.

Ou simular o médico que olha para o paciente e aquele que não olha, e escreve a receita rapidamente.

Procura-se perceber as distintas facetas da persona médica e como agiria na relação com o paciente.

*Relato de Sonhos:*

Somente um grupo relatou espontaneamente sonhos.

Houve relatos de diversos sonhos com quedas, ameaças, morte ou feridas.

Dois deles chamam a atenção e permitem uma leitura simbólica da relação médico-paciente e do estudante em formação.

Um aluno conta o seguinte sonho: "Aconteceu um acidente de carro e estava com minha namorada. Ela tem o braço ferido. Levo ao HC e lá é horrível: tem cheiro ruim e os médicos estão moendo os pacientes, há pedaços de corpos, uma cabeça de um lado, membros do outro".

Outro estudante relata que, após uma forte dor de cabeça, adormeceu e sonhou: "Um curador que eu não conhecia colocou o dedo na minha testa, e disse antes que iria me curar".

Ambos os sonhos permitiram uma discussão rica sobre o modo de tratar o paciente como um pedaço de corpo, a angústia que isso traz, e a sabedoria da cura, particularmente da possibilidade de ativar em cada pessoa um curador interno. Sempre que um conteúdo subjetivo é apontado para eles, enfatiza-se que a objetividade não deve ser deixada de lado.

## **5 Supervisão para residentes**

Resultado da orientação de dissertação de mestrado na PUCSP, Núcleo de Estudos Junguianos. A psiquiatra Regina Bísvaro, analista junguiana, apresentou projeto para dissertação de mestrado relacionado a seu trabalho como supervisora de residentes de psiquiatria na Faculdade de Medicina da Fundação do ABC. O projeto ganhou forma durante a orientação e resultou em uma brilhante defesa.

Apresento o resumo a seguir:

BISCARO, R. A. O treino em psicoterapia na residência de psiquiatria: uma visão da psicologia analítica. PUCSP. São Paulo, 2008.

Orientadora: Profa. Dra. Liliana Liviano Wahba

Palavras-chave: Residência em psiquiatria. Treino em psicoterapia. Transformação.

Com o avanço das neurociências e da psicofarmacologia, a psiquiatria passou por grandes transformações, tanto na concepção de ser humano como no ensino e formação dentro da residência médica. Isso trouxe um avanço importante no tratamento dos transtornos mentais, mas por outro lado, o ensino da psicoterapia diminuiu sua importância, passando a fazer parte de uma estratégia antiga, por falta de avanços na psicofarmacologia. Estudos recentes, porém, tem retomado a importância da psicoterapia como estratégia de tratamento por modificar circuitos cerebrais, pensado antigamente ser prerrogativa apenas da medicação. Estas descobertas têm modificado a visão do treinamento em psicoterapia dentro da psiquiatria, trazendo à luz novamente a sua importância. Alguns trabalhos internacionais focam o treino do residente em aquisição de habilidades em psicoterapia, mas essa necessidade é questionável. O objetivo deste estudo foi avaliar a mudança de consciência de um grupo de residentes durante o treino em psicoterapia. Foi feito um estudo de Coortes e, utilizados um questionário semi-estruturado em três momentos do treino e uma entrevista, também semi-estruturada, no final. Após a avaliação dos resultados e discussão dos dados, conclui-se que os residentes passam por transformações durante o período da residência em psiquiatria e que o treino em psicoterapia psicodinâmica proporciona uma profunda transformação que, mesmo propiciando o aparecimento de defesas, contribui para uma importante mudança de consciência do residente com relação a si mesmo e com relação ao paciente. Esta transformação proporciona uma escuta empática, uma maior compreensão simbólica dos sintomas e das motivações e um aprofundamento em si mesmo, fazendo com que o residente, na relação com o paciente, conheça um pouco mais do outro e de si mesmo, tornando-se um psiquiatra mais humano e com uma abordagem mais completa.

*O trabalho com residentes concluiu que:*

Detectou-se nos residentes avaliados no estágio de psicoterapia uma importante transformação de consciência que consistiu no aprofundamento do entendimento da psicodinâmica, de sentimentos e motivações do paciente e de si mesmo. Houve um aprofundamento na compreensão simbólica de sintomas e de motivações. A observação de mudanças nos residentes de psiquiatria já fora observada durante o estágio da psicoterapia, o que constituiu a motivação para a dissertação. A psiquiatria, como foi exposto no trabalho, caminhou para uma visão mais organicista e, somente agora, começa a retomar, novamente, a visão psicodinâmica. Devido à peculiaridade da formação há médico-psiquiatras - denominados organicistas -, que desconhecem, ou não levam em consideração, a teoria psicodinâmica de desenvolvimento e os processos de formação de sintomas. A residência em psiquiatria, que proporciona uma visão psicodinâmica profunda, contribui para importantes transformações no residente. Certamente, as mudanças percebidas pelos residentes ocorreram devido a diversos fatores que fazem parte de suas vidas, fora da residência. A residência, no entanto, teria contribuído com os seminários e a supervisão em psicodinâmica.

Não se trata de visar à formação do residente como psicoterapeuta, mas a formação de um psiquiatra que se percebe no vínculo com o seu paciente. Um psiquiatra mais humano, que é capaz de desenvolver empatia, porque experimentou um vínculo verdadeiro e profundo, no qual pôde vivenciar a influência de forças arquetípicas poderosas, como o arquétipo materno, o paterno, a emergência do curador ferido propiciada pela relação com o paciente, as manifestações da sombra, os momentos de

confusão e o contato com os próprios sentimentos. Esse contato profundo com o outro e consigo mesmo, no vínculo, pode também propiciar defesas e medo, devido ao receio da simbiose e não discriminação de conteúdos psíquicos com relação ao paciente. Desse modo, foram também identificadas fortes defesas.

O conhecimento dos fenômenos psíquicos por meio da visão psicodinâmica, dos conceitos de transferência e contratransferência, da atitude empática do supervisor e da compreensão simbólica, proporciona ao residente de psiquiatria uma mudança de escuta, de consciência e, portanto, de atitude. Tal mudança promove uma transformação de visão e de escuta do paciente e de seus sintomas.

Finalmente, conclui-se a importância de se fazer mais pesquisas com relação ao processo de aprendizado em psicoterapia na residência de psiquiatria, como por exemplo, a influência do tipo psicológico e da linha teórica do supervisor. No Brasil não há pesquisas suficientes com residentes de psiquiatria e, como foi apontado no trabalho, não existem estudos qualitativos que possam avaliar o impacto desse aprendizado para o residente. Outra sugestão importante é a leitura de textos de psicologia profunda, no caso sobre teoria analítica, que promove o aprendizado sobre a formação de vínculos, transferência, contratransferência e compreensão simbólica, o que certamente o ajudará a perceber os processos de vínculo com o paciente, com o supervisor e maior compreensão de si mesmo.

## **6 Conclusão**

O trabalho em equipe com profissionais na USP se revelou rico e produtivo. A programação diversificou temas e chegou a uma proposta bastante abrangente que pudesse tratar de objetivo tão complexo no tempo disponível de quatro meses, uma vez por semana, que é curto.

Os profissionais envolvidos traziam as referências de sua prática e teoria: psicodrama, psicanálise, psicologia analítica, sob enfoque psicológico e psiquiátrico. São todos eles profissionais com vasta experiência clínica e de ensino.

Discutiu-se em grupo a feitura do livro e os capítulos nele, surgidos das aulas que foram dadas no curso e da experiência com os alunos durante o mesmo. A cada ano o programa era revisto ao final do ano letivo e programadas as mudanças para o próximo: as provas dos alunos eram avaliadas em conjunto e cada professor elaborava sua estratégia para as aulas práticas, mas as discutia com os colegas e assinalavam os pontos fracos e fortes das mesmas avaliando resultados.

Foi um trabalho consistente que está aberto a renovação em função de novas referências e metodologias, mas que mantém uma coerência para ser norteado de modo consistente no ano letivo.

Os objetivos são propostos e avaliados mediante o debate entre professores e avaliações de alunos, que são consideradas ao final do ano. Estes, por sua vez, recebem nota para a disciplina, uma forma de considerá-la importante no currículo.

A dificuldade é avaliar, de fato, a repercussão para o aluno dessas aulas e se o ajudarão no seu desempenho e papel profissional. No ambiente da Faculdade de Medicina a psicologia e a subjetividade não são valorizadas, posto que se considera que a concentração deve estar voltada para o conhecimento científico e as técnicas para curar, salvar e manter a pessoa em condições de saúde o mais favoráveis possíveis. Há um predomínio acadêmico do saber, pautado em pesquisas e tecnologia, um conhecimento objetivo e uma concepção de medicina organicista, na qual a relação interpessoal decorre meramente de bom senso.

Uma crítica dos alunos é, precisamente, a respeito do adquirido pelo mero bom senso, conseqüentemente, tornando dispensáveis as aulas, nas quais, supostamente, se "conversa somente" e não há conceitos precisos. É curioso que muitos gostem desses momentos de descontração, mas não lhes atribuam o devido valor, assim como consideram que o psicólogo em hospitais ajuda a acalmar o paciente, mas não faz mais do que isso.

Procurarei, a seguir, apontar algumas características que importa trabalhar com os estudantes e refletem uma tendência defensiva que prejudica o contato com o paciente e com os colegas. A hipótese do curso de Psicologia Médica é que, um empecilho de comunicação e/ou emocional na transferência, acaba por prejudicar a tarefa inerente ao médico e pode interferir com o diagnóstico e com o tratamento.

Especificarei algumas problemáticas recorrentes encontradas nesses anos, às quais atribuo a própria formação e sustentação de papel profissional, reforçado pelo trato com os professores e colegas de anos avançados e suas demandas.

#### Relação com os alunos

É certo que muitos alunos acabam o curso como uma tarefa a mais e pouco aproveitam, no entanto, há aqueles que modificam sua visão da medicina e, principalmente, o modo de lidar com a estrutura na qual estão inseridos.

Certa vez, um aluno escreveu: "Professora, por favor, não divulgue o que lhe escrevo, já que serei sujeito a críticas e gozação por parte dos colegas: as aulas são importantes para mim e me levaram a perceber e a pensar em coisas que não tinha atinado, assim como me ajudaram a avaliar situações de modo mais amplo e sinto-me mais capacitado para enfrentá-las".

Não raro um aluno de anos passados vem ao encontro do professor e lhe diz: "Naquela época não reconheci o valor de suas aulas, mas lembrei delas anos depois".

A interação se dá no convívio diário, e cada situação apresenta desafios e possibilidades de perceber conteúdos ocultos na linguagem do cotidiano, e de refletir sobre as formas habituais de resolver ou evitar conflitos. Sem mencionar o fato, as defesas são constantemente trabalhadas, mas também respeitadas.

A relação professor-aluno nessas aulas é modelo da futura relação médico-paciente, e a transferência se explicita ainda que não seja referida como tal.

Um exemplo:

Certa vez, entrei na sala e havia um aviso no quadro: "Hoje, dia 29/4: A aula prática de Psicologia Médica terminará às 10:45. Obrigada."

Escrevi de volta: "Hoje, dia 29/4: A aula prática de Psicologia Médica poderá terminar às 10:45? Obrigada. Os alunos"

A primeira mensagem, para quem lê, poderia parecer uma nota bem humorada; no entanto, não era. Foi considerada uma afirmação, já que precisavam sair mais cedo e avisaram os demais que era um fato, sem falar antes comigo. A partir dessas notas, uma fala decorreu sobre maneiras de comunicar e o sentido que se atribui às mensagens.

Em outra ocasião, o grupo reclamou do deboche de uma parte da turma que levava tudo na brincadeira e gozava os exercícios e as aulas, tirando a concentração dos demais. De fato, era um grupo de cinco rapazes que ridicularizavam tudo o que se fazia. Quando confrontados, reclamaram, por sua vez, da seriedade dos outros que não toleravam brincadeiras. Para eles, o deboche era a forma que tinham achado para se sustentar em um ambiente opressor. O confronto permitiu que apontasse o humor versus a ironia e a seriedade versus a severidade, e o uso da ironia para denegrir. Por outro lado, reconheceu-se a criatividade das brincadeiras da turminha subversiva.

### Comunicação e negação

Uma tendência predominante a julgar de acordo com conteúdos pré-estabelecidos ao invés de procurar compreender. A doença é também vista como nosologia que determina o certo e o errado. Há pouca noção de um processo de adoecer, no qual intervêm fatores subjetivos. Os alunos tendem a negar aquilo que não pode ser definido, nomeado e objetivado. O risco para o médico é procurar aquilo que convence a lógica e a eliminar hipóteses novas que não eram pré-estabelecidas. Um exemplo são os exames cada vez mais sofisticados para determinar a decisão de tratamento, quando muitos deles são desnecessários em um bom exame clínico.

O médico certamente deve ser capaz de decisões rápidas e objetivas, mas muitas vezes necessita uma atenção àquilo que não se delinhou com clareza e que o relato do paciente irá indicar, ou seja, ser capaz de reunir evidências e informações subjetivas e observar como o paciente reage.

### Intuição versus pensamento

O médico tradicional (SCLiar, 2001) jamais desprezaria a função intuição em seus diagnósticos. Certamente, para diferenciá-lo de um mero charlatão, essa intuição deveria ser corroborada por hipóteses verificáveis. O aluno teme reconhecer que há na medicina um fator intuitivo. Acha perigoso e fora de padrões científicos. Deixa, no entanto de perceber que o pensamento é perigoso quando dogmático, ou precário e mal usado. Quantos erros foram feitos devido a esse tipo de pensamento, pode-se perguntar.

### Projeção no curso

Das diversas críticas que o curso recebe, uma delas é de não dar regras claras e definidas sobre como agir em determinadas situações. Há uma sobrecarga de expectativas neles, que são muito jovens e dedicaram boa parte da adolescência a estudar para entrar em uma faculdade como a USP. A maturidade emocional não acompanha a intelectual. Um modo de reagir à sobrecarga é pela negação e projeção. Inúmeras perguntas de como agir em situações difíceis não têm resposta e sentem-se defraudados pela psicologia que não alivia sua angústia perante a ausência de respostas definidas. Há um temor de defraudar as expectativas mais nobres do exercício profissional, de se defraudarem a si mesmos e quem neles depositou uma confiança. A frustração é projetada na Psicologia Médica que não lhes traz resposta alguma.

Querem meios, instrumentos eficientes para lidar com o paciente considerado difícil, para melhorar a comunicação, esta entendida como: "o paciente deve compreender o que o médico prescreve e espera dele".

A percepção de que a projeção atua e está presente na comunicação é importante, as situações trazidas são vistas em termo dessas projeções e vão percebendo que, tudo que ali se evidencia, aparecerá na relação médico-paciente: frustração de desejos, insegurança, receio de ser julgado, incerteza quanto à sexualidade e identidade, medo de fracassar, impotência.

### A subjetividade negada

Um dos exercícios em grupo trouxe uma percepção inovadora para eles, que, no entanto, só foi percebida após discussão do ocorrido. Um aluno trouxe uma simulação na qual o paciente com problemas digestivos era dançarino em uma boate e tinha um filho. Uma colega lhe perguntou o que o filho achava da profissão do pai e o aluno/paciente respondeu que acharia normal, sem problema. No entanto, escolheu a idade do filho como três anos, justamente para não fazer perguntas. Quando realizamos o jogo de papéis, o aluno que dramatizou o paciente primeiro disse que sua tendência

privada não interferia na relação com o filho e, logo depois, mostrou-se preocupado em como o filho reagiria se soubesse. O aluno percebeu a contradição, e o grupo acabou questionando se isso seria eventualmente uma fonte de estresse para o paciente.

Há diversas maneiras de estimular a percepção de que a interferência de afetos atua na saúde, desde provocar estresse ou hábitos que prejudicam a mesma. Tais hábitos são bem compreendidos por eles, já que se trata de comportamento, mas tendem a procurar uma atitude meramente corretiva e educativa, sem atinar com componentes psicológicos. Quando os identificam, a conduta prevista seria, em geral, encaminhar ao psiquiatra. O curso procura demonstrar que há casos que certamente necessitam tais encaminhamentos, mas muitas situações requerem uma resposta psicológica a uma demanda afetiva.

#### O uso de poder

Este é um tema predominante. Desde o sucesso na profissão, a dificuldade de ganhar destaque, a rejeição pelos menos inteligentes ou capazes no curso, a avaliação de professores e suas escolhas, o medo de ser considerado do "lixão". Como afirmar esse poder é uma preocupação velada e constante.

O uso de poder se instala na relação com o paciente. Chega-se a questionar qual o poder de decisão do paciente e qual o alcance de intervenção do médico, por exemplo, em situações limite, quando as alternativas devem ser avaliadas em conjunto. Ressentem-se de pacientes que questionam o médico com informações da internet, por exemplo.

Nas discussões debate-se o equilíbrio a ser encontrado entre autonomia e persuasão e como o médico trabalha a comunicação sem ter sua pessoa confrontada. As relações entre a dinâmica de poder nos vínculos que o médico estabelece com seus colegas e familiares são transferidas para a relação com o paciente: essa percepção se revela rica para o estudante.

As variantes de poder e suas conseqüências na relação são esclarecidas: arrogância, ironia, prepotência, vaidade, cinismo.

Ao mesmo tempo, é valorizado o emprego construtivo do poder, que é uma necessidade da atuação do médico.

Um caso costuma ser contado a eles: Um paciente em um hospital importante dos Estados Unidos pede a sua mulher e ao médico que não o reanime em caso de colapso. Ele vem a ter uma parada cardíaca e é reanimado no hospital. Depois, recupera-se bem. Qual é a primeira coisa que diz ao médico quando acorda? "Muito obrigado, doutor".

#### Defesas e exposição

Por sua própria definição, as defesas são inconscientes, no entanto, atuam. Projeção, negação, racionalização, são constantes durante o curso e é difícil tratá-las diretamente. Desde que o objetivo não é de uma terapia grupal, as defesas são observadas nas distintas circunstâncias trazidas por eles, particularmente relativas a atendimentos, ou mesmo notadas em algum filme ou notícia.

Um dos receios expressos é que se faça neles uma avaliação psicológica que seja usada para avaliá-los no curso de medicina. Chegaram uma vez a perguntar: "O que vocês querem *extrair* de nós?" "E o que querem *introduzir* em nós?" A contradição é evidente e não percebida: de um lado a psicologia nada traz, a não ser ditos de mero bom senso, de outro, tem o poder de um veredicto que dirá se são aptos para continuar ou não a carreira. A interpretação de "extrair" e de "introduzir" refere-se a emoções temidas: algo alheio a mim me ameaça como um vírus que devo combater.

O GRAPAL atende alunos que se desestruturam ou fragilizam durante o curso, e nas aulas é freqüente que sejam realizados encaminhamentos a pedidos deles, quando se estabelece uma confiança de que não serão diagnosticados e avaliados.

Percebem após as críticas, em geral, que o grupo funciona quando cada um se permite descobrir-se e descobrir o outro, assim como será com o paciente. No entanto, isso requer um grau de exposição e, num ambiente de constante avaliação de capacidades e de competitividade forte, a exposição revela fraquezas que precisam ser ocultadas.

Desse modo, a irritação com a psicologia que "não leva a nada" e a racionalização empregada para determinar que há ausência de conceitos e de constatações válidas, denota a irritação perante os afetos desconhecidos e a angústia decorrente do campo de pressões no qual vivem diariamente.

#### O ambiente e os ideais

Em uma das discussões o tema se evidenciou com clareza: após reclamações costumeiras sobre o curso de Psicologia Médica, estendem a reclamação a aulas chatas e obrigatórias e à pressão que se faz sobre eles no curso. Devem fazer sacrifícios daquilo que gostam, por exemplo, música, e a que não podem se dedicar. Segundo eles, os veteranos lhes dizem que depois no Internato melhora e que devem ir levando. Agüentam então as matérias chatas e obrigatórias. Surge nesse dia a brincadeira de que se não melhorar "resta o suicídio". Essa brincadeira, reforçada por outra fala "pode melhorar amanhã, até morrer", é pungente, posto que o índice de suicídios de médicos é alto comparado a outras profissões e houve casos de estudantes, sem levar em conta as adiões.

A partir da interpretação dada de que estariam se referindo à morte de ideais com os quais entraram no curso e aos recursos alternativos para "ir levando", como controlar faltas, se distrair quando pode, e outros, pergunta-se a eles quais recursos teriam para manter essa vocação e os ideais acesos e o amor pela medicina, sem esperar anos. Proponho também que vejam entre si tais recursos para acharem algo junto, tendo em vista o propósito de diminuir as defesas habituais de um modo construtivo.

Surgiram no grupo alternativas como: conversar com um veterano amigo, com algum tutor estimado, com um familiar médico, a importância de pertencer a uma liga.

#### Comentário final

A psicologia é algo novo, fora do pragmatismo ao qual estão acostumados e esbarra com uma atitude preconcebida, reforçada pelos veteranos de que "é assim mesmo, você vai levando e depois muda". O que muda, de fato, é que as defesas se tornam cada vez mais operacionais, e a razão vence a emoção. Pouco se fala das conseqüências para o médico e para sua função, que, muitas vezes diminui o refinamento de uma percepção integral de seu paciente, o que lhe traria recursos mais eficientes para exercer sua profissão, além de facilitar a adesão.

O espaço criado pela Psicologia Médica é o único, fora a tutoria, ainda que parcial, para explicitarem suas reclamações, resistências e angústias, projetadas de imediato no curso no qual são obrigados a participar. Certamente, há razões válidas em um ambiente tão competitivo e controlador, no qual o heroísmo é privilegiado e a fraqueza execrada. E, de fato, quem confiaria em um médico fraco e inseguro?

Acabam treinando uma dupla linguagem no dia a dia, procuram a adaptação via recursos alternativos, e a percepção de sentimentos e de emoções se apresenta como um obstáculo, já que nada há para fazer a não ser suportar, ser forte e eficiente, e achar derivados que tragam conforto, como amizade, família, namoro, lazer.

Exemplos de relatos de experiência clínica de atendimento ou de testemunho do mesmo e discussões em grupo mostram o quanto são enriquecedoras:

1. Um pai submisso e aflito porque sua pequena filha é examinada por diversos residentes chama a atenção de uma aluna que questiona se não se poderia dar uma atenção, uma explicação a ele. O grupo discute modos de comunicar e de olhar, que não interferem com a ação adequada e pertinente para exercer a medicina.
2. Uma aluna relata que diante de um paciente de propedêutica com neoplasia, ficaram sem saber o que fazer, pois o médico responsável não lhe contara o diagnóstico. Segue-se discussão de o que e como contar e trazem exemplos de parceria entre médico e paciente. Os limites de um hospital escola e serviço público são também levantados.
3. Uma simulação é feita perante uma situação difícil: tiveram que dizer a um homem que sofreria ablação de testículos e ficaria impotente. Na simulação o aluno que representa o paciente se queixa e uma aluna exclama: "Ele só reclama, e nós, médicos, fizemos tudo para salvá-lo". Ideais e expectativas, a compreensão da dor, são discutidos por eles.
4. A médica de um paciente diabético identifica uma depressão e o encaminha. Na próxima consulta melhora do diabete, após ser medicado para a depressão. Discutem a influência do estado emocional na saúde física.
5. Uma aluna relata que a professora de pediatria a incomodou quando se referiu às crianças tratadas como "bichinhos" e cabeçudas". Na discussão, ao invés de julgar o certo e o errado, são levados a avaliar o que, e por que os incomoda.
6. Uma aluna relata que um paciente homem foi abrindo a calça de pijama para um exame dos alunos à volta dele e como ela reagiu: com firmeza, mas também gentileza, dizendo-lhe que não precisava tirar a roupa de baixo. A discussão sobre sexualidade e a relação com o paciente veio a tona no grupo.

Com respeito ao trabalho com residentes de psiquiatria evidenciou-se o percebido com os terceiranistas na Psicologia Médica; eles estão sujeitos a uma formação que não somente enfatiza a comunicação e a interação rígida e unilateral, como também nega o sentimento e a emoção, tidos como indiscriminadores e nocivos para o ato médico. Quando aprendem que as emoções podem ser diferenciadas e reconhecidas, ao invés de somente negá-las, sentem-se enriquecidos e com maior motivação para investir em uma carreira que é árdua e que muito demanda.

### **Conclusão do projeto**

O projeto, como foi idealizado primariamente, atendeu os objetivos propostos. Foi criada uma metodologia e programa para o Curso de Psicologia Médica da FMUSP, a qual foi apresentada em Congressos sobre Educação Médica e um livro da equipe resultou do trabalho.

Os princípios da educação médica se estenderam à orientação de supervisão de residentes de psiquiatria e outros desdobramentos serão efetivados no futuro. Conclui-se que o projeto fortaleceu o estudo da psicologia médica no âmbito universitário e contribuiu para que estudantes de medicina se preparassem com maior eficiência e atenção à saúde física, mental e emocional do próprio médico e do paciente e seus familiares.

## 7 Produção

Nestes anos, as seguintes apresentações (Lates) foram relacionadas ao projeto.

1. WAHBA, L. L.

A relação médico-paciente In: XXXII Reunião Anual de Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia, 2002, Santa Catarina.

**Resumos Científicos da XXXII Reunião Anual de Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia.** , 2002. p.59 - 59

*Áreas do conhecimento : Psicologia, Processos Perceptuais e Cognitivos; Desenvolvimento*

2. WAHBA, L. L.

Restoring the Feeling Function in Medical Education In: 16th World Congress on Psychosomatic Medici, 2001, Göteborg.

**Abstrac Book of 16th World Congress on Psychosomatic Medici.** , 2001. p.31 - 31

*Áreas do conhecimento : Psicologia, Processos Perceptuais e Cognitivos; Desenvolvimento*

3. WAHBA, L. L.

Psicologia Médica: reflexões sobre o papel médico durante a formação In: II Congresso Paulista de Educação Médica, 2000, São Paulo.

**Anais do II Congresso Paulista de Educação Médica.** , 2000. p.59 - 59

*Áreas do conhecimento : Psicologia, Processos Perceptuais e Cognitivos; Desenvolvimento*

4. WAHBA, L. L.

**Psicologia Analítica e Psicologia Médica**, 2005. (Conferência ou palestra, Apresentação de Trabalho)

*Palavras-chave: Psicologia Analítica, Psicologia Médica*

*Áreas do conhecimento : Psicologia Analítica*

5. WAHBA, L. L.

**Poder e amor na relação médico-paciente**, 2002. (Conferência ou palestra, Apresentação de Trabalho)

*Áreas do conhecimento : Psicologia, Processos Perceptuais e Cognitivos; Desenvolvimento*

6. WAHBA, L. L.

**La relación médico-paciente**, 2001. (Conferência ou palestra, Apresentação de Trabalho)

*Áreas do conhecimento : Psicologia, Processos Perceptuais e Cognitivos; Desenvolvimento*

7. WAHBA, L. L.

**Educación médica integral. Possibilidades y desafíos**, 2000. (Conferência ou palestra, Apresentação de Trabalho)

*Áreas do conhecimento : Psicologia, Processos Perceptuais e Cognitivos; Desenvolvimento*

8. WAHBA, L. L.

**La enseñanza de la psicología en las Universidades Médicas**, 2000. (Conferência ou palestra, Apresentação de Trabalho)

*Áreas do conhecimento : Psicologia, Processos Perceptuais e Cognitivos; Desenvolvimento*

9. WAHBA, L. L.

**El aporte jinguiano para el papel del médico en el siglo XXI**, 1999. (Conferência ou palestra, Apresentação de Trabalho)

*Áreas do conhecimento : Psicologia, Processos Perceptuais e Cognitivos; Desenvolvimento*

10. WAHBA, L. L.

**Aspectos psicológicos da Educação Médica**, 2002. (Congresso, Apresentação de Trabalho)

*Áreas do conhecimento : Psicologia, Processos Perceptuais e Cognitivos; Desenvolvimento*

11. WAHBA, L. L.

**A formação do estudante de medicina numa perspectiva humanista**, 2000.

(Congresso,Apresentação de Trabalho)

Áreas do conhecimento : Psicologia,Processos Perceptuais e Cognitivos; Desenvolvimento

12. WAHBA, L. L.

**Restaurando a função sentimento na Educação Médica**, 2001. (Outra,Apresentação de Trabalho)

Áreas do conhecimento : Psicologia,Processos Perceptuais e Cognitivos; Desenvolvimento

11. **Jornadas de Psicologia Médica**, 2005. (Outra)

Jornadas de Psicologia Médica.

Palavras-chave: Psicologia Médica

Áreas do conhecimento : Psicologia Analítica

17. **XVI International Congress of Analytical Psychology**, 2004. (Congresso)

Restoring the Feeling Function in Medical Education.

Palavras-chave: educação médica-consciência-indivduação

Áreas do conhecimento : Psicologia

### **Artigo científico**

WAHBA, L. L.

Os rumos da medicina: Ensinamentos de uma lenda indígenas. *Junguiana.* , p.97 - 106, 2000.

Áreas do conhecimento : Psicologia,Processos Perceptuais e Cognitivos; Desenvolvimento

WAHBA, L. L.

Plasticidade neuronal e recursos criativos na reabilitação. *Junguiana.* , v.24, p.57 - 63, 2006.

Palavras-chave: plasticidade neuronal, recursos criativos, reabilitação

Áreas do conhecimento : Psicologia Analítica

Setores de atividade : Cuidado à saúde das pessoas

### **Bibliografia**

AMARO, J. Role-playing no Ensino da Relação Médico-Paciente. *Boletim da Clínica Psiquiátrica.* 9: 62-63, 1970.

BATISTA, N.A. *O professor de Medicina.* São Paulo: Loyola, 1998.

BISCARO, R. A. *O treino em psicoterapia na residência de psiquiatria: uma visão da psicologia analítica.* Dissertação mestrado. PUSP. São Paulo, 2008.

BOTEGA, N.J. O ensino de Psicologia Médica no Brasil: uma enquete postal. *Revista ABP-APAL.* São Paulo, 16 (2): 45-51, 1994.

CASSELL, E.J *Talking with Patients.* London: MIT Press, 1985.

CASSELL, E.J. *The Nature of Suffering.* New York: Oxford University Press, 1991.

CUTAIT, D.E. *Um médico, uma vida.* São Paulo: Mandarim, 2000.

D'ANDREA, FF & SOTELINO, M.D. Carta ao mestre: vivência em Psicologia Médica. *J. bras. Psiq.* 36 (1): 35-39, 1987.

KAUFMAN, A. Como ensinar a relação médico-paciente: uso de filmes para alunos do 3º ano da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. In: BRANCO RFGRB. *A relação com o paciente: teoria, ensino e prática.* Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 2003. p. 105-114.

LUZ, P. L. *Nem só de ciência se faz a cura.* São Paulo: Atheneu, 2001.

- MILLAN, L. R. O universo psicológico do futuro médico. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
- PROGOFF, I. *The Dynamics of Hope*. New York: Dialogue House, 1985.
- SACKS, O. Um antropólogo em MArte. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.
- SCLIAR, M. *A face oculta: inusitadas e reveladoras histórias da medicina*. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2001.
- SCLIAR, M. *O olhar médico*. São Paulo: Agora, 2005.
- SHÖN, D. A. *The Reflective Practitioner*. New York: Basic Books, 1983.
- SPIRO, H.M. *Empathy and the Practice of Medicine*. New Haven: Yale University Press, 1993.
- VARELLA, D. *Por um fio*. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.
- WAHBA,L.L. *Camille Claudel: criação e loucura*. Record/ Rosa dos Tempos, 1996.
- WAHBA,L.L. *Relação médico-paciente: subsídios da psicologia para a educação médica*. Tese Doutorado. PUC-SP, São Paulo, 2001.