



**UFSM**

**Dissertação de Mestrado**

**O LIDAR COM A MORTE  
E A EDUCAÇÃO MÉDICA**

---

**Francene Fernandes**

**PPGE**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2004**

# **O LIDAR COM A MORTE E A EDUCAÇÃO MÉDICA**

por

**Francene Fernandes**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM,RS), como requisito parcial para a obtenção do grau de **Mestre em Educação.**

**PPGE**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2004**

**Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Educação  
Programa de Pós-Graduação em Educação**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,  
aprova a Dissertação de Mestrado

**O LIDAR COM A MORTE E  
A EDUCAÇÃO MÉDICA**

elaborada por  
**Francene Fernandes**

como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Mestre em Educação**

**COMISSÃO EXAMINADORA:**

---

**Alberto Manuel Quintana**  
(Presidente/Orientador)

---

**Profª Drª Maria Aparecida Crepaldi**

---

**Profª Drª Jadete Barbosa Lampert**

Santa Maria, 2 de julho de 2004

**“Nossa própria morte é um fato inimaginável, no fundo ninguém acredita em sua própria morte, ou colocando a mesma coisa de outra forma, o inconsciente de cada um de nós está convencido de sua própria imortalidade.”**

(Freud, 1915)

**A todos os médicos que não perderam a capacidade de sensibilizar-se diante da dor e sofrimento dos seus pacientes.**

**A todos os acadêmicos que se empenham na difícil tarefa de encontrar o meio termo entre o envolvimento e o distanciamento excessivo dos seus pacientes.**

**Aos meus próprios pacientes, que me levam a exercitar constantemente esta busca do meio termo.**

## AGRADECIMENTOS

Concluir esta dissertação tornou-se mais difícil do que havia me preparado. Desde o início desta empreitada minha vida profissional passou por mudanças importantes, levando-me a assumir outros compromissos que não havia planejado e que acabaram refletindo no prolongamento desta caminhada. Agradeço aqui todos aqueles que compreenderam minhas dificuldades, em especial ao meu orientador, que com paciência acompanhou o desenrolar de minha jornada.

Agradeço aos acadêmicos de Medicina que muito prontamente disponibilizaram seu tempo para contribuírem com a construção deste trabalho.

Agradeço aos meus pais, José e Lenir, primeiros educadores que tive e que ao longo da vida me motivaram a “aprender-a-aprender”, incentivando sempre o desenvolvimento de minha consciência crítica.

Agradeço aos meus avós, Roberto e Juracy pelo exemplo de vivacidade e bom humor, mesmo no adiantado da vida.

Agradeço aos meus familiares e especialmente ao meu marido, Denis, pela presença, zelo e compreensão nos momentos mais difíceis.

**Agradeço a minha tia Carla Raquel De Gregori, educadora do ensino fundamental, pelo exemplo de persistência, pois mesmo diante das circunstâncias pouco estimulantes da política educacional e do contexto sócio-econômico atual não perdeu a capacidade de perceber que por trás de cada número de matrícula existe um aluno que sente e pensa.**

**Por fim meu muito obrigado a Flávio de Oliveira e Souza, Magaly Wainstein, Michele Daronch, Ana Carolina Simoni, Alia Ahmad, aos colegas da Sociedade de Psicologia do RS e da Prefeitura Municipal de Canoas, e a todos os demais que desempenharam papel de educadores em minha trajetória, apesar de não o serem formalmente.**

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. OBJETIVOS.....	6
2.1. Objetivo Geral.....	6
2.2. Objetivos específicos.....	6
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	8
3.1. Contextualizando o Ensino da Medicina.....	8
3.2. Educação Médica.....	10
3.3. Da Ênfase no Processo de Ensino à Ênfase no Processo de Ensino/Aprendizagem.....	14
3.4. O Médico enquanto Docente.....	18
3.5. A Função do Docente em Medicina.....	18
3.6. A Relação do Homem com a Morte.....	21
3.7. Morte: Um Desafio para o Médico e para o Estudante de Medicina.....	28
3.8. O Preparo do Estudante de Medicina para Lidar com a Morte.....	37
4. METODOLOGIA.....	47
4.1. Método.....	47
4.2. Participantes.....	47
4.3. Instrumento de Pesquisa.....	48
4.4. Procedimentos de Coleta de Dados.....	49
4.5. Procedimentos para a Análise de Dados.....	50
5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	52
5.1. Aulas de anatomia: uma alusão distante à morte.....	55
5.2. Aulas de anatomia: no discurso um contato tranqüilo e normal com o cadáver.....	56
5.3. Aula de anatomia: uma ansiedade desfeita.....	58
5.4. O cadáver como objeto de estudo.....	60
5.5. Susto e angústia diante do cadáver disfarçado pelos mecanismos de defesa .....	62
5.6. O marco do quinto semestre.....	65

5.7. A angústia diante da morte associada ao atendimento do paciente vivo....	68
5.8. O medo de errar associado à morte do paciente .....	70
5.9. A responsabilidade de salvar vidas .....	72
5.10. Os sentimentos dos acadêmicos diante da morte de pacientes .....	74
5.11. A preocupação com a família que fica: uma demonstração de sensibilidade .....	79
5.12. A “dessubjetivação” da relação médico paciente: uma perspectiva presente no primeiro semestre .....	80
5.13. Médico frio versus médico demasiadamente sensibilizado: a busca do equilíbrio no envolvimento com o paciente .....	82
5.14. A morte sentida a partir do vínculo com o paciente.....	84
5.15. Acompanhamento psiquiátrico no 5º semestre .....	86
5.16. NOPEM: uma possibilidade de recurso para lidar com as angústias.....	90
5.17. Conversar: um recurso para lidar com a angústia diante da morte .....	93
5.18. O exemplo do professor-médico .....	95
5.19. Mudança de currículo: um aprimoramento na formação médica .....	99
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	101
7. BIBLIOGRAFIA .....	109
ANEXOS.....	116
ANEXO A .....	117
ANEXO B .....	118

## **RESUMO**

Dissertação de Mestrado  
Programa de Pós-Graduação em Educação  
Universidade Federal de Santa Maria

### **O LIDAR COM A MORTE E A EDUCAÇÃO MÉDICA**

Autora: Francene Fernandes

Orientador: Alberto Manuel Quintana

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 2 de julho de 2004.

O presente trabalho tem o objetivo de investigar como o estudante de medicina percebe o seu preparo para lidar com a morte durante o curso de graduação. Para tanto se utilizou a abordagem qualitativa. Foram entrevistados quinze estudantes, sendo cinco do primeiro, cinco do quinto e cinco do décimo primeiro semestres. A análise dos dados foi realizada a partir do método de Análise de Conteúdo conforme concepções de Bardin (1991) e baseou-se em fundamentação teórica referente ao contexto do ensino da medicina, educação médica, processo ensino/ aprendizagem, o médico enquanto docente, a função do docente em medicina, a relação do homem com a morte, a morte como um desafio para o estudante de medicina e o médico e o preparo do estudante de medicina para lidar com a morte. Conclusivamente pode-se perceber que a presença da morte é uma constante na vida acadêmica dos estudantes de medicina, gerando angústia e os levando a desenvolver recursos defensivos intensos. Percebem-se iniciativas em oferecer aos acadêmicos recursos vinculados a própria formação médica onde possam elaborar as angústias inerentes a ela, principalmente aquelas referentes a morte de pacientes. É necessário, no entanto, consolidar estas iniciativas tornando-as cada vez mais comuns, acessíveis e próximas dos acadêmicos.

## **ABSTRACT**

Dissertation of Mestrado  
Program of Masters degree in Education  
Federal university of Santa Maria

### **WORKING WITH THE DEATH AND THE MEDICAL EDUCATION**

Author: Francene Fernandes

Adviser: Alberto Manuel Quintana

It dates and Local of the Defense: Santa Maria, July 2, 2004.

The present work has the objective to investigate how the medicine student notices his preparation to work with the death during the degree course. For that the qualitative approach was used. Fifteen students were interviewed, being five of the first, five of the fifth and five of the eleventh semesters. The analysis of the data was accomplished using the method of Analysis of Content according to conceptions of Bardin (1991) and was based on theoretical basis regarding the context of the teaching of the medicine, medical education, process teaching / learning, the doctor while teacher, the teacher's function in medicine, the man's relationship with the death, the death as a challenge for the medicine student and the doctor and the medicine student's preparation to work with the death. Conclusively it can be noticed that the presence of the death is a constant in the medicine students' academic life, generating anguish and taking them to develop intense defensive resources. Initiatives are noticed in offering to the academics linked resources like their own medical formation where they can elaborate the inherent anguishes to it, and manly those referring to the death of patient. It is necessary however, to consolidate these initiatives turning them more and more common, accessible and close of the academics.

# 1. INTRODUÇÃO

Esta dissertação surgiu de inquietações suscitadas pela minha prática de psicóloga clínica, pela minha aproximação com a área da educação e pela convivência com médicos, tanto em situações de convívio social quanto profissional.

Conforme minha percepção, educação, psicologia clínica e medicina são áreas intrigantes com aspectos em comum. Destacam-se aqui duas dessas singularidades. Primeiro: em alguma instância, pressupõem o estabelecimento de uma relação interpessoal e o sucesso ou fracasso dos objetivos a que se propõem dependem, em parte, do sucesso ou fracasso do vínculo afetivo estabelecido nessa relação; segundo: psicólogo / paciente, professor / aluno e médico / paciente são objetos de natureza igual, e, portanto permeáveis aos mesmos sentimentos e temores diante dos sofrimentos humanos.

O psicólogo clínico lida com sofrimentos psíquicos que podem repercutir em sofrimentos físicos. Também o médico lida com sofrimentos físicos que interagem com os psíquicos. Não há, então, como dissociar o físico do afetivo, nem o afeto da razão, ao contrário do que acreditava o movimento positivista.

O contato com os profissionais de medicina, em minhas relações de trabalho ou mesmo situações de atendimento pessoal, levou-me a pensar no porquê de alguns serem mais sensíveis no

convívio com o paciente e outros tantos pareciam conduzir os procedimentos de forma tecnicista e pouco afetiva. Baseada em meus conhecimentos teórico-clínicos, oriundos da psicanálise, imaginava que possivelmente tais diferenças se dariam em virtude das diferenças de personalidade e da forma como cada sujeito lança mão dos mecanismos de defesa para fazer frente a suas angústias e ansiedades. Seguindo a linha de raciocínio de minhas inquietações, e instigada pelo meu contato com a área educacional, comecei a indagar-me sobre como seriam os futuros médicos preparados durante a graduação para lidar com as angústias inerentes a sua formação, onde o contato com a morte representa uma das mais relevantes.

No caso da medicina, muito se escuta falar sobre estudantes que no início do curso de graduação desmaiam diante do cadáver na aula de anatomia, ou se comovem com a história e o sofrimento de algum paciente. É inegável a necessidade do aluno de medicina desenvolver a capacidade de distanciamento ótimo do sofrimento alheio, e da negação necessária dos próprios sentimentos de temor, para desempenhar seu papel com certa tranquilidade.

Mas é fundamental também, que não anule sua condição de empatia, nem reprima excessivamente seus afetos, pois muitas são as vivências de pacientes que são atendidos de forma automática e pouco afetiva, onde a relação humana cede espaço para o tecnicismo. Justamente em circunstâncias em que a capacidade de elaboração dos

sofrimentos fica tão debilitada por parte do paciente, e a necessidade de amparo e continência para suas angústias estão presentes.

Por outro lado, pode-se pensar que também o médico e, principalmente, o estudante de medicina, necessitam amparo e continência para suas angústias. O primeiro contato com os pacientes, com a doença e com a morte são situações que, classicamente, despertam ansiedade nos futuros médicos. O contato com a finitude de uma forma tão direta e freqüente, talvez represente uma das tarefas afetivas mais relevantes para o sujeito que se prepara para exercer a medicina.

Tem-se o conhecimento de iniciativas, embora de número reduzido, de cursos de graduação de Medicina em oferecer serviços de acompanhamento psicológico ou psicopedagógico aos seus alunos. Conforme pesquisa realizada em 1995 (Millan, 1999), vinte e duas faculdades relataram a existência de serviços desta natureza.

Destacou-se, no entanto, num panorama geral, a falta de uniformidade quanto aos objetivos, formas de abordagem e população-alvo. Enquanto alguns serviços buscam prestar assistência, outros procuram assessorar, orientar, encaminhar o aluno a terceiros. Alguns atuam apenas individualmente, enquanto outros privilegiam grupos, palestras e conferências. A abordagem é, às vezes, psicopedagógica, e outras, apenas psicológicas. O público-alvo varia

entre alunos de diferentes áreas, exclusivamente da área de Medicina ou população universitária como um todo.

Tornou-se pertinente, diante do contexto anteriormente descrito, investigar qual a percepção do estudante de Medicina com relação ao seu preparo, durante a graduação, para lidar com a morte.

O presente trabalho inicialmente apresenta justificativa e objetivos, geral e específicos, da realização da pesquisa. Logo após, a fundamentação teórica que sustenta a discussão dos dados.

O primeiro tema abordado na fundamentação teórica versa sobre o contexto do ensino da medicina, buscando oferecer uma idéia de como e em que circunstâncias ele surgiu e como se deu sua evolução.

Num segundo momento busca-se apresentar a definição de educação médica, destacando características da escola médica que se tem e da que se deseja, de acordo com pesquisas realizadas.

Na seqüência aborda-se o tema do processo ensino/aprendizagem, buscando explorar como ele se dá nas escolas médicas.

Seguindo a linha de raciocínio fala-se sobre o médico enquanto docente, discorrendo sobre o preparo recebido para exercer esta atividade.

No capítulo seguinte aborda-se a função do docente em medicina, destacando o médico–professor como modelo de identificação para o aluno, entre outras interações que se estabelecem nesta relação.

A relação do homem com a morte é tema do tópico seguinte que objetiva contextualizar esta relação ao longo do tempo.

No penúltimo capítulo, discorre-se sobre a morte como um desafio para o médico e para o estudante de medicina, pois a bibliografia consultada aponta para uma cultura médica, cuja ênfase recai sobre a cura.

Por fim busca-se apresentar o que diz a bibliografia sobre o preparo do estudante de medicina para lidar com morte, destacando as experiências desenvolvidas pela UERJ e USP.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo Geral**

- Investigar como o estudante de medicina percebe o seu preparo para lidar com a morte durante o curso de graduação.

### **2.2. Objetivos específicos**

- Investigar como o aluno percebe que se dá o contato dos estudantes de medicina com a morte durante o curso de graduação, em três momentos distintos, quais sejam o primeiro, o quinto e o décimo primeiro semestre.

- Identificar quais os sentimentos despertados nos estudantes de medicina diante da morte de pacientes, em cada um dos momentos.

- Identificar os recursos que estes estudantes utilizam para lidar com os sentimentos despertados pela morte de pacientes.

- Caracterizar a percepção dos estudantes sobre o papel do curso de graduação de Medicina no preparo para lidar com a morte de pacientes.

- Investigar se existe, na percepção do estudante de medicina, durante a graduação, um espaço destinado à abordagem da morte e em que momento ele aparece.

### **3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

#### **3.1. Contextualizando o Ensino da Medicina**

É fundamental para qualquer produção científica a compreensão do contexto histórico dos acontecimentos, pois “... o presente humano não se esgota na ação que realiza, mas adquire sentido pelo passado e pelo futuro” (Aranha, 1996, p. 17).

Aranha (1996) em seu livro “História da Educação” faz um apanhado sobre o surgimento das universidades e do curso de medicina. Conta o autor que no início não havia universidades, e muitos ofícios eram ensinados diretamente ao aprendiz pelo mestre, no dia-a-dia de trabalho. As universidades têm suas origens em assembléias corporativas, não significando inicialmente um estabelecimento de ensino. Podiam reunir sapateiros, curtidores, marceneiros ou mestres e estudantes. Este último tipo de reunião é que deu origem ao significado da palavra como é hoje definida.

Por volta do século XII, refere o mesmo autor, com objetivo de atender às solicitações de uma sociedade cada vez mais complexa, ocorre uma ampliação das áreas de estudos, incluindo além das sete artes liberais, a filosofia, teologia, leis e medicina. Surgem, então,

certos mestres em geral clérigos não-ordenados, que se instalam de início nas escolas existentes, mas aos poucos se tornam independentes e mudam de uma cidade para outra, como itinerantes. Alguns ficam famosos e atraem inúmeros alunos. Devido à necessidade de organizar melhor o trabalho disperso dos mestres independentes, são estabelecidas regras, proibições e privilégios. Como em qualquer corporação, há a exigência de provas para obter os títulos de bacharel, licenciado e doutor.

A universidade mais antiga de que se tem notícia é a de Salerno, na Itália, onde é oferecido o ensino de medicina, já no século X, conforme Aranha (1996).

Diz ele ainda que à medida que aumenta a importância da universidade, os reis e a igreja disputam seu controle. De maneira geral percebe-se o entrelaçamento do processo educacional com a religião. Esta realidade justifica-se uma vez que ambos representam instrumentos de poder.

No Renascimento (séculos XV e XVI), com o retorno as fontes da cultura greco-romana, o olhar do homem desvia-se do céu para a terra, ocupando-se mais com as questões do cotidiano, desencadeando o movimento humanista. Nesse contexto, segundo Aranha (1996) a curiosidade é aguçada para a observação direta dos fatos, com redobrado interesse pelo corpo e pela natureza circundante. Na Medicina são ampliados os conhecimentos de anatomia com a

prática de dissecação de cadáveres humanos, até então proibida pela igreja.

O autor acrescenta ainda que nas Américas, devido à colonização as universidades começam a surgir apenas no século XIX, mesmo século em que são implantados os primeiros cursos superiores no Brasil, entre eles o de médico-cirúrgicos em 1808.

### **3.2.Educação Médica**

A educação médica é muito mais que simplesmente ministrar aulas, como afirmam Marcondes & Gonçalves (1998). Ela é ciência e arte. Enquanto ciência engloba aspectos referentes ao processo ensino/aprendizagem:

...definição clara, concisa e coerente de objetivos educacionais; definição de conteúdos teóricos e práticos, escolha adequada de metodologias educacionais levando em conta os objetivos e os conteúdos e por fim, a seleção de métodos avaliativos dos alunos, dos professores e do próprio processo. (p.01)

Como arte busca “transmitir aos futuros médicos/ artistas todas as habilidades e atitudes indispensáveis ao pleno exercício da complexa profissão que eles elegeram” (Marcondes & Gonçalves, 1998, p. 01).

Iniciativas no sentido de instrumentalizar didaticamente os professores de medicina, segundo os autores acima citados, tem ocorrido com a realização de cursos de capacitação e com a introdução de disciplinas como didática especial e pedagogia médica em cursos de pós-graduação *sensu stricto*. Além disto, “em 1997, a Escola Paulista de Medicina da UNIFESP criou a área de educação Médica nos concursos de livre-docência” (p. 02).

Três são as tarefas básicas, como pontua Gonçalves (1998), que cabem à escola médica desenvolver: o ensino, a pesquisa e a assistência. É importante salientar, no entanto, que a nascente do ensino superior no Brasil sofreu influências do modelo francês-napoleônico, definindo-se como um sistema formador de profissionais para o mercado de trabalho. Apenas nos últimos 60 anos, como apontam Aranha (1996) e Masetto (1998) as universidades, fundamentalmente as públicas, estão preocupadas em desenvolver pesquisas, produzir e socializar conhecimentos novos. Infelizmente 70% dos alunos freqüentam instituições particulares, que não dispõem dos mesmos recursos e condições de trabalho para professores-pesquisadores, o que leva à conclusão de que ainda hoje o Ensino Superior Brasileiro continua definindo-se como um sistema formador de profissionais para o mercado de trabalho.

Dados de pesquisa realizada pela CINAEM - Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico - em 1997, referidos por Batista (1998), explicita a escola médica que se tem:

...hegemonia absoluta dos conteúdos programáticos que permitem a compreensão do processo saúde-doença centrado no indivíduo biológico; semiologia como instrumental de trabalho que articula a utilização do conhecimento biológico na abordagem dos distúrbios morfofisiológicos e assegura a reprodutividade da prática médica, funcionando como instituinte da clínica moderna fundamentada no método positivista. (p. 31)

E a escola médica que se deseja: “inserção precoce dos alunos em atividades práticas, introdução de técnicas capazes de instituir uma lógica inovadora nas relações entre conhecimentos básicos e profissionalizantes e integração das atividades práticas, de ensino e pesquisa (Batista,1998, p.31).

Lampert (2002), aborda em sua tese de doutorado intitulada “Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil” o “compromisso da escola médica de conferir ao médico a formação geral e as competências básicas para inserir-se no mercado de trabalho, tão logo conclua o curso de graduação, atendendo às NBS (necessidades básicas de saúde)” (p.191). Aponta o processo de mudanças pelo qual o ensino médico vem passando, onde o modelo flexneriano, relacionado ao paradigma tecnicista, ao não responder adequadamente às atuais reivindicações em saúde, é contraposto pela construção de um novo modelo, a saber, o da integralidade, relacionado ao paradigma humanista. Cabe caracterizar o modelo flexneriano, que conforme a autora tem enfatizado as especializações precocemente, durante a graduação, gerando pseudo-especialistas e dificultando a formação geral dos médicos:

(a) predominância de aulas teóricas, enfocando a doença e o conhecimento fragmentado em disciplinas; (b) fato de o processo de

ensino-aprendizagem estar centrado no professor em aulas expositivas e demonstrativas; (c) prática desenvolvida predominantemente no hospital; (d) capacitação docente centrada unicamente na competência técnico-científica; (e) mercado de trabalho referido apenas pelo tradicional consultório, onde o médico domina os instrumentos diagnósticos e os encaminhamentos, e cobra seus honorários sem intervenções de terceiros (Lampert, 2002, p. 4)

Já o modelo baseado no paradigma da integralidade aponta no seguinte sentido:

(a) o processo saúde-doença deve enfatizar mais a saúde do que as doença (a promoção, a preservação a recuperação da saúde, sendo a doença um desvio, uma intercorrência na saúde, que deve ser evitada e, quando diagnosticada, eliminada em qualquer estágio evolutivo em que se encontre); (b) o processo ensino-aprendizagem deve estar mais centrado no aluno e em seu papel ativo na própria formação; (c) o ensino da prática deve se dar no sistema de saúde existente em graus crescentes de complexidade, voltado para as necessidades básicas de saúde, dentro de uma visão intersetorial de seus determinantes e da importância das referências e contra-referências entre os níveis de atenção; (d) a capacitação docente deve voltar-se tanto para a competência técnico-científica quanto para a competência didático-pedagógica, e para a participação e comprometimento no sistema público de saúde. Isso se refere à formação e reciclagem dos profissionais médicos, assim como à formulação e avaliação das políticas, dos serviços e do próprio sistema; e (e) o acompanhamento da dinâmica do mercado de trabalho médico deve estar orientado pelas reflexões e discussão crítica dos aspectos econômicos e humanísticos da prestação de serviços de saúde e de suas implicações éticas. (Lampert, 2002, p. 4)

Algumas das percepções conclusivas da autora anteriormente citada apontam, para a existência de uma tendência para inovações em direção às transformações desejadas, na formação do médico na graduação, no caso do Brasil. No entanto esta tendência se configura em movimentos recentes, precisando ainda de tempo para ser consolidada, necessitando para isto de grande apoio reflexivo, de acompanhamento e de avaliação. Além disso, as inovações implementadas enfrentam resistências e riscos de retrocessos.

### **3.3. Da Ênfase no Processo de Ensino à Ênfase no Processo de Ensino/Aprendizagem**

- “- Oi, tudo bom, estava dando aula até agora?
- Estava. Dei uma aula fantástica!!!
- Os alunos gostaram?
- Não tenho a menor idéia.”

A partir da vinheta acima, retirada de Ribeiro (1998, p. 41), que retrata a conversa entre dois docentes, temos o ponto de partida para pensarmos no processo ensino-aprendizagem nas escolas médicas.

Segundo Masetto (1998) o ensino brasileiro de nível superior enfatiza excessivamente o processo de ensino em detrimento do processo de aprendizagem. Apesar de serem duas faces da mesma moeda não são idênticos. São processos que se complementam e se integram. Daí a expressão Processo Ensino/Aprendizagem já usada por muitos autores como um processo único.

Ainda conforme o autor, quando se fala em ensinar a ênfase naturalmente recai sobre a figura do professor que fica como centro do processo, e o destaque se coloca sobre a sua pessoa, qualidades e habilidades. A função do docente resume-se nesta perspectiva em alguém que vem para ensinar aos que não sabem. O aluno é espectador passivo. Bem distintas são as conseqüências da docência

universitária, quando sua ênfase se dá no processo de aprendizagem. Quando se fala em processo de aprendizagem refere-se a um processo de crescimento e desenvolvimento de uma pessoa em sua totalidade, abarcando minimamente três grandes áreas do ser humano: a do conhecimento, a de habilidades e a de atitudes ou valores.

A área cognitiva, ou do conhecimento, compreende toda parte mental e intelectual do homem: sua capacidade de pensar, refletir, analisar, comparar, criticar, justificar, argumentar, inferir conclusões, generalizar, buscar e processar informações, produzir conhecimentos, descobrir, pesquisar, criar, inventar, imaginar...Esta área não se restringe a assimilar informações ou conhecimentos obtidos e repeti-los.

Morin retrata tal questão de forma brilhante:

... o problema cognitivo é de importância antropológica, política, social e histórica. Para que haja um progresso de base no século XXI, os homens e as mulheres não podem mais ser brinquedos inconscientes não só de suas idéias, mas das próprias mentiras. O dever principal da educação é de armar cada um para o combate vital para a lucidez. (2000, p.33).

A área de habilidades humanas e profissionais, afirma Masetto (1998), abrange tudo o que fazemos com os conhecimentos adquiridos. Como por exemplo: aprender a se comunicar com os colegas, com os professores, com profissionais da área, trabalhar em equipe, participar de grupos interdisciplinares, redigir e apresentar trabalhos científicos. Sem incluir as habilidades próprias de cada profissão.

A área de atitudes e valores, ainda afirma o autor, compreende o desenvolvimento de valores pessoais, como por exemplo, responsabilidade pelo seu processo de aprendizagem, ética, respeito ao outro e suas opiniões, honestidade intelectual, criticidade, curiosidade, criatividade, autonomia; desenvolvimento de valores-cidadãos e políticos, como por exemplo, não se limitar a soluções técnicas dos problemas de sua área, abertura para perceber e analisar as conseqüências de soluções técnicas à luz das ciências ambientais, da antropologia, da sociologia...; sentir-se comprometido com o crescimento e melhoria da qualidade de vida da população a que serve; desenvolvimento de valores éticos, históricos, sociais e culturais. Sacrisán & Pérez Gómez *apud* Masetto (1998) destacam neste contexto a relevância do desenvolvimento das relações sociais:

Os alunos e as alunas aprendem e assimilam teorias, disposições e comportamentos, não só como conseqüência da transmissão e intercâmbio de idéias e conhecimentos explícitos no currículo oficial, como também e principalmente como conseqüência das interações sociais de todo o tipo que acontecem na vida e na aula. Mais ainda, o conteúdo oficial do currículo, imposto de fora para a aprendizagem do alunado...não marca nem estimula, em geral os interesses e as preocupações vitais do aluno. Converte-se assim num aprendizado acadêmico para passar nos exames e esquecer em seguida; enquanto a aprendizagem de estratégias, normas, valores de interação social...vão constituindo paulatinamente as representações e normas de conduta (p. 15).

O ensino deve ser voltado para o processo do aprender-a-aprender. (Freire, 1996). O sujeito/aluno não deverá ser apenas um detentor de novas informações e conhecimentos e equipado com novas habilidades, como uma máquina autônoma, e sim um sujeito capaz e hábil para mudar e mutar, de forma que possa desenvolver hábitos de convivência num mundo plural e em constante

desenvolvimento. Pode-se dizer que para a educação deste século se faz necessário um educador e um educando cujas características dominantes sejam a mutabilidade e a capacidade de enfrentamento das incertezas, conforme assinala Morin:

Seria preciso ensinar princípios de estratégia que permitiriam enfrentar os imprevistos, o inesperado e a incerteza, e modificar seu desenvolvimento, em virtude das informações adquiridas ao longo do tempo. É preciso aprender a navegar em um oceano de incertezas em meio a arquipélagos de certeza (2000, p.16).

Os novos recursos tecnológicos imprimiram um outro ritmo e novas possibilidades de acesso às informações. Acentua-se com isto o desafio para a universidade, e conseqüentemente para o professor, de não se resumir ao papel de transmissor de informações, visto que os alunos muitas vezes já as têm ou poderão buscá-las com certa facilidade; mas sim de ensinar ao aluno como utilizar estas informações. Como trabalhá-las, organizá-las, selecioná-las, como transformá-las em conhecimento (Marcondes & Gonçalves, 1998; Pereira, Kluwe & Carvalhal, 1998).

De forma semelhante, aponta Smart (1978), os constantes avanços nos campos das ciências básicas e clínicas repercutem na mutabilidade e renovação permanente dos conhecimentos, exigindo do professor de medicina a postura de um eterno estudante para o qual a desatualização é sinônimo de ignorância.

### **3.4. O Médico enquanto Docente**

Conforme Batista (1998) a questão do preparo do professor de Medicina no que se refere aos aspectos propriamente pedagógicos da ação docente não tem, geralmente, merecido atenção. Diferentemente de outras áreas, especialmente ciências humanas, a graduação e a especialização do médico não têm como objetivo a formação de um professor. Na maioria das vezes, o professor de medicina é contratado tendo-se como critério apenas a qualidade do seu desempenho como profissional ou pesquisador. Fica implícito que a competência profissional ou acadêmica assegura competência didática. Não se exige formação sistematizada que instrumentalize sua maneira de conceber e desenvolver o processo ensino/ aprendizagem. “É evidente a relevância da dimensão pedagógica do trabalho do professor de medicina e repensa-la significa repensar a direção dos compromissos da própria Escola Médica” (Batista, 1998, p.33)

### **3.5. A Função do Docente em Medicina**

A função do docente em Medicina não difere da função de qualquer outro docente de ensino superior, ou seja, atendendo aos novos paradigmas da educação, servir como facilitador do processo de aprendizagem, onde aprender-a-aprender é privilégio em detrimento à memorização dos fatos. Além disto a formação em medicina implica

triangulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes concretizada nos espaços de ensino, pesquisa e assistência (Batista, 1998).

No tocante as atitudes, o aluno buscará no professor, no decorrer da formação acadêmica, um modelo de identificação<sup>1</sup>. No encontro entre duas pessoas, no caso professor-aluno, a conduta que o professor demonstra tem muito mais alcance no outro do que o que é dito. Em virtude disto, o caráter e a formação humanística do docente são fundamentais, uma vez que poderão servir de modelo de desenvolvimento profissional e de atuação quando do ingresso do aluno no mercado de trabalho (Gonçalves & Marcondes, 1998; Mello Filho, 1992; Pereira, Kluwe & Carvalhal, 1998; Zaidhaft, 1990).

Este modelo de identificação, segundo Cruz (1997), pode inclusive repercutir na relação futura do estudante com seus pacientes. Um aluno que é visto como pessoa por seu professor e não como número terá mais chances de ver seu paciente como pessoa e não como caso. À medida que conta com espaços onde possa se expressar, ser ouvido e respeitado no processo de ensino-aprendizagem, cresce a possibilidade de ele poder “ouvir” o paciente como agente ativo da relação. Àquele aluno que tenha tido supervisão no problema emocional do paciente ou tenha contado com atendimento numa dificuldade emocional sua, terá sua percepção da importância do psíquico no funcionamento global do ser aumentada. Este aluno terá

---

<sup>1</sup> Para psicanálise identificação representa um “processo psicológico pelo qual um sujeito assimila um aspecto, uma propriedade, um atributo do outro e se transforma, total ou parcialmente, segundo o modelo desse outro. A personalidade constitui-se e diferencia-se por uma série de identificações” (Laplanche & Pontalis, 1992, p.226).

maiores chances de ver o homem da doença, e não a doença do homem.

Coerência entre atos e discurso é essencial no ensino, como aponta Muniz & Chazan (1992), pois se o professor for incapaz de se relacionar com o aluno, de ouvi-lo, de estabelecer com ele uma relação de franqueza e confiança, poderá ser este o modelo apreendido. Os modelos absorvidos dependerão, evidentemente, em última análise, das ansiedades do estudante, do momento emocional que este estiver vivendo, de sua própria história pessoal, buscando identificações de acordo com estas características. Diante de situações desconhecidas, mobilizadoras de maior tensão, procura modelos defensivos, que por sua vez, serão sintônicos com sua característica de personalidade

Em decorrência de sua função e de um panorama propício – velocidade da transformação do conhecimento, novas demandas para a formação de profissionais, o entendimento de que formar não se esgota em um curso ou ao final de um período de estudos, os limites de qualquer proposta de formação inicial e a necessidade de tomar a prática como objeto de análise, investigação, intervenção - é necessário que o professor de medicina esteja, ele próprio inserido num processo de educação permanente (Batista 1998).

O estudo das relações humanas no contexto médico, da psicologia da prática médica, da psicologia do estudante, do médico,

do paciente, da relação entre estes, da família e do próprio contexto institucional destas relações configuram a Psicologia Médica, que se apresenta como um capítulo novo na história da medicina (Muniz & Chazan, 1992).

### **3.6. A Relação do Homem com a Morte**

A morte é um tema que inspira inquietações nos seres humanos. Faz-se presente sob os mais diferentes vértices: científico, religioso, filosófico, artístico etc. Representa um mistério do qual os indivíduos procuram manter-se distantes. É “inexorável e traiçoeira” como nos diz Zaidhaft (1990) e, por isso mesmo, criamos atitudes, expectativas e convenções que buscam negar este fato. Ela anda com a gente, desde que nascemos. Estamos expostos à sua visita a qualquer momento. Tomar consciência disto provoca medo.

Vários autores que escrevem sobre o tema (Ghezzi, 1995; Kovács, 1995; Kübler-Ross, 1979; Mannoni, 1995) apontam para o quanto a morte é negada, escamoteada, escondida, não nomeada, tabu. Mas nem sempre foi assim. Se recorrermos a Ariés (1977), veremos que ao longo dos anos a atitude do homem diante da morte sofreu profundas modificações. A relação do homem com a morte passou de natural, simples e familiar, sendo seu reconhecimento público e espontâneo, não havendo blefe ou negação da realidade, para o extremo oposto. Já por volta da segunda metade do século XIX a

morte de familiar e presente passa a desaparecer e se apagar. Torna-se vergonhosa e objeto de interdição. Os ritos de morte começam a esvaziarem-se de sua carga dramática, iniciando um processo de escamoteamento. Entre 1930 e 1950 as mudanças são aceleradas por um fenômeno material importante: o deslocamento do lugar da morte para o hospital. Este passa a ser considerado não só como um lugar que se cura e se luta contra a morte, mas como o lugar privilegiado dela.

“Morre-se no hospital porque os médicos não conseguiram curar. Vamos ao hospital não mais para sermos curados, mas precisamente para morrer” (Ariés, 1977, p.54).

Com o deslocamento do lugar da morte para o hospital o moribundo perde completamente o direito sobre sua própria morte. Esta passa a ser encarada como um fenômeno técnico causado pela parada de cuidados, ou seja, de maneira mais ou menos declarada, por decisão do médico e da equipe hospitalar. Muitas vezes também ao morrer o moribundo já perdeu a consciência há muito tempo.

A morte foi dividida, parcelada numa série de pequenas etapas dentre as quais, definitivamente, não se sabe qual a verdadeira morte, aquela em que se perdeu a consciência ou aquela em que se perdeu a respiração...Todas estas pequenas mortes silenciosas substituíram e apagaram a grande ação dramática da morte, e ninguém mais tem forças ou paciência de esperar durante semanas um momento que perdeu parte de seu sentido” (Ariés, 1977, p.54).

Os médicos e a equipe hospitalar passaram a ser os donos da morte, de seu momento e também de suas circunstâncias. Ziegler (1977) refere-se ao médico como tanatocrata, afirmando que ele não só constata a morte, mas também a provoca, é o seu senhor. Não registra mais a hora final de uma vida, fixa-a segundo sua escolha.

Constatou-se que a ênfase da morte passou a recair sobre o “aceitável”. Uma morte aceitável, segundo Áries (1977) é aquela que permite ser aceita ou tolerada pelos sobreviventes. É necessário evitar o desencadeamento de uma emoção demasiadamente forte. Os sobreviventes só têm direito à comoção em particular, ou seja, as escondidas. Neste contexto, os ritos funerários também se modificaram, sendo reduzidos ao mínimo necessário para fazer desaparecer o corpo; com o objetivo de que as pessoas se apercebam também o mínimo possível da morte. Com isto a cremação se destaca em alguns lugares (Inglaterra). Até porque é a forma mais radical de fazer desaparecer o corpo, de anula-lo.

Como causa deste interdito Ariés (1977) aponta a necessidade de felicidade. Como se houvesse um dever moral e uma obrigação social de contribuir para a felicidade coletiva; evitando toda causa de tristeza e aborrecimento. A morte nos dias de hoje ocupa o lugar que em outras épocas a sexualidade ocupou. Tornou-se um tabu falar de morte. Hoje se explica as crianças como elas nascem, mas não se fala o que aconteceu com o vovô que desapareceu/ morreu.

Ousar falar da morte, admiti-la nas relações sociais, já não é como antigamente permanecer no quotidiano, é provocar uma situação excepcional, exorbitante e sempre dramática. Antigamente, a morte era uma figura familiar, e os moralistas deviam torna-la horrenda para amedrontar. Hoje, basta apenas enuncia-la para provocar uma tensão emocional incompatível com a regularidade da vida quotidiana. (Áries, 1977, p. 142).

Mannoni (1995) explora muito bem este tema em seu livro “O Nomeável e o Inominável”. Diz ela: “Hoje é difícil dar a morte um nome. Ela assusta, e tudo se passa como se não devesse existir” (p.41). Ressalta que a alteração da relação entre o moribundo e os que o cercam coincidiu com o início da medicalização. As pessoas passaram a ignorar a morte iminente. Faz-se como se a morte não existisse. A hospitalização vem ao encontro deste contexto, pois morrer no hospital é morrer em segredo. Passa a ser insuportável presenciar a degradação humana, pois ela remete a idéia da morte, que não é mais tolerada.

A renegação<sup>2</sup> da morte está presente em nossa sociedade. É esta renegação que leva o atendente do hospital a uma conduta de evitamento quando chega a morte e ele nada mais tem a fazer. Esta conduta acaba tornando impossível o acolhimento dos sobreviventes (parentes do morto). É porque a morte é vista como fracasso da medicina que os serviços chegam a esquecer a família (ou a esconder-se dela). “A morte, a medida que se assemelha ao inominável, deixa o sujeito sem palavras para abordar aquilo que o toca na provação que ele partilha com o enlutado.” (Mannoni, 1995, p. 57).

---

<sup>2</sup> De acordo com Roudinesco & Plon (1998) renegação é um termo criado por Sigmund Freud para caracterizar um mecanismo de defesa pelo qual o indivíduo se recusa a reconhecer a realidade de uma percepção negativa.

A autora salienta ainda o quanto o moribundo, ou o doente, é destituído de seu lugar de sujeito desejante. A ele cabe apenas o papel de calar-se e concordar com o que os médicos indicam. Ele foi destituído do poder de decisão sobre sua própria morte.

Sudnow *apud* Kovács (1992) faz referências ao ocultamento da morte. Mesmo no hospital ela deve passar despercebida. As cortinas são cerradas, são feitos pacotes dos mortos, de modo que não se perceba o seu conteúdo. É como se o morto fosse para os exames de rotina, só que não retorna. Preferencialmente as mortes são transferidas para a madrugada, quando o movimento e a visibilidade são menores.

Atualmente, nos diz Kovács (1992) 80 % das pessoas morrem no hospital, primeiro porque é mais eficaz e escondido do que em casa, além disto porque os seguros pagam as hospitalizações. A morte mais desejada é aquela repentina, como a que resulta de um ataque cardíaco. “Embora o homem seja o único ser consciente de sua mortalidade e finitude, a sociedade ocidental com toda a sua tecnologia está tornando o homem inconsciente e privado de sua própria morte” (p. 44).

Zaidhaft (1990) diz que todos nós precisamos de alguma crença, seja religiosa, seja científica, que nos explique o mundo e a nós mesmos. Todos necessitamos, para poder sobreviver, de uma dose de negação da morte, de algo que poderíamos denominar como ilusão,

fé e esperança de que a morte não nos pegará (nem os que amamos, pelo menos não tão cedo assim). Em contrapartida, de acordo com diferentes autores, (Kovács, 1992; Kubler-Ross, 1979; Zaidhaft, 1990), é o contato e a tomada de consciência da finitude, da impotência diante da natureza que nos estimula a desafiar a morte, a armar jogadas para tentar vencê-la.

“A morte adiada, que é a nossa vida, é que nos dá a oportunidade de realizar missões urgentes, sendo viver a principal delas” (Zaidhaft, 1990, p. 13).

“A consciência da própria morte é uma importante conquista constitutiva do homem. O homem é determinado pela consciência objetiva de sua mortalidade e por uma subjetividade que busca a imortalidade” (Kovács, 1992, p. 29).

“... uma vez encarada e aceita a própria limitação, vê-se que a vida adquire mais significado e valor” (Kubler-Ross, 1979, p. 28).

Outra questão apontada por diversos autores (Ghezzi, 1995; Kovács, 1995; Kubler-Ross, 1979; Mannoni, 1995; Ziegler, 1977) diz respeito a relação entre morte e o contexto sócio-econômico-político e cultural do ocidente.

Ziegler (1977) contesta a afirmação de que ao morrer todos os homens são iguais. Salienta que numa sociedade de classes não se

permite que se estabeleça uma consciência igualitária da morte. Ela chega a todos os indivíduos, de todas as classes e nações, mas ocorre em situações sociais específicas. De acordo com o autor a classe dominante impõe sua forma de morrer. A indústria funerária e as pompas fúnebres impõem valores que ninguém pensa em questionar; são as práxis da cultura ocidental capitalista.

Ghezzi (1995) destaca que a cultura ocidental privilegia o culto à juventude, a ênfase ao consumismo e o apego aos bens materiais. Sob esta perspectiva, a morte é vista como algo não desejado, uma vez que vem inviabilizar a perpetuação destes elementos. A doença na sociedade capitalista tem seu significado vinculado ao grau de consumismo gerado. Na medida em que o paciente se torna terminal e seu consumismo decresce, a sociedade passa a rechaça-lo, e a morte transforma-se num tabu.

Também não há igualdade, segundo Ziegler (1977) se considerarmos que a morte se adianta ou se atrasa segundo as condições sociais, econômicas e políticas do indivíduo. Operários e pessoas que vivem em condições insalubres têm menos tempo de vida, e em nosso país podemos lembrar os desnutridos. Ao mesmo tempo, busca-se inutilmente prolongar a vida de certos pacientes moribundos, envolvendo gastos altíssimos, garantindo um aumento de sobrevida para algo que não se sabe se é realmente vida. Um dos grandes pontos de definição da duração da vida relaciona-se ao dinheiro. “O hospital é

um microcosmo, onde se resumem com muita clareza os conflitos constitutivos da sociedade mercantil” (p. 43).

### **3.7. Morte: Um Desafio para o Médico e para o Estudante de Medicina**

A presença da morte é uma constante na vida profissional do médico, seja numa chegada lenta – no caso do convívio com pacientes terminais, ou súbita no caso de mortes acidentais. Mas poucos são os que lidam de forma tranqüila com esta realidade. A literatura (Figueiredo & Turato, 1995; Kovács, 1992; Meleiro, 1998; Mello Filho, 1992) aponta-nos que estes profissionais são formados para a manutenção e recuperação da vida e que a morte é encarada por eles como um fracasso. Leva-os a entrar em contato com conflitos internos, gerados pela noção da própria morte. Além disto desperta angústias<sup>3</sup> e sensação de impotência e fracasso.

Segundo alguns autores (Feifel et alii, 1967; Rocco, 1992; Zaidhaft, 1990) a questão da morte está implícita na própria escolha da profissão, visto que uma das motivações que levam o indivíduo a escolher ser médico corresponde à fantasia<sup>4</sup> mágica de deter a morte.

---

<sup>3</sup> Equivalente ao que Freud denomina como angústia automática “reação do sujeito sempre que se encontra numa situação traumática, isto é, submetido a um afluxo de excitações, de origem externa ou interna, que é incapaz de dominar” (Laplanche & Pontalis, 1992, p. 486).

<sup>4</sup> Definida pela psicanálise como “roteiro imaginário em que o sujeito está presente e que representa, de modo mais ou menos deformado pelos processos defensivos, a realização de um desejo e, em última análise, de um desejo inconsciente” (Laplanche & Pontalis, 1992, p. 169).

Por mais que racionalmente o médico saiba que morrerá, como todo mundo, há uma fantasia inconsciente de que poderá controlar a saúde e curar todos os males, de modo onipotente. A este ser idealizado Simon (1971) chamou de “ser tanatolítico”, e ao conjunto de ações mágicas que lhe são atribuídas, de “complexo tanatolítico”.

Oliveira (2000) em sua tese de doutorado assinala o quanto a missão do médico está relacionada com a cura e não com a possibilidade de morte.

Esta definição curativa da Medicina, apesar de antiga é bastante atual. O sofrimento e a morte continuam sendo tratados como inimigos irreconciliáveis desta profissão. Para alguns médicos o ideal da cura é prioritário, e a impossibilidade de alcançá-lo é muito frustrante, nos diz Goic *apud* Oliveira (2000).

O próprio nascimento da Medicina enquanto ciência se deu em meio a onipotência e onisciência dos feiticeiros, xamãs e curandeiros; que curavam as pessoas “tirando” a doença através do toque físico, atraindo-a para si, para posteriormente se livrarem dela com a ajuda dos deuses. O médico das sociedades tribais era o intermediário entre deuses e mortais, nos diz Hoirisch (1992). O autor salienta a necessidade dos médicos atuais resistirem a tentação de comportarem-se como deuses. Recorre a mitologia grega para retratar esta tendência. Asclépios (ou Esculápio), deus da medicina, foi além da arte de curar e começou a ressuscitar os mortos. Hades (ou Plutão),

vendo seu reino despovoado, queixou-se a Zeus (ou Júpiter), e o pai dos deuses, senhor absoluto do Olímpio, fulminou Asclépio com um raio.

“A identidade médica se deforma quando este profissional impede que o moribundo pereça com dignidade, prolongando uma vida impregnada de sofrimento e humilhação” (Hoirisch, 1992, p. 71).

“Não acho que devemos manter pessoas artificialmente vivas quando não são mais seres humanos ativos. Isto talvez signifique querer bancar Deus, mas penso que é dever de todo médico manter alguém vivo, em condições funcionais. Deus pode ter dado ao médico a sabedoria e o conhecimento para fazer isto” (Kubler-Ross, 1979, p. 83).

Vale ressaltar que atualmente, como nos apontam diversos autores (Botsaris, 2001; Ghezzi, 1995; Kovács, 1995; Kubler-Ross, 1979; Mannoni, 1995; Martins, 2001), não é incomum este tipo de atitude por parte da equipe médica. Além disto o avançado aparato tecnológico torna-se terreno fértil para tal. Fala-se numa crescente desumanização da medicina.

A medicina não deve ter apenas uma preocupação curativa, mas também a de tornar confortável um fim de vida penoso, destacam Ghezzi (1995), Kubler-Ross (1979) e Mannoni (1995).

É importante criar ao redor do doente uma “malha de presença humana” que possibilite a ele ser tratado com dignidade e poder falar da sua angústia diante da morte. Ampará-lo afetivamente, moralmente e fisicamente. O paciente merece uma morte natural e digna, como lembra Kubler-Ross (1979).

É possível que haja uma relação direta da resistência do meio hospitalar a morte com a impotência sentida pelo médico por não poder prolongar a vida do paciente.

Em uma experiência de um grupo de estudantes de Medicina que Zaidhaft (1992) acompanhou, a iminente morte de um paciente fez emergir nos acadêmicos a constatação de que nada poderiam fazer para mudar a realidade, o que despertou profunda dor. Em decorrência disto buscaram afastar-se deste fato, como forma de evitar a sensação de fracasso e impotência.

Diversos autores (Kastenbaum & Aisenberg, 1983; Kováks, 1992; Quintana, Cecim & Henn, 2002) apontam a negação<sup>5</sup>, a racionalização<sup>6</sup>, a formação reativa<sup>7</sup> e o isolamento<sup>8</sup> de emoções como

---

<sup>5</sup> Segundo a teoria psicanalítica negação é o “processo pelo qual o sujeito, embora formulando um de seus desejos, pensamentos ou sentimentos até então recalcado, continua a defender-se dele negando que lhe pertença” (Laplanche & Pontalis, 1992, p. 293)

<sup>6</sup> Definida como “processo pelo qual o sujeito procura apresentar uma explicação coerente do ponto de vista lógico, ou aceitável do ponto de vista moral, para uma atitude, uma ação, uma idéia, um sentimento, etc., cujos motivos verdadeiros não percebe...” (Laplanche & Pontalis, 1992, p. 423).

<sup>7</sup> “Atitude ou hábito psicológico de sentido oposto a um desejo recalcado e constituído em reação contra ele (o pudor opondo-se a tendências exibicionistas, por exemplo)” (Laplanche & Pontalis, 1992, p. 200).

<sup>8</sup> Isolamento caracteriza-se para a psicanálise como um “mecanismo de defesa... que consiste em isolar um pensamento ou um comportamento, de tal modo que as suas conexões com outros

os mecanismos de defesa<sup>9</sup> mais utilizados pelos profissionais da área da saúde para lidar com a circunstância da morte. Suas dificuldades para falar sobre este tema com os pacientes, familiares ou mesmo entre colegas, representam uma forma de fugir dos sentimentos desagradáveis gerados por ele. Falar sobre a morte é um gesto inconveniente, visto que pode ser considerado como uma forma de aceitar sua existência, referem Kastenbaum & Aisenberg (1983). O médico se defende de conhecer o seus sentimentos em relação a morte, entre os quais: impotência, a culpa e a raiva, refere Brim *apud* Kovács (1992).

Em estudo realizado por Vianna & Piccelli (1998) cujo objetivo era “determinar o perfil do estudante, do médico e do professor de medicina, em um hospital universitário, diante da morte e de pacientes terminais, e identificar possíveis mudanças de comportamento ao longo e após a formação médica” (p.21), se constatou, entre outras coisas, que:

Ao mesmo tempo em que a grande maioria manifestou interesse pelo assunto morte, relatou também dificuldade para tratar do tema, sendo que esta dificuldade foi maior entre os estudantes, mais ainda entre aqueles da fase pré-clínica do curso de medicina, quando comparados aos médicos e professores. ... Número considerável de médicos e professores permanecem com muita dificuldade de tratar do assunto, chegando mesmo a evita-lo. Em contraste com o interesse demonstrado, a maioria dos entrevistados não procura informações sobre o assunto e, quando o faz, relata dificuldade para encontra-las. Além disto, as informações encontradas são consideradas insatisfatórias, provavelmente em função das fontes consultadas, leigas em sua maioria. ... A participação em debates, conversas ou

---

pensamentos ou com o resto da existência do sujeito ficam rompidas” (Laplanche & Pontalis, 1992, p. 258).

<sup>9</sup> “Conjunto das manifestações de proteção do eu contra as agressões internas (de ordem pulsional) e externas, suscetíveis de constituir fontes de desprazer” (Roudinesco & Plon, 1998, p. 141)

seminários sobre a morte e paciente terminal foi relatada pela maioria, principalmente a partir da fase clínica do curso de medicina, quando se torna mais freqüente o contato com pacientes terminais. ... Número expressivo de alunos da fase pré-clínica e, para maior surpresa, de professores, nunca participou de debates ou seminários sobre a morte. A ausência de contato com pacientes terminais poderia justificar o desinteresse pelo assunto entre estudantes dessa fase do curso e professores de áreas básicas da medicina. Entre os alunos, conversas ou debates com amigos e familiares constituíram as formas mais freqüentes de abordar o tema morte, o que sugere a busca de um grupo de identificação, com vivências, atitudes e faixa etária similares. ...É de se notar que três quartos dos alunos da fase pré-clínica não discutiram o assunto com seus professores, possivelmente por falta de motivação ou de preparo dos docentes ligados às áreas básicas do curso. (p. 24-25)

Ao que tudo indica, o estudante de medicina não é desenvolvido para lidar com a morte de pacientes. O seu primeiro contato com ela se dá na disciplina de anatomia, onde aprende a dissecar cadáveres.

Para Sapir *apud* Zaidhaft (1977), nesse encontro com o cadáver, inicia-se nos alunos o processo de desenvolvimento de mecanismos de defesa indispensáveis para exercer a futura profissão. Inicialmente este contato é difícil, mas logo o cadáver torna-se objeto de satisfações libidinais<sup>10</sup> do estudante. Devido ao seu desamparo e passividade o cadáver permite aos alunos experimentar uma sensação de poder absoluto. Alguns autores (Mello, 1992; Zaidhaft, 1990) referem que esta relação inicial é o registro das relações futuras do médico-paciente, onde o doente ideal também é aquele passivo e desamparado.

---

<sup>10</sup> Referente a teoria da sexualidade, postulada por Freud em 1905, onde as satisfações libidinais estão relacionadas aos diferentes estádios pelos quais o indivíduo passa: oral, anal, fálico e genital (Abraham, 1970; Laplanche & Pontalis, 1992; Roudinesco & Plon, 1998).

Embora o primeiro contato com cadáveres provoque reações desconfortáveis, Zaidhaft (1990) afirma que a maior dificuldade do aluno não está aí, pois o cadáver de anatomia é um corpo desfigurado, enegrecido pelo formol, dividido em peças a serem dissecadas. Boemer & Valente (2000) lembram que a sala de anatomia é um local de aprendizado e intelectualização, onde os alunos transformam os cadáveres em objeto de estudo fragmentado em “peças”. Ocorre uma despersonalização, onde dificilmente o aluno identifica-se com o ser humano que foi aquele cadáver.

Já numa situação de necropsia, refere Zaidhaft (1990), o impacto despertado é mais intenso em decorrência do morto ser mais recente e ter mais aspectos de um ser vivo. Nesta circunstância o estudante pode fantasiar em relação a vida prévia do morto. As possibilidades de identificação são maiores e com isto gera mais angústia. Mas mesmo na necropsia o morto já se apresenta sem vida para o aluno, que está vivo. O que se percebe é que a maior dificuldade para o estudante está posta na situação limite, onde o paciente é o “futuro morto”. Isto porque o aluno se defronta assim com sua própria finitude. Embora o cadáver da necropsia, ou da aula de anatomia tenha esta mesma propriedade de morte, não está mais vivo quando o aluno entra em contato com ele. Parece encontrar-se aí a justificativa da dificuldade dos médicos em tratarem pacientes terminais.

“[o cadáver da necropsia]... não está mais vivo, o aluno não precisa interagir com ele, fazer sua evolução, responder suas perguntas, ser inquirido por seu olhar. Dizendo melhor, relaciona-se com o cadáver, sim, mas apenas em sua mente. Com o vivo, não, a relação é também no real” (Zaidhft, 1977, p. 129).

Não é exatamente o lidar com a morte a situação mais difícil, mas sim acompanhar o paciente vivo que irá morrer. Diante deste contexto, é possível entender o porquê do sentimento de culpa experimentado muitas vezes por médicos diante da morte de um paciente. O motivo da culpa não é apenas pela crença de que poderia ter salvado o paciente, mas por tê-lo morto em sua mente antes de sua morte real, e isto se dá talvez por temer que a manutenção da relação com o paciente lembre da sua própria finitude e morte.

Ainda conforme o autor anteriormente citado, há na formação médica uma ideologia que se difunde de “não se envolver”. Nesta ideologia estaria implícita a tentativa de não se envolver com o outro, mas também com o que podemos ler de nosso na experiência do outro. Sendo assim, o não se envolver com a morte do paciente é equivalente a não se envolver com a própria perspectiva de morte.

Durante o curso médico o aluno deve passar por várias provas relacionadas à morte que cumprem o objetivo de prepará-lo para então poder enfrentá-la de forma indiferente. O curso médico é uma fase de vacinação contra a morte. As vacinas seriam a dissecação de cadáveres

na anatomia, as necropsias na disciplina de Medicina Legal e Deontologia, o treinamento em mortos no CTI. Todas elas com o objetivo de o aluno, progressivamente se habituar à morte (Zaidhaft, 1990).

Zaidhaft (1990) fala ainda sobre a “dessubjetivação” de paciente e médico, referindo que a relação não se dá entre duas pessoas, mas sim entre medicina e doença. No entanto, o que se constata é que por mais que o médico tente se “dessubjetivar” a fim de se vacinar contra a morte, isto não é psicologicamente viável o tempo todo para uma pessoa e nem de modo absoluto. Kovács (1992) refere algo semelhante quando aponta que no treinamento do pessoal da área médica ocorre uma dessensibilização dos elementos que possam evocar a morte. As pessoas são transformadas em órgãos, ossos, sangue, numa reação contrafóbica<sup>11</sup>, representando uma atitude vitoriosa e de domínio. É enfatizada a objetividade científica, o controle sobre a doença, e o paciente vira um número. O medo da morte se torna questão intelectual.

---

<sup>11</sup> Atitude que expressa um mecanismo defensivo do tipo maníaco contra a fobia (Roudinesco & Plon, 1998).

### **3.8. O Preparo do Estudante de Medicina para Lidar com a Morte**

Falar sobre a morte torna-se relevante, lembra Rocco (1992). Como já vimos o aluno tem sentimentos complexos sobre a morte do doente: frustração, decepção, quebra da onipotência, acusação aos que poderiam tê-la evitado, pensamentos sobre sua própria morte, etc. E esses sentimentos são reconhecidos como uma das principais fontes de estresse para o aluno, de acordo com Neto el alli (1998).

Para Kubler-Ross (1979) os médicos deveriam ser desenvolvidos para lidarem com situações de morte de pacientes, sendo essencial atingir os estudantes de medicina cedo, já que ainda não passaram pelo processo de socialização, tornando mais fácil a obtenção de melhores resultados.

O processo de socialização “sobrepõe a aquisição de conhecimentos e habilidades técnicas inerentes à profissão” (Lampert, 2002, p. 11), ele se refere ao processo de identificação que o estudante faz com os valores, atitudes e padrões de comportamentos vigentes no meio médicos (Carapinheiro, 1993; Lampert, 2002).

Não há uma fórmula de como lidar com situações de morte. O importante é que as pessoas estejam preparadas emocionalmente para isto. É fundamental que os envolvidos (equipe médica, familiares, religiosos, equipe de enfermagem) possam contar com um espaço de

referência que ofereça a continência necessária para expressarem seus sentimentos de angústia, tristeza, raiva, etc.

“Será bom médico aquele estudante que sempre sentir a morte do enfermo como uma perda pessoal e não como o nada demais que alguns aprendem dos organicistas” (Rocco, 1992, p. 52).

Uma forma de trabalhar a equipe médica para lidar com as situações de mortes de pacientes seria oferecer seminários, grupos de trabalho ou sessões, em todos os hospitais, onde fossem discutidos os problemas de pacientes moribundos e onde as pessoas pudessem extravasar seus próprios anseios, frustrações e angústias (Kubler-Ross, 1979). A modificação da imagem de “médico ideal”, segundo a qual as emoções estão excluídas, facilitaria isto aos acadêmicos em formação, de acordo com Quintana, Cecim & Henn (2002).

Para Noto et alii (2001), as escolas médicas praticamente não interferem no equacionamento dos conflitos gerados pelo contato do estudante de medicina com a morte. Os mesmos autores acreditam que se houver falhas no processo de elaboração das situações angustiantes, pode ocorrer uma variedade de problemas que vão desde a inadaptação até a depressão e, às vezes, ao suicídio, passando evidentemente pela evasão.

Meleiro (1998) aponta para a necessidade do preparo do estudante de medicina diante das reais condições de seu futuro

trabalho, buscando não estimulá-lo a utilizar idealizações onipotentes para enfrentar situações de difícil controle durante sua vida profissional.

Carpina (1997) sugere a criação de um núcleo de assistência psicopedagógica onde estudantes pudessem encontrar apoio e orientação paralelos para suas atividades curriculares teórico-práticas, para o entendimento de suas atitudes e o despertar de seus sentimentos diante das circunstâncias de sua formação.

O que se percebe de acordo com diversos autores (Barrios, 1990, Boemer & Valente, 2000; Laks, Longhi & Neto, 2000; Quintana & Arpini, 2002; Rosa, 1999; Zaidhaft, 1990) é que embora necessário, o assunto morte não é abordado adequadamente nas escolas de Medicina refletindo num despreparo do estudante em lidar com a morte e com o paciente terminal. “Imaginar que no caso dos médicos existe um preparo prévio que os habilita a enfrentar a morte é não conhecer os currículos de ensino médico. Os médicos sempre se depararam com a morte, mas poucos foram os momentos de reflexão sobre sua atuação perante ela”, salienta Rosa (1999, p.57). Ou como refere Quintana & Arpini (2002):

... o seu mau preparo, pois existe um preparo, sim, ainda que não explícito. Nessa preparação, eles são treinados para utilizar mecanismos de negação, isolamento dos afetos e recalque, ainda que, como observamos esses mecanismos não lhe possibilitem obter um controle sobre as situações do seu cotidiano de trabalho (p.48).

Para Boemer & Valente (2000), “cabe ressaltar a necessidade da inserção de disciplinas que preparem esses estudantes para interagir com o homem em seu processo de vida e morte, para que possam lidar com questões de sofrimento, dor e perda” (p.105)

Seguindo a mesma linha de raciocínio, Vianna & Piccelli (1998) afirmam:

O problema existencial do homem diante da morte e do morrer não será resolvido facilmente, porém a educação formal a respeito do assunto nas escolas de medicina, desde o início do curso de graduação, bem como a permanente atenção dispensada ao tema por parte dos profissionais, poderia modificar o comportamento do estudante e do médico, tornando-os mais aptos a lidar com a morte e com o paciente terminal. (p. 26)

Cardoso (1989) oferece sugestões em relação ao preparo dos profissionais da saúde em formação onde se destacam: a mudança do paradigma tecnicista para o humanitário, inclusão de unidades sobre tanatologia nos currículos dos profissionais da área da saúde, oferta aos acadêmicos de experiências teórico-práticas sobre o tema morte.

Segundo diferentes autores (Mello Filho, 1992; Noto et alii, 2001; Rosa, 1999); algumas experiências no sentido de mudar esta realidade vêm sendo desenvolvidas no Brasil. As mais presentes dizem respeito à introdução de disciplinas de psicologia médica, abrangendo o tema da morte, no currículo médico; e a oferta de serviços de assistência psicológica ou psicopedagógica aos estudantes de medicina.

De acordo com dados apresentados por Millan (1999), a assistência psicológica ao aluno de Medicina remonta à década de cinquenta. Vários centros tentaram criar serviços com tal finalidade, mas poucos conseguiram dar continuidade ao seu trabalho por um período longo, apesar de haver consenso quanto à importância e necessidade dos serviços. A escassez de recursos materiais, a política institucional e a indefinição de um setting adequado parecem ser as causas mais comuns que levam à extinção de serviços.

Nesse sentido, não há uma uniformidade quanto aos objetivos, formas de abordagem e população alvo. Enquanto alguns serviços buscam prestar assistência, outros procuram assessorar, orientar, encaminhar o aluno a terceiros. Alguns atuam apenas individualmente, enquanto outros privilegiam grupos, palestras e conferências. A abordagem é, às vezes, psicopedagógica, e outras, apenas psicológica. A maior parte atende alunos de diferentes áreas e alguns dedicam-se exclusivamente ao estudante de medicina. Há ainda aqueles que estendem seus serviços aos funcionários e professores da universidade. A carência de bibliografia especializada neste meio faz com que haja uma grande avidez dos profissionais de diferentes instituições para trocar experiências e informações.

Em pesquisa realizada pelo autor anteriormente citado, 82 faculdades brasileiras de Medicina foram indagadas quanto à existência de serviços desta natureza, em 1995. Apenas 26

responderam (31,7%), sendo que destas apenas 22 (26,8%) referiram tal serviço. Porém, destes, três estavam temporariamente desativados.

É válido relatar o trabalho desenvolvido por duas universidades: a UERJ, que abriga o PAPE (Apoio Psicopedagógico ao Estudante de Medicina) e conta com a presença de Júlio de Mello Filho encabeçando o curso de Psicologia Médica; e a USP que abriga o GRAPAL – Grupo de Assistência Psicológica ao Aluno da Faculdade de Medicina.

Muniz e Chazan (1992), descrevem o curso de Psicologia Médica desenvolvido na FCM-UERJ quando contava com treze anos de existência. Na época ele acontecia durante os três primeiros anos do curso de graduação de Medicina. Nos dois primeiros tinha a duração de um semestre do ano letivo cada um e era ministrado em conjunto com o Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IMS-UERJ). Esta integração atendia o objetivo de refletir o esforço concreto para aprimorar a coerência do currículo médico, aproximando a visão macroscópica do social à dimensão psicológica do ser humano. Inaugurou-se assim um diálogo entre duas áreas de conhecimentos que, acredita-se se propõem dar ao aluno uma visão holística do homem. Em todo o curso, durante os três anos são desenvolvidas diversas técnicas grupais junto aos alunos, como por exemplo grupos de reflexão. Este tipo de atividade objetiva promover a reflexão das experiências emocionais ligadas à entrada do estudante

na Faculdade de Medicina, o curso de anatomia, o contato com o cadáver, a utilização deste, o contato com o paciente, etc.

Outra atividade utilizada no curso refere-se às entrevistas que são feitas com profissionais da área para estimular a visão crítica e a criatividade dos alunos, além de iniciar o treinamento que preparará o acadêmico para o futuro estudo das anamneses e da História da Pessoa no terceiro ano.

O ensino prático no terceiro ano tem sido o desafio maior encontrado. É o momento em que o estudante estabelece contato e compromisso com os pacientes internados nas enfermarias de Clínica Médica e quando, efetivamente procura um modelo para esta relação. Desenvolver uma abordagem e escuta não usual de seu paciente, ampliar o sentido de uma pesquisa semiótica e propiciar a formação de uma identidade profissional que esteja voltada ao atendimento das necessidades do paciente são as maiores inquietações.

As transformações, ou melhor, as possibilidades de mudanças nas atitudes dos estudantes estarão ligadas diretamente à intensidade das experiências emocionais vividas no decorrer de sua formação médica. É desenvolvendo a capacidade de elaborar seus conflitos, de refletir sobre suas angústias, que o estudante poderá posteriormente ouvir as angústias do paciente. (Muniz e Chazan, 1992, p. 40)

Além das disciplinas do curso de psicologia Médica a UERJ realiza a semana dos calouros, atendimentos no PAPE e trabalho com a família dos estudantes.

O GRAPAL (Grupo de Assistência Psicológica aos Alunos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo) é um serviço com o objetivo exclusivo de proporcionar assistência psicológica aos alunos. Está diretamente ligado à diretoria da FMUSP. Desde 1998 passou a atender também os médicos-residentes do hospital de Clínicas (Marcondes & Gonçalves, 1998).

O grupo de trabalho é constituído por psicólogos e psiquiatras. Eles buscam abordar o aluno como um todo. O intuito é auxiliá-lo em seu desenvolvimento, propiciando um espaço para que possa elaborar<sup>12</sup> as angústias e conflitos mobilizados pela formação médica e pelas experiências emocionais inerentes ao final da adolescência.

Os atendimentos abrangem as seguintes modalidades: entrevistas com primeiranistas, psicoterapia, assistência psiquiátrica, orientação familiar e assessoria aos docentes.

A entrevista com o primeiranista tem caráter preventivo, apresenta possibilidade diagnóstica e conta com o desafio do estabelecimento de uma comunicação adequada. Ela não possui um

---

<sup>12</sup> “Expressão utilizada por Freud para designar, em diversos contextos, o trabalho realizado pelo aparelho psíquico com o fim de dominar as excitações que chegam até ele e cuja acumulação corre o risco de ser patogênica. Este trabalho consiste em integrar as excitações no psiquismo e em estabelecer entre elas conexões associativas” (Laplanche & Pontalis, 1992, p. 143).

roteiro pré-definido. Objetiva apresentar o GRAPAL para o aluno, marcar “presença”, como refere De Marco (1999). Não presença física e geográfica, mas uma espécie de registro interno no acadêmico da disponibilidade de auxílio caso necessite ao longo de sua trajetória como acadêmico. Ou, em outras palavras, na instituição de um vínculo suficientemente forte para que o aluno busque ajuda quando necessário. O trabalho se dá pelo contato. Ressalta o autor que este contato poderá servir inclusive como parâmetro para o aluno, visto que o trabalho do médico também se estabelece pelo contato. A entrevista é propícia para o contato consigo mesmo, com o outro e com os recursos existentes, tanto os da faculdade como os do próprio aluno.

A psicoterapia oferecida pelo GRAPAL, segundo descrição de Millan, Rossi e De Marco (1999) é do tipo psicoterapia breve. Sua função terapêutica consiste em oferecer continência e compreensão para os aspectos emocionais do aluno. É realizada uma triagem inicial. De modo geral ela é indicada para acadêmicos que passam por um momento de crise e que contam com uma boa estrutura de personalidade.

Os grupos de reflexão oferecidos seguem os mesmos parâmetros e visam os mesmos objetivos dos já descritos acima na experiência da UERJ.

Para finalizar, uma referência do professor de psiquiatria que prefaciou o livro “O Universo Psicológico do Futuro Médico” (1999) que diz: “... se ele [o estudante de medicina] encontra um ambiente continente para suas angústias, poderá ao mesmo tempo se desenvolver emocionalmente e ter condições favoráveis para o andamento do aprendizado” (p. 11).

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1. Método**

A proposta de investigar como se dá, na percepção do estudante de medicina, o seu preparo durante o curso de graduação para lidar com a morte de pacientes insere-se melhor em uma abordagem qualitativa, visto que este tipo de abordagem permite compreender o fenômeno social sob a perspectiva do indivíduo, bem como aprofunda o entendimento da complexidade dos fenômenos, fatos e processos, podendo trabalhar com crenças, valores, atitudes e opiniões (Minayo, 2000; Triviños, 1987).

Neste tipo de metodologia, os processos referentes a educação podem ser entendidos na sua forma mais profunda, buscando significados do próprio indivíduo (Triviños, 1987).

### **4.2. Participantes**

Foram investigados quinze estudantes, do curso de Medicina da UFSM, de ambos os sexos, sendo cinco do primeiro, cinco do quinto e cinco do décimo primeiro semestre. A escolha destes semestres ocorreu devido ao destaque que receberam no discurso dos estudantes de medicina, em trabalho anterior realizado pela autora,

caracterizando-se como momentos do curso que mobilizam maiores ansiedades, inclusive com relação ao contato com a morte. O primeiro semestre é marcado pelo ingresso no curso e pelas aulas de anatomia, onde o estudante entra em contato com o cadáver. O quinto pelo contato com o paciente pela primeira vez e pela entrada no hospital, o que pode nos levar a crer que seja o momento em que o estudante está mais exposto a vivências de morte, de perda de pacientes. E o décimo primeiro pelo internato, momento em que o estudante aproxima-se do término do curso e vive intensamente a rotina do hospital e acompanhamento de pacientes, ficando ainda mais próximo de acontecimentos como óbitos de pacientes.

### **4.3. Instrumento de Pesquisa**

O instrumento de pesquisa utilizado foi entrevista semi-estruturada, gravada e posteriormente transcrita.

A entrevista foi realizada segundo um roteiro, composto por questões norteadoras (anexo A), que estimulou a conversação do participante com a mestranda, no sentido de oportunizar o surgimento das evidências buscadas. Segundo Triviños (1987), a entrevista semi-estruturada goza de privilégio porque ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação. O

informante, seguindo espontaneamente a linha do seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa.

#### **4.4. Procedimentos de Coleta de Dados**

a) Alunos do primeiro semestre:

A pesquisadora fez contato com a professora da disciplina de anatomia que explicou aos alunos a pesquisa e solicitou cinco voluntários que foram encaminhados a uma sala onde a pesquisadora aguardava para realizar a entrevista.

b) Alunos do quinto semestre:

A pesquisadora fez contato diretamente com os alunos, após uma de suas aulas convidando-os para participarem da pesquisa. Cinco voluntários se dispuseram, marcando local e horário para proceder a entrevista.

c) Alunos do décimo primeiro semestre:

A pesquisadora visitou o hospital escola, fazendo contato diretamente com os doutorandos para solicitar cinco voluntários, que se dispuseram a fazer as entrevistas no próprio local, em uma sala reservada.

Antes de iniciar a entrevista a pesquisadora explicou o objetivo da pesquisa e solicitou ao entrevistado a assinatura de um

termo de consentimento pós-informado assegurando a confidencialidade dos seus dados de identificação (anexo B).

#### **4.5. Procedimentos para a Análise de Dados**

Os dados colhidos foram analisados segundo o Método de Análise de Conteúdo conforme concepções de Bardin (1991).

A análise de conteúdo foi operacionalizada a partir da conversão dos dados registrados em sua forma bruta para um material compatível com a abordagem científica.

Após esta etapa desenvolveu-se um corpo de conhecimentos que possibilitou a interpretação do conteúdo manifesto por meio da descrição analítica.

O método de Análise de Conteúdo, segundo Bardin (1991) compreende três etapas:

- ❖ Pré-análise
- ❖ Exploração do material
- ❖ Tratamento dos resultados

Durante a pré-análise, as entrevistas transcritas foram organizadas, configurando o conjunto de documentos a serem

analisados. Após foi realizada uma primeira leitura do material, a fim de definir os indicadores (presença ou ausência de determinado tema nos textos das entrevistas), vistos a partir dos objetivos da pesquisa.

A exploração do material foi executada decompondo as falas dos entrevistados em unidades de registros, recortadas dos textos das entrevistas, tendo como referência as questões norteadoras.

Conforme Bardin (1991), as unidades de registros são frases ou parágrafos recortados, seguindo um critério de ordem semântica, sendo o tema definido a partir das questões norteadoras. Assim, pode ser feita a classificação progressiva e por analogia das unidades de registro, definindo sistemas de categorias.

Numa última etapa, os dados foram tratados a partir da interpretação dos resultados, buscando possíveis implicações com referência aos aspectos teóricos do fenômeno estudado. Os resultados encontrados possibilitaram que se chegasse a uma síntese dos dados, que foi organizada a partir do referencial teórico escolhido.

## 5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas realizadas com os estudantes dos primeiro, quinto e décimo primeiro semestres possibilitaram o delineamento das seguintes categorias:

<b>PRIMEIRO</b>	<b>QUINTO</b>	<b>DÉCIMO PRIMEIRO</b>
Aulas de anatomia: uma alusão distante à morte		
Aulas de anatomia: no discurso um contato tranqüilo e normal com o cadáver	Aulas de anatomia: no discurso um contato tranqüilo e normal com o cadáver	
	Aula de anatomia: uma ansiedade não correspondida	Aula de anatomia: uma ansiedade não correspondida
O cadáver como objeto de estudo	O cadáver como objeto de estudo	O cadáver como objeto de estudo
Susto e angústia diante do cadáver disfarçados pelos mecanismos de defesa		Susto e angústia diante do cadáver disfarçados pelos mecanismos de defesa

<b>PRIMEIRO</b>	<b>QUINTO</b>	<b>DÉCIMO PRIMEIRO</b>
	O marco do quinto semestre	O marco do quinto semestre
A angústia diante da morte associada ao atendimento ao paciente vivo	A angústia diante da morte associada ao atendimento ao paciente vivo	A angústia diante da morte associada ao atendimento ao paciente vivo
O medo de errar associado à morte do paciente	O medo de errar associado à morte do paciente	O medo de errar associado à morte do paciente
	O peso da responsabilidade de salvar vidas	O peso da responsabilidade de salvar vidas
	Os sentimentos dos acadêmicos diante da morte	Os sentimentos dos acadêmicos diante da morte
A preocupação com a família que fica: uma demonstração de sensibilidade		
A “dessubjetivação” da relação médico paciente: uma perspectiva presente		

<b>PRIMEIRO</b>	<b>QUINTO</b>	<b>DÉCIMO PRIMEIRO</b>
	A morte sentida a partir do vínculo com o paciente	A morte sentida a partir do vínculo com o paciente
	Conversar: um recurso para lidar com a angústia diante da morte	Conversar: um recurso para lidar com a angústia diante da morte
	Acompanhamento psiquiátrico no 5º semestre	Acompanhamento psiquiátrico no 5º semestre
NOPEM: uma possibilidade de recurso para lidar com as angústias		NOPEM: uma possibilidade de recurso para lidar com as angústias
		O exemplo do professor-médico
		Mudança de currículo: um aprimoramento na formação médica

Como se pode perceber, o surgimento de algumas categorias se repetem na análise do conteúdo das entrevistas de acadêmicos de semestres diferentes, e outras se limitam a um único semestre.

Além disto, ficará claro a partir da leitura das categorias que algumas delas se inter-relacionam de maneira bastante estreita.

### **5.1. Aulas de anatomia: uma alusão distante à morte**

Esta categoria emergiu somente na análise de conteúdo das entrevistas dos acadêmicos do primeiro semestre.

Faz referência a idéia de que o primeiro contato com o cadáver remete ao contato com a morte, confirmando o que Zaidhaft (1977) aponta na literatura. No entanto, remete a um contato com a morte vivido pelos estudantes como distante, indireto e principalmente intelectualizado. O acadêmico faz referência a ela, mas de forma teórica, como algo não vivenciado. A morte ali na sala de anatomia já está posta e estabelecida, ele não teve nenhuma vivência com relação a ela. É diferente de acompanhar um paciente em vida e presenciar o óbito do mesmo. A angústia gerada pelo contato com o cadáver não equivale a angústia gerada a partir do acompanhamento do paciente em vida com riscos de morrer, como teremos a oportunidade de ver na categoria que faz alusão a angústia diante da morte associada ao atendimento do paciente em vida.

Vale acrescentar que autores como Boemer & Valente (2000) caracterizam a sala de anatomia justamente como um local de aprendizado e intelectualização.

A incidência do conteúdo que caracteriza esta categoria é bastante freqüente nas falas dos entrevistados. Dos cinco, apenas um não fez referência ao assunto.

Abaixo uma fala que representa a categoria aqui em questão:

*“... o aluno de medicina eu acho que já está preparado, que vai mexer, vai lidar com cadáver, tipo assim, mais complicado é lidar com gente viva na cirurgia. O cadáver já é morto, né. Eles vão ser úteis para mim e já estão mortos, não vai mudar muita coisa. Eu respeito, acredito que foram vivos, que amaram, que viveram, sofreram, mas agora”. (Sujeito 05 – Primeiro semestre)*

## **5.2. Aulas de anatomia: no discurso um contato tranqüilo e normal com o cadáver**

Esta categoria emergiu da análise de conteúdo das entrevistas dos acadêmicos do primeiro e quinto semestres.

Estes sujeitos ao descreverem as experiências de contato com cadáveres (ou partes destes, denominadas como “peças”) nas aulas de anatomia relatam uma situação tida como normal e tranqüila, contrariando o que nos diz Zaidhaft (1990), que o primeiro contato com cadáveres provoca reações desconfortáveis. Nenhum dos entrevistados explicitou em suas falas qualquer referência de desconforto, dificuldade ou angústia ao manejar os cadáveres e/ou as “peças”. Pelo contrário, parecem fazer questão de afirmar o quanto é normal e tranqüilo para eles esta situação.

*“Eu achei que é uma coisa normal aquilo, que se precisa mesmo para aprender, acho que tem que ter contato mesmo com a peça... Eu achei tranqüilo, não sei os outros”.* (Sujeito 01 – Primeiro semestre)

*“A aula de anatomia para mim é bem tranqüila, nunca tive problema. Acho natural. Normal”.* (Sujeito 03 – Quinto semestre)

No entanto, encontra-se aqui uma situação paradoxal. Mesmo que explicitamente o contato com o cadáver nas aulas de anatomia seja considerado tranqüilo e normal, percebem-se indícios, nas falas dos mesmos entrevistados, que apontam para uma circunstância diferente, onde o acadêmico enfrenta angústia e susto diante do contato com o cadáver, embora o faça disfarçadamente, com o auxílio

de mecanismos de defesa tais como: negação, projeção e formação reativa.

De acordo com diferentes autores (Kastenbaum & Aisenberg, 1983; Kovács, 1992; Quintana, Cecim & Henn, 2002) estes são mecanismos de defesa comumente utilizados frente a angústia do contato com a morte. Esta questão terá oportunidade de ser mais bem analisada na ocasião que for apresentada a categoria referente a ela: susto e angústia diante do cadáver disfarçados pelos mecanismos de defesa.

No momento registra-se apenas o fato de que a tranquilidade e normalidade referidas pelos acadêmicos do primeiro e quinto semestres parecem limitar-se ao discurso numa tentativa de racionalizar e negar a angústia despertada pelo contato com o cadáver e conseqüentemente com a morte.

### **5.3. Aula de anatomia: uma ansiedade desfeita**

Esta categoria emergiu na análise de conteúdo das entrevistas dos sujeitos do quinto e décimo primeiro semestres. Faz referência a explicitação por parte destes acadêmicos de um sentimento de ansiedade e temor muito mais intensos no momento que antecede o contato com o cadáver, ou nas primeiras aulas de anatomia, do que no

transcorrer destas. A intensidade da ansiedade parece estar intimamente ligada as fantasias despertadas pelo iminente contato com o cadáver e com as primeiras vivências desta natureza. Ela, que nasce na expectativa do contato com o cadáver parece prolongar-se através das primeiras aulas de anatomia, desfazendo-se no transcorrer da vivência. Como pode-se ver, explicitamente o contato com o cadáver é percebido pelo acadêmico como algo tranqüilo e normal, conforme referido na categoria anterior. Resta saber o que se passa neste processo que leva o estudante a desfazer-se, pelo menos explicitamente, do sentimento de ansiedade diante do cadáver. Será que ele realmente se desfaz deste sentimento ou apenas o disfarça a partir de mecanismos de defesa cada vez mais estruturados para este fim?

Abaixo algumas afirmativas dos sujeitos pesquisados que retratam a categoria acima apresentada:

*“Porque no início, vir aqui em uma aula de anatomia... você está na maior ansiedade. Mas, na última aula estávamos todos abraçados, não tão nem ai, é bem assim depois você olha e diz: é só um corpo”. (Sujeito 02 – Quinto semestre)*

*“... todo mundo fica com medo na primeira aula de Anatomia, aí tu entra e vê como é... nada demais”. (Sujeito 03 – Décimo primeiro semestre)*

É possível que, o fato dos acadêmicos de medicina desenvolverem a capacidade de tomar o cadáver como um simples objeto de estudo, descaracterizado como humano, dificulte a identificação deles com o morto, aliviando assim a ansiedade deste contato, como pode-se ver na próxima categoria apresentada.

#### **5.4. O cadáver como objeto de estudo**

Esta categoria apresentou-se de maneira unânime entre os acadêmicos independente do semestre em que se encontram. Fez-se presente na análise de conteúdo das entrevistas dos estudantes do primeiro, quinto e décimo primeiro semestre. Isto leva a pensar que a visão do cadáver como objeto de estudo, descaracterizada do humano perpassa o curso de graduação desde seu início até a conclusão.

O cadáver tem o significado de um objeto de estudo e o estudante tem dificuldades de reconhecê-lo como um ser humano. É comum referir-se a ele como boneco de borracha, múmia, peça de estudo, peça científica, pedaços de computador, etc.

*“Tu já viu algum cadáver assim no laboratório de anatomia? Eles ficam completamente desfigurados, deformados, assim de outra cor. Não parecem seres humanos, parecem mais bonecos”.* (Sujeito 05 – Primeiro semestre)

*“Os cadáveres são tão antigos que eles parecem com bonecos de borracha, então você não tem aquela relação direta de você olhar e ver que é uma pessoa”.* (Sujeito 04 - Quinto semestre)

*“Aí no segundo semestre a gente entra em contato com os primeiros cadáveres que são múmias e aí tu olha para aquilo e não acredita que foi um ser humano já”.*(Sujeito 03 – Décimo primeiro semestre)

O fato de o cadáver ser apresentado ao estudante, num primeiro momento, dividido em “peças” e em estado deteriorado e desconfigurado, parece contribuir para a dificuldade de reconhecê-lo como humano, conforme refere Zaidhaft (1990). De acordo com Boemer & Valente (2000) esta transformação dos cadáveres em objeto de estudo fragmentado em “peças” resulta na despersonalização dele evitando assim a identificação do estudante com ele.

*“São coisas completamente diferentes, eu vejo como uma peça. Você não vê como um cadáver, como uma pessoa assim, você acaba vendo como uma peça, como um material de estudo. Você acaba vendo assim.,Mas ele é uma certa peça assim. Eu vejo como uma peça científica”.* (Sujeito 02 - Quinto semestre)

Kovács (1992) refere algo semelhante quando aponta que no treinamento do pessoal da área médica ocorre uma dessensibilização

dos elementos que possam evocar a morte. As pessoas são transformadas em órgãos, ossos, sangue. É enfatizada a objetividade científica.

*“O primeiro contato que nós tivemos foi com ossos. É mais “ligh” porque o osso parece até que é de brincadeira.. Não tem como tu fazer uma relação porque tá tão desgastado, tão destruído. Sabe? Era tudo assim “aqui era para ser um nervo”, “aqui era para ser uma artéria”, “aqui era para ser tal coisa”. Sabe? Então ri, e é feio, é em um estado ruim. Eu particularmente não consegui associar com um ser humano...” (Sujeito 03 – Décimo primeiro semestre)*

### **5.5. Susto e angústia diante do cadáver disfarçado pelos mecanismos de defesa**

Esta categoria apresentou-se na análise de conteúdo dos sujeitos do primeiro e décimo primeiro semestres.

Percebe-se através das entrevistas que este contato inicial com o cadáver nas aulas de anatomia despertam em alguns estudantes susto e angústia. No entanto eles parecem se defender desses sentimentos utilizando mecanismos de defesas, que como nos diz Sapir *apud* Zaidhaft (1977), serão indispensáveis para a futura profissão.

Como já assinalamos, de acordo com diferentes autores (Kastenbaum & Aisenberg, 1983; Kováks, 1992; Quintana, Cecim & Henn, 2002) a negação, a racionalização, a formação reativa e o isolamento de emoções são os mecanismos de defesa mais utilizados pelos profissionais da área da saúde para lidar com a circunstância da morte.

Abaixo pode-se perceber a presença de alguns dos mecanismos de defesa apontados:

*“Não achei tão assustador assim, o povo fala que a gente passa mal, não achei não”*. (Sujeito 01 – Primeiro semestre)

O advérbio de intensidade “tão” sugere que o sujeito achou assustador o contato com o cadáver, mas a presença do “não” sugere a negação deste sentimento, ou no mínimo a tentativa de amenizá-lo.

*“Teve uma amiga minha que passou mal, e eu disse: mas isso aí eu não vou fazer né, isso aí eu não vou fazer. A gente ouve histórias...Um professor contou, não aqui, em outra universidade, que um dia estavam mexendo e uma aluna de medicina, ele sentia que a aluna nunca queria mexer, nunca se aproximava do cadáver. Então ele pegou, tava mexendo e jogou um rim para ela. Foi de surpresa, ela pegou, largou, deu um grito e desistiu da faculdade”*. (Sujeito 05 - Primeiro semestre)

Percebe-se através das expressões “uma amiga que passou mal”, “a aluna nunca queria mexer” o uso do mecanismo de projeção visto que o mal-estar pela aproximação com o cadáver fica colocado no outro. Além disto a expressão “mas isso aí eu não vou fazer né, isso aí eu não vou fazer” declara o uso do mecanismo de defesa de racionalização.

*“Até na vez que eu visitei a sala de anatomia tinha gente que não queria entrar. Então tem isso...eu nunca tive”.* (Sujeito 02 - Primeiro semestre)

As histórias relatadas retratam a reação de susto e de angústia dos estudantes diante do contato com o cadáver, mas percebe-se que os estudantes que relatam reforçam que eles não vão fazer, ou não fizeram, o mesmo. Isto sugere que ao mesmo tempo em que dão a notícia de que este contato gera angústia, esta angústia fica projetada nos colegas e negada em suas vivências.

*“... todo mundo ao menos gostou. Eu até mexi com meus colegas, agora ta todo mundo feliz, já viram os cadáveres. E uma coisa que o professor salienta que tipo brincadeira no inicio da aula do crânio, sempre tem um que olha para o crânio e começa:ser ou não ser...e o professor diz que é errado, que tem que ter respeito. Até foto a gente foi tirar com o cadáver, não com o cadáver, com o esqueleto que tem, e daí o professor disse que não, que estava*

*faltando respeito, não sabia na época se o cara era gremista ou colorado, se ele era gaúcho e que é uma falta de respeito com ele. Até o professor disse; já cedeu o corpo para vocês estudarem e vocês estão brincando”.* (Sujeito 04 - Primeiro semestre)

*“Eu sou palhaço, eu brincava com os cadáveres, eu fazia guerrinha... Pegava o fêmur lá, eu e meu parceiro maluco e fazia de revolver”.*(Sujeito 01 – Décimo primeiro semestre)

As brincadeiras diante do cadáver ou esqueleto que lembram circunstâncias de morte parecem disfarçar os verdadeiros sentimentos que estão presentes: a angústia e o medo, confirmando assim o uso de mecanismo defensivo de formação reativa e negação. O estudante mostra uma reação oposta ao que verdadeiramente sente, e/ou nega o verdadeiro sentimento.

## **5.6. O marco do quinto semestre**

As falas dos entrevistados do quinto e décimo primeiro semestres ressaltam o quinto semestre como um marco importante na formação acadêmica, pois corresponde ao momento de entrada no hospital e conseqüentemente ao momento em que o estudante se depara com o paciente e suas circunstâncias pela primeira vez.

O conteúdo das entrevistas dos sujeitos pesquisados refere uma mudança drástica de realidade para o acadêmico neste semestre. Alguns chegam a relatá-la como um verdadeiro choque, pois até então, o estudante freqüentava apenas aulas teóricas e a partir deste momento ingressa na rotina do hospital e entra em contato com o paciente.

Para o acadêmico, este ingresso no hospital e o contato com o paciente representam o verdadeiro início do curso de medicina. Além disto, amplia as possibilidades de aprendizagem, mas também leva os acadêmicos a experienciar sentimentos e situações estressantes e complexas. Ao entrarem em contato com a realidade do hospital e do paciente, entram em contato com o sofrimento, com a doença, com a possibilidade de morte, com as limitações financeiras e de recursos sociais. Rompe-se a dicotomia entre teoria e prática, mantida até então. Surge a possibilidade de integração entre ambas, ampliando o espectro da aprendizagem. Rompe-se, também, a dicotomia entre fantasia e realidade, e o deparar –se com a realidade da profissão parece representar tarefa difícil e estressante a ser desempenhada pelo acadêmico neste momento. Alguns chegam a referir confusão.

A intensidade com que este conteúdo surge nas entrevistas e a grande incidência é marcante, possível de observar nos fragmentos:

*“A medicina mesmo ela começa no 5º semestre. Daí, você tem aquele choque”.* (Sujeito 03 – Quinto semestre)

*“Quando a gente entra no hospital no 5º semestre, aí a gente vê que tá fazendo Medicina”.* (Sujeito 04 – Décimo primeiro semestre)

*“Depois que a gente passa para o 5º semestre, aí você tem aquele choque. As pessoas te cobram, que você já saiba certas coisas, que você saiba lidar com paciente, que você tenha uma postura que na verdade você nunca foi orientada a ter. Por que não tem ligação nenhuma do básico com a clínica. Então você tem que aprender sozinho. Eu acho que é um choque bem grande”.* (Sujeito 03 – Quinto semestre)

*“... o mais complicado pra mim até hoje tá sendo o quinto semestre, porque, tu começa a sentir a pressão assim dos pacientes. Tu começa a ver assim que tu é necessário assim, como é que eu vou explicar bem realmente o que eu senti? Tu, tu (pausa) é quando tu começa a sentir a doença assim. Tu começa a sentir o sofrimento das pessoas. Isso aí pra mim até agora foi o mais complicado”.* (Sujeito 01 – Décimo primeiro semestre)

### **5.7. A angústia diante da morte associada ao atendimento do paciente vivo**

Partindo da análise do conteúdo das entrevistas dos acadêmicos do primeiro, quinto e décimo primeiro semestres, percebe-se que para todos eles, independente do semestre em que se encontram, a angústia maior diante da morte vem associada à experiência de acompanhamento e contato com o paciente em vida, e não com o cadáver.

O contato com o cadáver representa apenas uma alusão distante, indireta e intelectualizada da morte, como vimos na primeira categoria apresentada. A circunstância de angústia da morte gerada a partir do contato com o paciente em vida se relaciona com o diz Zaidhaft (1977), de que a maior dificuldade para o estudante está posta na situação limite, onde o paciente é o “futuro morto”. Isto porque o aluno se defronta com sua própria finitude através da identificação que faz com o paciente.

Vale lembrar que o ser humano de maneira geral busca fugir de entrar em contato com a perspectiva de sua finitude. Embora para diferentes autores (Kovács, 1992; Kubler-Ross, 1979; Zaidhaft, 1990) seja justamente este contato que estimule o homem a desafiar a morte, buscando dribrá-la e viver com maior intensidade. Se você não

consegue perceber que o tempo é finito também não consegue valorizá-lo como deveria.

O vínculo que se estabelece entre estudante de medicina e paciente parece contribuir também para o fato da angústia diante da morte ser mais intensa associada ao atendimento do paciente em vida do que ao contato com o cadáver, como será visto mais adiante em outra categoria. Embora o cadáver da necropsia, ou da aula de anatomia apresente a propriedade de morte, não está mais vivo quando o aluno entra em contato com ele.

*“... o aluno não precisa interagir com ele, fazer sua evolução, responder suas perguntas, ser inquirido por seu olhar. Dizendo melhor, relaciona-se com o cadáver, sim, mas apenas em sua mente. Com o vivo, não, a relação é também no real” (Zaidhaft, 1977, p. 129).*

A seguir pode-se perceber o conteúdo desta categoria representado nas falas dos entrevistados.

*“... mais complicado é lidar com gente viva na cirurgia, o cadáver já ta morto, né... porque ali no cadáver tu podes mexer, tu podes cortar, se tu cortar um vaso ou nervo, tu cortou a pessoa já morta. Agora, se tu cortar numa cirurgia um vaso ou um nervo tu vais*

*prejudicar a pessoa para o resto da vida, ou pode até morrer. Não sei, eu tenho medo de errar e prejudicar alguém né, algum paciente, e ali não tem esse perigo. Ali tu podes errar o que tu quiseres”. (Sujeito 05 – Primeiro semestre)*

*“Completamente por que você vai, mexe em uma pessoa que tem vida, é diferente do cadáver. Então aquilo ali é só científico, mas com a pessoa você vai conversar, vai saber os problemas dela, vai ajuda, tocar nesta pessoa. Ela vai sentir dor, vai me dizer o que está doendo. Então é completamente diferente o contato humano, mas acho que a gente tinha que ter mais contato um ano antes de entrar no hospital”.(Sujeito 02 – Quinto semestre)*

*“... é diferente tu ver os cadáveres na Anatomia e tu vê um mais fresquinho na verdade. Tu vê o estágio da passagem da vida para a morte, essa é que é a diferença. A Anatomia tu já, é só a morte ali, não tem a vida”. (Sujeito 02 – Décimo primeiro semestre)*

## **5.8. O medo de errar associado à morte do paciente**

Percebe-se através da análise do conteúdo das entrevistas dos sujeitos do primeiro, quinto e décimo primeiro semestres a presença do medo de errar, do medo de cometer algo que resulte na morte de um paciente quando na ocasião de seus primeiros contatos.

A literatura (Figueiredo & Turato, 1995; Kovács, 1992; Meleiro, 1998; Mello Filho, 1992) aponta que estes profissionais são formados para a manutenção e recuperação da vida e que a morte é encarada por eles como um fracasso. Leva-os a entrar em contato com conflitos internos, gerados pela noção da própria morte. Além disto desperta angústias e sensação de impotência e fracasso.

É interessante observar que independente do momento em que se encontram no curso de graduação os estudantes carregam consigo este medo de errar. Embora os acadêmicos do primeiro semestre estejam no início do curso e ainda nem tenham tido experiências de atendimento a pacientes, a expectativa deste primeiro contato e o medo de “falhar” já se apresentam claramente em seus discursos como fonte de angústia.

*“Agora, se tu cortar numa cirurgia um vaso ou um nervo tu vais prejudicar a pessoa para o resto da vida, ou pode até morrer. Não sei, eu tenho medo de errar e prejudicar alguém né, algum paciente, e ali (na aula de anatomia) não tem esse perigo. Ali tu podes errar o que tu quiseres”.* (Sujeito 05 – Primeiro semestre)

O mesmo acontece com os acadêmicos do quinto semestre, que já vivenciam atendimento a pacientes embora de forma insipiente:

*“É muito diferente lidar com o paciente vivo...Ali qualquer erro pode ser fatal”.* (Sujeito 05 – Quinto semestre)

Os estudantes do décimo primeiro semestre apesar de terem maior experiência no atendimento a pacientes, apresentam igualmente o medo de errar associado a morte do paciente:

*“Ah, tem medo assim de deixar passar uma coisa importante, complicar o estado de saúde dele, claro que se tem recurso né pra postergar e mais tarde ele melhorar, mas...mas tu não quer né...quanto mais cedo tu der alta e melhor sair daqui acho que é melhor pra ti e pra ele. Tu que tá cuidando dele. Tenho medo de falhar um pouco neste aspecto e deixar passar coisa”.* (Sujeito 01 – Décimo primeiro semestre)

### **5.9. A responsabilidade de salvar vidas**

Tanto nas entrevistas dos estudantes do quinto quanto do décimo primeiro semestres detecta-se a presença de um sentimento de responsabilidade pela vida do paciente, uma vez que este se entrega aos seus cuidados de médico ou no caso, de acadêmico.

Tal sentimento parece gerar no estudante uma carga emocional bastante intensa, uma verdadeira pressão emocional e uma preocupação em preparar-se o melhor possível para corresponder da melhor forma às circunstâncias que o esperam. Percebe-se uma exigência muito grande por parte do acadêmico em acertar sempre.

Este contexto remete à cultura vigente na atual sociedade de que a missão do médico está relacionada com a cura e não com a possibilidade de morte, como diz Oliveira (2000). A ênfase desta profissão recai sobre a cura e não sobre a possibilidade de oferecer ao paciente um final de vida confortável e sem muito sofrimento, como destacam diferentes autores (Ghezzi, 1995, Kubler-Ross, 1979 e Mannoni, 1995).

Torna-se compreensível nestas circunstâncias que a morte de um paciente seja vivida pelo acadêmico como um fracasso, como será visto adiante, despertando sentimentos de culpa e frustração, e sensações de incompetência e dúvidas a respeito de ter feito todo o possível para evitá-la.

A exigência de acertar sempre é permeada pela onipotência, uma vez que o acertar é utilizado como sinônimo de salvar a vida do paciente, sendo que em determinadas circunstâncias isto não depende em nada da conduta do médico.

É ilustrativa a experiência relatada por Zaidhaft (1992) onde um grupo de estudantes de medicina ao acompanhar a iminente morte de um paciente, depara-se com a constatação de que nada poderiam fazer para mudar a realidade, vivenciando assim profunda dor e em decorrência afastando-se do fato, na busca de evitar a sensação de fracasso e impotência.

A seguir algumas falas que ilustram esta categoria:

*“Por que você está lidando com vida e se você erra você vai perder uma vida. Então é muito grave. Envolve uma família, envolve a gente, a vida humana”.* (Sujeito 02 – Quinto semestre)

*“... quando tu estás chegando no fim do curso tu começa a ver que tu tem que estudar aquilo não para saber ou para acertar questões, mas porque aquilo que tu vai fazer vai lidar com gente, vai salvar vidas”.* (Sujeito 03 – Décimo primeiro semestre)

*“É, eu me cobro muito assim, porque a gente está lidando com vida afinal. Então a gente estuda bastante, tento sempre ficar sabendo os casos dos pacientes que eu estou acompanhando porque no final estão nas nossas mãos, né”.* (Sujeito 02 – Décimo primeiro semestre)

### **5.10. Os sentimentos dos acadêmicos diante da morte de pacientes**

Vários são os sentimentos despertados nos acadêmicos de medicina diante da morte de um paciente. Tanto os acadêmicos do quinto quanto do décimo primeiro semestres referem sentimentos relacionados a este fato. Já os estudantes do primeiro semestre, possivelmente por não terem vivenciado ainda o óbito de um paciente, não referiram sentimentos com relação a isto.

Dentre os sentimentos que surgem diante da morte de pacientes nos acadêmicos pode-se destacar o choque, o horror e o susto. É o que fica explícito nas seguintes falas:

*“E aí, a partir do momento que você perde o primeiro paciente você leva aquele choque”.*(Sujeito 03 – Quinto semestre)

*“A primeira vez foi horrível. A primeira vez tu fica chocada, porque tu nunca viu na verdade, que é diferente tu ver os cadáveres na Anatomia e tu vê um mais fresquinho na verdade”.* (Sujeito 02 – Décimo primeiro semestre)

*“Acho que o fato da gente lidar muito perto da morte cedo também é uma coisa que assusta um pouco”.*(Sujeito 03 – Quinto semestre)

Outros sentimentos presentes no contato do estudante com a morte de pacientes são: a frustração de não poder detê-la, o sentimento de impotência frente aos acontecimentos e a sensação de fracasso decorrente da circunstância.

Abaixo algumas falas que ilustram o sentimento de impotência:

*“As vezes assim vendo que a pessoa vai morrer e não tem o que fazer . Aceitar assim que a pessoa...que não tem solução, num primeiro momento é difícil , mas”...(Sujeito 01 – Quinto semestre)*

*“Porque você entra lá achando que você pode tudo... que eu vou ser medico, que eu sei tudo, eu curo e ai você vê que você é limitado que não adianta que por mais que você faça se for a hora dele, ele vai ir, ai as vezes você se sente até um pouco inútil por que é preparado para aquilo, mas você sabe que não vai poder evitar sempre”. (Sujeito 03 Quinto semestre)*

*“[Diante da morte da paciente senti]... um pouco de impotência e um pouco de”.. (Sujeito 01 – Décimo primeiro semestre)*

Apresenta-se agora falas ilustrativas do sentimento de frustração:

*“Você faz tudo que pode e o paciente não responde (...) Só que isto te deixa meio frustrado, até um pouco porque durante a faculdade você vai estudando, você vai aprendendo pra você salvar a vida das pessoas. E aí, a partir do momento que você perde o 1º paciente você leva aquele choque. Você vê que não é nada, que as vezes você pode fazer tudo que você sabe que mesmo assim não vai adiantar nada. Isto deixa gente um pouco frustrado” .(Sujeito 03 - Quinto semestre)*

*“É a coisa mais frustrante quando tu te sente de mãos amarradas... teu paciente vai morrer e tu não tem o que fazer”.*  
(Sujeito 03 – Décimo primeiro semestre)

Outro sentimento que surgiu foi o de fracasso, ou de ter falhado:

*“E aí eu sei que foi ruim, porque parece que a tua primeira ressuscitação não deu certo.”* (Sujeito 04 – Décimo primeiro semestre)

*“Pô, tô fazendo um curso assim que...que não tem esta noção assim né? Que o curso falha assim, que a ciência falha assim né”.*  
(Sujeito 01 – Quinto semestre)

*“... é muito ruim tu falhar assim e até a pessoa está esperando tudo ali e”...*(Sujeito 05 – Décimo primeiro semestre)

*“Você se diz: será que eu fiz o suficiente? Será que eu sou capaz...”* (Sujeito 02 – Quinto semestre)

Além disto, surge nas falas dos sujeitos o sentimento de culpa pela morte do paciente, aliado ao de tristeza e agonia, conforme as afirmações abaixo:

*“É, o medo maior é perder um paciente. E depois é tu ser o culpado indiretamente. É os dois juntos”. (Sujeito 01 – Décimo primeiro semestre)*

*“Uma criança nasceu com 680 grama um dia em que eu estava de plantão e daí durou horas e daí eu fiquei super triste”. (Sujeito 05 - Décimo primeiro semestre)*

*“... quando o paciente pediátrico morre assim tu fica meio agoniado”. (Sujeito 02 - Décimo primeiro semestre)*

O tipo de sentimentos apresentados - susto, choque, horror, frustração, impotência, fracasso, tristeza, agonia e culpa – coincidem com os mencionados na fundamentação teórica (Kovács, 1992, Zaidhaf, 1990).

É possível que a vivência de tais sentimentos esteja relacionada ao fato da formação dos futuros médicos estar voltada, eminentemente, para a manutenção e recuperação da vida, fazendo com que a morte seja encarada como um fracasso, conforme apontam alguns autores (Figueiredo & Turato, 1995; Kovács, 1992; Meleiro, 1998; Mello Filho, 1992); e, também, à fantasia mágica de deter a morte e curar todos os males de forma onipotente, como se fosse um ser idealizado, que Simon (1971) denomina como “ser tanatolítico”.

É necessária a modificação da imagem de “médico ideal”, segundo a qual as emoções estão excluídas, como dizem Quintana, Cecim & Henn (2002).

### **5.11. A preocupação com a família que fica: uma demonstração de sensibilidade**

Há, de acordo com a análise do conteúdo das entrevistas dos estudantes do primeiro semestre, uma preocupação com a família do paciente numa possível situação de morte deste. As falas dos entrevistados denotam a sensibilidade em relação ao ser humano, sendo que comunicar a perda torna-se tarefa difícil. Muitos dos entrevistados fizeram referência a como imaginam que a família iria sentir-se numa situação desta, denotando a capacidade de empatia.

Chama a atenção que tal categoria tenha surgido apenas no material dos estudantes do primeiro semestre. Talvez esta incidência esteja relacionada com o desenvolvimento de mecanismos de defesa cada vez mais intensos pelos acadêmicos dos semestres mais adiantados, que os levariam a distanciarem-se excessivamente, a embotarem seus sentimentos, não apenas com relação ao paciente, mas também a família deste.

Veja-se um exemplo:

*“... perder uma pessoa deve ser bem difícil para a família né”.*

(Sujeito 02 – Primeiro semestre)

### **5.12. A “dessubjetivação” da relação médico paciente: uma perspectiva presente no primeiro semestre**

Esta categoria surgiu da análise de conteúdo das entrevistas dos acadêmicos do primeiro semestre.

Pode-se perceber que, paradoxalmente, apesar dos estudantes demonstrarem sensibilidade com o sofrimento e a dor do ser humano neste início do curso, há uma perspectiva já presente que aponta para a “dessubjetivação” da relação entre médico e paciente, que tende a crescer com o decorrer do tempo. O termo “dessubjetivação” usado por Zaidhaft (1990) se refere ao fato de que esta relação passaria a se dar entre medicina e doença e não mais entre duas pessoas, sendo este um recurso para lidar com a angústia despertada pela morte.

Kovács (1992) também refere, como já foi visto antes, que no treinamento do pessoal da área médica ocorre uma dessensibilização dos elementos que possam evocar a morte, sendo que as pessoas são transformadas em órgãos, ossos, sangue. É enfatizada a objetividade científica, o controle sobre a doença, e o paciente vira um número. O medo da morte se torna questão intelectual.

Para Quintana & Arpini (2002) isto configura o mau preparo do futuro médico para lidar com a angústia da morte. Abaixo dois exemplos que ilustram esta categoria:

*“É que a gente tá bem no início, tá longe de ter contato com paciente, é mais pessoa. Não diria paciente, é mais pessoa...”.*  
(Sujeito 04 – Primeiro semestre)

Na fala do sujeito acima se percebe que pessoa e paciente são tomadas como instâncias diferentes, como se paciente não fosse pessoa.

*“... vamos supor uma cirurgia de estômago. Eles tapam o corpo inteiro, tu não vê nada do paciente, só vê um burquinho onde tu vais abrir, então acaba parecendo que aquilo lá é uma máquina que está estragada e que tu vais consertar. É essa idéia que passa assim, que é uma máquina estragada que tu vais consertar”.*(Sujeito 05 – Primeiro semestre)

Nesta última fala identifica-se com clareza o paradigma tecnicista da medicina atual apontado por Cardoso (1989).

### **5.13. Médico frio versus médico demasiadamente sensibilizado: a busca do equilíbrio no envolvimento com o paciente**

Percebe-se no material dos acadêmicos, independente do semestre em que se encontram, a idéia de que com o passar do tempo, ao longo do curso de graduação a sensibilidade para com a dor e o sofrimento dos pacientes sofrerá alterações. Sua intensidade tornar-se-á mais amena.

Tal alteração para os acadêmicos do primeiro semestre é apenas uma perspectiva, para os do quinto já é uma realidade insipiente e para os do décimo primeiro uma realidade mais presente.

Este distanciamento do sofrimento e da dor apresentados pelos pacientes é visto pelos estudantes como necessário para o exercício da profissão com competência, pois tanto o envolvimento excessivo quanto a falta de envolvimento são percebidos como ameaças para o êxito do tratamento.

Paralelamente, no entanto, eles apresentam uma forte preocupação em não se tornarem médicos frios e demasiadamente distantes do paciente. Preocupam-se com a “dessubjetivação” da relação, referida na categoria anterior. Estas preocupações parecem ter sua nascente na mudança de paradigma pela qual está passando a

medicina, de um paradigma tecnicista ainda fortemente vigente na medicina atual (Cardoso, 1989) para um mais humanista.

Além disto, a preocupação com o quanto se envolver com o paciente, confirma a difusão de uma ideologia existente na formação médica, a ideologia do “não se envolver”, conforme aponta Zaidhaft (1990). Para ele, nesta ideologia estaria implícita a tentativa de não se envolver com o outro, mas também com o que se pode ler de nosso na experiência do outro. Sendo assim, o não se envolver com a morte do paciente é equivalente a não se envolver com a própria perspectiva de morte.

A seguir alguns exemplos do que foi referido aqui:

*“É, o pessoal diz que a gente entra na clinica, no 5º semestre, só querendo levar os pacientes para casa, porque você se envolve, você procura ajudar, faz até às vezes mais do que deveria, do que poderia para ajudar. E o pessoal que vai passando, que está se formando, eles dizem que com o tempo você vai mantendo uma distância maior, até para te proteger um pouco, porque aquilo abala tanto a gente que você não consegue lidar com isso. Muitos professores dizem que você tem que se envolver com o paciente à ponto de você conseguir tratar ele com humanidade, mas não tão intensamente ao ponto de atrapalhar a tua atividade. Então é difícil para quem nunca teve isso. Você achar um meio termo, você se*

*envolver ao ponto do paciente confiar em você, conseguir entender o que ele está passando, mas ao mesmo tempo aquilo não pode atrapalhar a tua atividade. Então é claro que com o passar do tempo a gente vai aprendendo, mas se você não tiver sempre aquela preocupação de que eu tenho que entender ele, você acaba ficando só na parte de não atrapalhar a minha atividade e fica aquela coisa robótica. Você vai lá, escuta. Tá doente, dá um remédio e pronto. Você não sabe o que ele está passando, não sabe se ele vai ter condições de comprar aquele remédio, se ele tem apoio em casa. Isto tudo influencia no tratamento. E eu acho que se você não se envolve com o paciente ao ponto de perceber isto aí não tem como dar certo”.*  
(Sujeito 03 - Quinto semestre)

*“... então é uma adaptação que tu tens que fazer porque tu tens que achar um meio termo entre tu te envolver e tu não te envolver porque tu tens que ter uma certa sensibilidade e compaixão pelo teu paciente, mas não a ponto de deixar isso te atrapalhar e tu sofrer porque tu vai atender paciente, os pacientes vão morrer...”* (Sujeito 03 – Décimo primeiro semestre)

#### **5.14. A morte sentida a partir do vínculo com o paciente**

As falas dos sujeitos do quinto e décimo primeiro semestres sugerem que a morte de um paciente é sentida pelo estudante de forma proporcional ao envolvimento e vínculo formado entre este e o doente.

Quanto maior for o envolvimento e vínculo maior será o sofrimento diante daquela perda. Quanto menor for o vínculo entre estudante e paciente, menos sofrimento se fará presente.

Embora a possibilidade de estabelecer vínculo e envolvimento não esteja necessariamente relacionado com a frequência ou periodicidade com que se atende um determinado paciente, de maneira geral a morte de um paciente que se vê uma única vez com certeza terá menor impacto emocional no acadêmico do que a morte daquele paciente que ele está acompanhando há mais tempo, visitando constantemente e monitorando a evolução.

As circunstâncias levam a pensar que quanto maior o vínculo maior a condição de identificação do acadêmico com o futuro morto e daí resulta o maior sofrimento. Ao envolver-se com a morte do outro que está próximo afetivamente o estudante acaba envolvendo-se com o que há de seu nesta morte.

Como pode-se ver na categoria anterior, encontrar o meio termo no envolvimento afetivo com o paciente torna-se vital para o acadêmico. É necessário envolver-se a ponto de não desumanizar o tratamento, mas evitar o envolvimento excessivo representa recurso importante para fazer frente ao sofrimento perante a morte.

*“Acho que depende da tua relação com o paciente. Se te dá melhor com ele ou não. Vai da diferença da tua relação e até da onde*

*que tu está. Por exemplo um paciente vai a óbito no teatro, tu não sabe nada da vida do paciente, não sabe nada, tu vai lá, tem que ajudar. Se foi a óbito tu não sabe muito dele, da história dele, agora se é alguma coisa que tu está acompanhado, que está internado faz dias, tu acaba criando um vínculo com este paciente e quando vai a óbito a gente sente mais”. (Sujeito 02 – Quinto semestre)*

### **5.15. Acompanhamento psiquiátrico no 5º semestre**

O acompanhamento psiquiátrico em grupo recebido no quinto semestre do curso surge como categoria na análise de conteúdo das entrevistas tanto dos acadêmicos do próprio quinto semestre quanto das do décimo primeiro.

Suas falas sugerem que este acompanhamento ficou registrado como um recurso importante oferecido para abordarem os sentimentos despertados por situações difíceis inerentes a sua formação, inclusive aquelas geradas pela morte.

Os dados apresentados por eles, no entanto apontam para uma falta de clareza com relação a oferta e funcionamento deste recurso, tal como frequência e periodicidade dos encontros e a ser uma oferta curricular ou não. Alguns entrevistados referem a experiência como iniciativa isolada de determinados professores, outros a referem como

atividade curricular. Da mesma forma, alguns referem que era uma atividade semanal e outros quinzenal. A única afirmação que surge quase de forma unânime é a importância deste acompanhamento como instrumento para elaborar as angústias dos estudantes inerentes a sua formação, principalmente no quinto semestre, que como já vimos parece ter um significado especial, por ser o momento de entrar em contato com o paciente e com a rotina do hospital.

Para os estudantes do décimo primeiro semestre este acompanhamento em grupo parece ter ficado marcado emocionalmente de maneira intensa, pois todos os cinco entrevistados fizeram menção a esta experiência. Mesmo aqueles que não participaram fizeram alguma referência ao fato.

De certa maneira, pelo que se pode perceber, esta experiência de acompanhamento em grupo pela psiquiatria no quinto semestre, remete em alguma instância a iniciativas como a que Muniz e Chazan (1992) descrevem do curso de Psicologia Médica desenvolvido na FCM-UERJ.

Em todo o curso, durante os três primeiros anos da graduação, são desenvolvidas diversas técnicas grupais junto aos alunos, como por exemplo grupos de reflexão. Este tipo de atividade objetiva promover a reflexão das experiências emocionais ligadas à entrada do

estudante na Faculdade de Medicina, o curso de anatomia, o contato com o cadáver, a utilização deste, o contato com o paciente, etc.

Boemer & Valente (2000) também ressaltam a necessidade da inserção de disciplinas que preparem os estudantes “para interagir com o homem em seu processo de vida e morte, para que possam lidar com questões de sofrimento, dor e perda” (p.105).

Para Noto et alii (2001), as escolas médicas praticamente não interferem no equacionamento dos conflitos gerados pelo contato do estudante de medicina com a morte. Os mesmos autores acreditam que se houver falhas no processo de elaboração das situações angustiantes, pode ocorrer uma variedade de problemas que vão desde a inadaptação até a depressão e às vezes ao suicídio, passando evidentemente pela evasão.

Meleiro (1998) aponta para a necessidade do preparo do estudante de medicina diante das reais condições de seu futuro trabalho, buscando não estimulá-lo a utilizar idealizações onipotentes para enfrentar situações de difícil controle durante sua vida profissional.

Veja-se as falas ilustrativas do que se aborda nesta categoria:

*“Tem uma aula de psiquiatria, de quinze em quinze dias, onde a gente fala das coisas assim do curso. Acho válida esta coisa assim. Todos podem falar do que está incomodando”. (Sujeito 04 – Quinto semestre)*

*“Eu acho que este acompanhamento que nós fizemos com esta parte da Psiquiatria foi super válido. ... Porque o legal disso tudo foi ver que aquilo não era uma coisa individual que todo mundo estava sentindo aquele mesmo “choque”. Porque o que eu pensava antes era: “Put’s mas eu sou uma patricinha. Como é que eu vou ficar indignada que a pessoa não tem o que comer?”. Tu fica pensando que é só tu que está sentindo, e com essas conversas em grupo todo mundo colocando aquilo que estava preocupando e procurando achar soluções em grupo eu acho que foi super válido. Isso eu acho que deveria ser uma coisa instituída pelo curso. Ter o acompanhamento psicológico dos alunos porque muita gente fica mal. Eu sou uma pessoa mais falante, mais extrovertida, se eu tivesse um problema eu ia e conversaria. Mas tem muita gente que vai guardando, vai guardando e taí o número de pessoas que tomam remédio anti-depressivo durante a faculdade, porque é uma carga pesada. Porque é aquilo que eu estava falando tu entrou na faculdade com 17 anos. O que tu sabe da vida? Para lidar com morte, com doença é claro que é um “baque”. Eu acho que é bem válido este acompanhamento psiquiátrico”. (Sujeito 03 – Décimo primeiro semestre)*

Cabe questionar, no entanto o fato do acompanhamento psiquiátrico recebido em grupo ser um recurso apresentado apenas no

quinto semestre. Seria decorrente da dissociação entre curso básico e clínica médica? Será que nos dois primeiros anos os estudantes não apresentam angústias e inquietações? E após o quinto semestre todas as angústias e inquietações se acomodam?

#### **5.16. NOPEM: uma possibilidade de recurso para lidar com as angústias**

O NOPEM (Núcleo de Orientação Psicológica ao Estudante de Medicina) emerge nas falas dos acadêmicos do primeiro e décimo primeiro semestres como um recurso apresentado pela universidade que pode ser utilizado pelo acadêmico para trabalhar não apenas as angústias inerentes a sua formação, mas também aquelas referentes as características de personalidade de cada um, visto que o atendimento é individualizado.

Parece, no entanto não haver muita proximidade do estudante com este Núcleo, uma vez que cada um apresenta em seu discurso informações diferentes, e certa imprecisão com relação ao significado da sigla. Alguns falam sobre Núcleo de Ajuda aos Alunos da Medicina, outros de NEPEM, que significaria “não sei o que de auxílio aos estudantes de medicina”. Outros ainda afirmam com bastante clareza a falta de familiaridade dos estudantes com este recurso oferecido.

O NOPEM parece seguir a linha do que Carpena (1997) aponta; da importância da criação de um núcleo de assistência psicopedagógica onde estudantes possam encontrar apoio e orientação paralelos para suas atividades curriculares teórico-práticas, para o entendimento de suas atitudes e o despertar de seus sentimentos diante das circunstâncias de sua formação. Além disto, a existência do NOPEM caracteriza-se pela oferta de um serviço de assistência psicológica aos estudantes de medicina, que segundo diferentes autores (Mello Filho, 1992; Noto et alii, 2001; Rosa, 1999) representa um recurso importante na realidade do acadêmico. Pode-se pensar ainda que a oferta deste recurso vai de encontro com o que refere Kubler-Ross (1979) que é fundamental que os envolvidos (equipe médica, familiares, religiosos, equipe de enfermagem) nos cuidados com os pacientes possam contar com um espaço de referência que ofereça a continência necessária para expressarem seus sentimentos de angústia, tristeza, raiva, etc.

Chama atenção que de todos os entrevistados nenhum declara já ter freqüentado o NOPEM. Um inclusive fez alusão a falta de procura deste serviço, alegando que recursos para lidar com os sentimentos desagradáveis suscitados pela morte de pacientes a universidade oferece o que não tem é procura.

A seguir algumas falas de entrevistados que referem o NOPEM como recurso para o estudante abordar suas angústias:

*“...porque também dizem muito que o aluno de medicina é muito estressado, tem gente até que toma antidepressivo, sabe. Então é nesses casos assim, se tem algum problema psicológico, né, pode ser familiar ou até interno mesmo da própria pessoa e isso acaba afetando no curso, então aí você procuraria o Nopem”. (Sujeito02 – Primeiro semestre)*

*“E daí depois surgiu o Núcleo de Ajuda aos Alunos da Medicina. É uma parte da Psiquiatria voltada só para gente, que se tu tiver um problema ou tiver alguma coisa para conversar pode ir lá, mas...” (Sujeito 03 – Décimo primeiro semestre)*

*“Recursos tem, falta procura. É o NOPEM. Eu não sei se tu já ouviu falar? É o Núcleo de Orientação Psicológica ao Estudante de Medicina. É isso o que quer dizer o NOPEM, que é o trabalho da Psiquiatria (...) eu fiquei sabendo bem depois como é que funcionava o NOPEM. A principio eu achava que fosse só para questões ligadas ao curso e não é ligado ao curso é ligado a qualquer problema emocional que o estudante de Medicina venha a ter ao longo do curso, e como eu te disse, o estudante de Medicina tem esta característica, as vezes ele se abala, ele se choca e ele acaba chorando, conversando com outro amigo, com familiar, mas ele não procura uma ajuda mesmo”. (Sujeito 04 – Décimo primeiro semestre)*

### **5.17. Conversar: um recurso para lidar com a angústia diante da morte**

Esta categoria emergiu na análise de conteúdo das entrevistas dos acadêmicos do quinto e décimo primeiro semestres.

Percebe-se diante do discurso dos entrevistados que conversar é um recurso utilizado para elaborar os sentimentos gerados por situações de morte de pacientes, contrariando, em parte, o que dizem Kastenbaum & Aisenberg (1983). Segundo estes autores, o médico apresenta dificuldades para falar sobre o tema da morte com os pacientes, familiares ou mesmo entre colegas, buscando fugir dos sentimentos desagradáveis gerados por ele. Falar sobre a morte é um gesto inconveniente, visto que pode ser considerado como uma forma de aceitar sua existência.

No caso dos entrevistados, realmente não há referência de abordagem do tema com pacientes, mas alguns referem conversar com amigos, outros com professores, outros com profissionais especializados, tais como psiquiatras e psicólogos, e outros ainda com médicos com mais experiência.

Talvez a justificativa para esta contrariedade do que dizem os autores e o que encontramos na pesquisa esteja no fato de que Kastenbaum & Aisenberg (1983) parecem se referir a uma fala espontânea, enquanto nossos pesquisados fazem referência ao falar

como um recurso de desabafar, elaborar a vivência da morte de um paciente. Seria como um falar sob pressão, utilizado como processo catártico.

Chama a atenção o fato de mais de um acadêmico fazer alusão à dificuldade de conversar sobre este assunto, de perda de paciente, e dos sentimentos despertados diante desta perda, com pessoas que não sejam da área. O sentimento é de que estas pessoas não entenderiam a situação, associado à idéia da existência de um pré-conceito de que o estudante de medicina não pode sentir e sofrer diante da morte de um paciente. Talvez seja possível questionar se haveria mesmo tal dificuldade da parte de pessoas que não são da área médica ou se a dificuldade seria do próprio estudante. Em estudo realizado por Vianna & Piccelli (1998) eles apontam que “entre os alunos, conversas ou debates com amigos e familiares constituíram as formas mais freqüentes de abordar o tema morte, o que sugere a busca de um grupo de identificação, com vivências, atitudes e faixa etária similares. (p. 24-25)

*“... a gente conversa com os pais né. Meu pai é médico, então eu converso bastante com ele. Conversa entre a gente mesmo. A gente sempre fala assim: Ah, tu viu que o paciente tal que tava bem agora tá mal, isso a gente conversa assim”.* (Sujeito 01 – Quinto semestre)

*“Eu procuro conversar com outros colegas porque às vezes é complicado você falar para um pessoa que é de fora do curso. Daí*

*você fala: Ah, meu paciente morreu fiquei chateada! Daí dizem; não, mas você não pode ficar assim, porque não pode sentir, então para quem está de fora às vezes é complicado entender”. (Sujeito 03 – Quinto semestre)*

*“E aí eu converso, a minha terapia para passar por tudo isso é conversar com os colegas, conversar com um professor”. (Sujeito 03 – Décimo primeiro semestre)*

### **5.18. O exemplo do professor-médico**

Esta categoria emergiu da análise do conteúdo das entrevistas dos acadêmicos do décimo primeiro semestre. Fica notável nas falas de alguns sujeitos, que as atitudes e ações dos professores-médicos que os rodeiam são utilizadas como referencial e exemplo na construção do “jeito de ser médico” de cada estudante.

Isto remete para o que alguns autores (Gonçalves & Marcondes, 1998; Mello Filho, 1992; Pereira, Kluwe & Carvalhal, 1998; Zaidhaft, 1990) referem em torno do fato, de que o aluno buscará no professor, no decorrer da formação acadêmica, um modelo de identificação. No encontro entre duas pessoas, no caso professor-aluno, a conduta que o professor demonstra tem muito mais alcance no outro, do que o que é dito. Em virtude disto, o caráter e a formação humanística do docente são fundamentais, uma vez que poderão servir

de modelo de desenvolvimento profissional e de atuação, quando do ingresso do aluno no mercado de trabalho.

Surge daí a importância da preparação deste docente para sua missão. Realmente torna-se necessário que o professor de medicina tenha consciência de que está ali para muito mais do que simplesmente repassar um conteúdo específico ao aluno. A responsabilidade dos docentes do curso de medicina é muito grande, pois são as mensagens passadas por eles, de maneira explícita ou implícita, que marcarão a construção da identidade do futuro médico.

*“Eu acho que tu tem que ter uma cabeça boa para se guiar em bons exemplos. Achar professores que tem uma boa relação “médico-paciente” e ver como é que eles agem, e se guiar mais ou menos por isso aí. Tu vais ter vários exemplos de pessoas totalmente frias. São ríspidas com os pacientes, não se deixam envolver, que são ótimos médicos mas falta. E vai ter o outro lado da moeda também, pessoas que se envolvem muito, eu já vi professor ajudar financeiramente paciente o que eu também não é legal porque se tu for te envolver com todos dessa maneira. Então eu acho que a gente não é preparado, mas a gente se prepara seguindo exemplos”.*  
(Sujeito 03 – Décimo primeiro semestre)

*“... tem alguns professores que puxa, tu acaba admirando, tu vendo eles com o paciente de repente tu acaba imaginado “puxa é*

*assim que eu gostaria de ser”* (Sujeito 04 – Décimo primeiro semestre)

Por fim, reafirmamos o que dizem Marcondes & Gonçalves (1998), de que a educação médica é muito mais que simplesmente ministrar aulas. Ela é ciência e arte. Enquanto ciência engloba aspectos referentes ao processo ensino/aprendizagem. Como arte busca “transmitir aos futuros médicos/ artistas todas as habilidades e atitudes indispensáveis ao pleno exercício da complexa profissão que eles elegeram”(Marcondes & Gonçalves, 1998, p. 01).

Nesse sentido, é necessário que tanto quanto cientistas se possam contar com artistas na docência médica para que possam junto com os futuros profissionais exercitar o malabarismo de equilibrar saúde e doença, aproximação e distanciamento, vida e morte, sob um novo paradigma da educação médica.

De maneira geral, a partir do que foi visto nas últimas categorias aqui apresentadas, é possível dizer que os recursos oferecidos aos acadêmicos pesquisados são bastante insipientes no que tange ao preparo dos estudantes de medicina para lidar com a morte de pacientes. Isto confirma a percepção de diversos autores que tratam sobre o tema (Barrios, 1990, Boemer & Valente, 2000; Laks, Longhi & Neto, 2000; Quintana & Arpini, 2002; Rosa, 1999; Zaidhaft, 1990), de que embora necessário, o assunto morte não é abordado

adequadamente nas escolas de Medicina refletindo num despreparo do estudante em lidar com a morte e com o paciente terminal. “Imaginar que no caso dos médicos existe um preparo prévio que os habilita a enfrentar a morte é não conhecer os currículos de ensino médico. Os médicos sempre se depararam com a morte, mas poucos foram os momentos de reflexão sobre sua atuação perante ela”, salienta Rosa (1999, p.57). Ou como refere Quintana & Arpini (2002) há um preparo sim, mas um mau preparo: “...existe um preparo, sim, ainda que não explicito. Nessa preparação, eles são treinados para utilizar mecanismos de negação, isolamento dos afetos e recalque, ainda que, como observamos esses mecanismos não lhe possibilitem obter um controle sobre as situações do seu cotidiano de trabalho”. (p.48).

Diante da insipiência dos recursos disponíveis para lidarem com a angústia despertada pela experiência de morte de pacientes, os acadêmicos buscam aqueles que estão ao seu alcance. Lançam mão, além da conversa com colegas, amigos, professores, familiares e profissionais da área psiquiátrica e psicológica; da busca de professores como modelos de identificação para lidarem com situações desta natureza. Em virtude disto, o caráter e a formação humanística do docente são fundamentais, uma vez que poderão servir de modelo de desenvolvimento profissional e de atuação quando do ingresso do aluno no mercado de trabalho.

### **5.19. Mudança de currículo: um aprimoramento na formação médica**

A mudança de currículo, apontada pelo estabelecimento de novas diretrizes curriculares para todos os cursos da área da saúde, homologada pelo Ministério da Educação, em 2001 (ME, 2001), parece estar registrada para os acadêmicos do décimo primeiro semestre como uma possibilidade de aprimorar a formação médica, inclusive no que diz respeito à relação médico-paciente.

Parece haver uma expectativa de que algumas falhas - frutos de um paradigma tecnicista - identificadas por eles nesta formação como, por exemplo, a dissociação extrema de teoria e prática, a falta de contato com pacientes de forma gradual e sistemática, a drástica mudança ocorrida no quinto semestre com a entrada no hospital, após quatro semestres apenas com matérias teóricas, possam ser sanadas com esta reforma curricular, visto que ela aponta para a mudança desse paradigma tecnicista para o humanista.

O surgimento desta categoria parece confirmar o que Batista (1998) refere sobre a escola médica que se deseja: “inserção precoce dos alunos em atividades práticas, introdução de técnicas capazes de instituir uma lógica inovadora nas relações entre conhecimentos básicos e profissionalizantes e integração das atividades práticas, de ensino e pesquisa” (Batista, 1998, p.31).

Além disso, parece haver realmente uma saturação por parte dos estudantes do modelo flexneriano, que corresponde ao paradigma tecnicista e a necessidade da busca de um novo paradigma, qual seja o da integralidade na formação dos futuros médicos, mais voltado a humanização dos processos, conforme refere Lampert (2002).

*“Foi depois que a gente começou entrar no hospital começou a surgir isso, com esta mudança no currículo que está acontecendo, o pessoal começou a entrar em contato antes com o aspecto clínico de enfrentar o paciente. Já no 1º, 2º semestre eles já estão indo e se tu é bem orientado, tem um professor que se preocupe com isso é bem válido isso. Te prepara melhor do que te largarem na frente do paciente e “Oh. Examina, vê o que ele tem e resolve”. (Sujeito 03 – Décimo primeiro semestre)*

## 6. CONCLUSÕES

A presença da morte é uma constante na vida acadêmica dos estudantes de medicina e os leva a buscarem recursos defensivos, constantemente, para lidar com esta realidade.

A primeira vivência referente ao tema surge associada à experiência das aulas de anatomia. Mesmo antes de entrar em contato com o cadáver, a angústia diante da morte ganha formato em sua fantasia. Os acadêmicos parecem se ocupar em imaginar como será a experiência de entrar em contato com um cadáver. Imaginam as coisas mais terríveis e amedrontadoras.

O primeiro contato de fato com o cadáver parece assustar e angustiar, mas o uso de mecanismos defensivos constante e crescente faz com que estes sentimentos sejam cada vez mais negados e escamoteados. O resultado disto é que o contato com o cadáver passa a ser descrito pelo acadêmico como algo normal e tranqüilo.

O fato do acadêmico encarar o cadáver como um simples objeto de estudo também pode representar o uso de um mecanismo defensivo com objetivo de diminuir a possibilidade de identificação com o morto, contribuindo para a diminuição da angústia.

Ainda que o contato com o cadáver seja gerador de angústia referente a morte, com certeza é o contato com o paciente em vida que mais angustia e assusta, pois é a partir daí que o acadêmico tem a possibilidade de presenciar a passagem do estado de vida para o estado de morte. É a vivência do estudante desta passagem junto ao paciente que torna o contato com a morte mais intenso e próximo, inclusive pela ampliação da probabilidade de se estabelecer um processo de identificação entre o acadêmico e o paciente.

Partindo desta percepção, é possível dizer que o preparo para lidar com a morte de pacientes deve se dar concomitante ao preparo para lidar com o próprio paciente e com o vínculo que se estabelece nessa relação, pois não há como dissociar estes três aspectos: contato com paciente, vínculo entre paciente-aluno e angústia da morte do paciente. Os conteúdos descritos nas categorias (a) A angústia diante da morte associada ao atendimento ao paciente vivo, (b) A morte sentida a partir do vínculo com o paciente, (c) Médico frio versus médico demasiadamente sensibilizado: a busca do equilíbrio no envolvimento com o paciente; confirmam a existência desta inter-relação.

É em decorrência disso que o quinto semestre ganha tanta importância na formação do futuro médico, sendo vivido como um verdadeiro marco, um divisor de águas, pois é exatamente aí que o primeiro contato entre acadêmico e paciente acontece e conseqüentemente, a possibilidade de presenciar um óbito. Esse

primeiro contato apresenta-se carregado de angústias, inclusive as referentes ao contato com a morte. Aliás, pode-se pensar que todas as outras angústias, tais como saber examinar, saber se comunicar e oferecer respostas ao paciente acabam desembocando numa única e maior preocupação: de que o resultado deste contato entre paciente e médico não resulte em óbito, remetendo uma vez mais a angústia diante da morte.

Fica constatado que a formação do futuro médico ainda encontra-se impregnada por uma cultura vigente onde a ênfase recai sobre a cura e não sobre a possibilidade de garantir ao paciente um final de vida com qualidade e sem sofrimento, tratando-o com dignidade e possibilitando a ele falar da sua angústia de morte. Um final de vida com amparo físico, emocional e moral.

Cabe acrescentar que esta cultura que prega a onipotência e onisciência do médico está na nascente da maior parte do sofrimento vivido pelo estudante durante sua trajetória acadêmica. Toda vez que ele, estudante, não consegue atingir o objetivo de cura, se depara com o sofrimento. Carregar a “responsabilidade” da cura representa peso desconfortável e fator estressor para o acadêmico.

É de fundamental importância que ocorra uma reformulação desta cultura vigente. Tal atitude resultaria em benefícios para os profissionais e estudantes da área, e sem dúvidas, para os próprios

pacientes que poderiam contar com a presença humana ao seu redor com maior frequência, mesmo no final de sua vida.

O paradigma tecnicista ainda se apresenta com vigor na escola médica. Prepondera o modelo flexneriano de ensino, onde a prática e a teoria parecem inconciliáveis, e a dissociação e fragmentação das disciplinas dificultam a formação da identidade do futuro médico de maneira mais integrada.

Apesar disso, já se percebe indícios de um modelo mais humanista e de formação mais integrada na escola pesquisada ou, no mínimo, uma preocupação com relação a isto, através da mudança de currículo proposta e das iniciativas de oferecer aos acadêmicos recursos vinculados à própria formação (acompanhamento em grupo da psiquiatria no quinto semestre e o NOPEM) onde possam elaborar as angústias inerentes a ela. Ou, dito de outra forma, oferecer recursos que possibilitem ao acadêmico desenvolver trabalho realizado pelo seu aparelho psíquico com a finalidade de dominar as angústias inerentes a formação médica que chegam até ele e cuja acumulação pode resultar patogênica.

Os estudantes do décimo primeiro semestre referiram com intensidade a mudança de currículo em andamento. Fizeram menção aos benefícios de entrar em contato de maneira gradual e crescente com os pacientes, ao contrário do que ocorre atualmente. De certa forma, este contato gradual permitiria ao estudante o tempo necessário

para elaborar também de forma paulatina os impactos gerados por esta realidade.

O acompanhamento psiquiátrico e o Núcleo de Orientação Psicológica ao Estudante de Medicina também foram bastante salientados pelos acadêmicos como recursos importantes na elaboração das angústias despertadas durante a formação.

Deixa-se, inclusive, como sugestão à escola pesquisada a manutenção e aperfeiçoamento desses recursos. Parece que eles carecem ainda de uma aproximação maior com os estudantes. É possível que a introdução paulatina e crescente da oferta deste tipo de recurso represente uma estratégia fundamental para esta aproximação.

Além disso, a continuidade deste tipo de processo é também fundamental. É necessário e saudável ao acadêmico de medicina que encontre na própria formação acadêmica um espaço de continência para as angústias desencadeadas por esta formação. Todo novo impacto gerado pela realidade do curso deve encontrar no estudante condições afetivas facilitadoras para sua elaboração, de forma que não tome características de um trauma.

Entende-se que a oferta de um espaço, também facilitador, na própria graduação com objetivo de promover a reflexão das experiências emocionais despertadas pela trajetória acadêmica seja de fundamental importância, principalmente, para tratar sobre a

experiência emocional supostamente mais complexa e intensa: a morte de um paciente.

Os acadêmicos devem contar com um espaço de referência que ofereça a continência necessária para expressarem e elaborarem seus sentimentos de angústia, tristeza, raiva, etc...

Sugere-se a institucionalização de recursos com estas características vinculados ao currículo.

Um trabalho desta natureza agrega um potencial preventivo em relação ao desenvolvimento de patologias psíquicas e psicossomáticas, muitas vezes desencadeadas a partir da dificuldade dos estudantes em lidar com as angústias despertadas pela realidade com que se deparam durante a formação médica.

É possível pensar nessa integração e humanização da formação médica como o ponto de partida de um ciclo que se retroalimenta. A medida em que se oferecem recursos que possibilitam uma formação mais integrada e humanista, estarão sendo formados médicos mais humanitários que serão os futuros educadores que exercerão uma formação médica mais integrada e humanista, e assim por diante. Pois como foi visto, o professor de medicina acaba sendo um modelo para o futuro médico na formação de sua identidade. Sugere-se aos docentes que estejam mais atentos ao modelo de identificação que representam para seus alunos,

exercitando a capacidade crítica sobre qual o modelo médico que pretendem oferecer a eles.

É necessário trabalhar os acadêmicos quanto ao desenvolvimento dos mecanismos de defesa necessários para o desempenho da função de médico. É preciso buscar o meio termo, desenvolvendo aqueles mecanismos necessários para um distanciamento ótimo, que permita o exercício das atividades sem, contudo, anular a capacidade de empatia com o sofrimento e dor do paciente.

Acredita-se que o uso de mecanismos defensivos diante da angústia despertada pela morte seja de extrema importância para os acadêmicos e, inclusive, necessária para evitar uma desestruturação afetiva. Este uso não pode, no entanto, impossibilitá-los de se aproximar do tema. Não pode contribuir para a manutenção do tratamento da morte como um tabu no meio médico. E nesse sentido o curso de graduação tem papel relevante. É essencial atingir os estudantes de medicina cedo, já que ainda não passaram pelo processo de socialização, sendo mais fácil obter melhores resultados com relação ao seu desenvolvimento para lidarem com situações de morte de pacientes, uma vez que ainda não incorporaram os valores e atitudes vigentes no meio médico que aludem a cultura baseada essencialmente no processo da cura.

Como foi visto, não há uma fórmula de como lidar com situações de morte. O importante é que as pessoas estejam preparadas emocionalmente para isto.

A formação em medicina implica triangulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes concretizadas nos espaços de ensino, pesquisa e assistência. Acrescente-se a isto que a formação em medicina implica formação para lidar com o sofrimento e com a morte, concomitantemente, ao lidar com a vida.

Por fim, sugere-se aos acadêmicos o exercício contínuo, durante sua formação, da crítica sobre qual o modelo de médico gostariam de encontrar caso fossem eles próprios os pacientes.

## 7. BIBLIOGRAFIA

ABRAHAM, K. *Teoria Psicanalítica da Libido*. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

ARANHA, M.L.A. *História da Educação*. São Paulo: Moderna, 1996.

ARIÉS, P. *História da Morte no Ocidente: idade média aos nossos dias*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1991.

BARRIOS, C.H. O médico frente ao paciente com doença terminal: um comentário. *Revista Med. PUCRS*. Porto Alegre, 2(3): 25-28, abr./jun. 1990.

BATISTA, N. A. Formação do Professor de Medicina: desafios e perspectivas. In: MARCONDES, E. & GONÇALVES, E. L. *Educação Médica*. São Paulo: Sarvier, 1998, p. 31-40.

BOEMER, M.R. & VALENTE, S.H. A sala de anatomia enquanto espaço de convívio com a morte. *R.Bras. Enferm*, Brasília, v.53, nº 1, p.99-108, jan. /mar.2000.

BOTSARIS, Alex. *Sem Anestesia: o desabafo de um médico*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2000.

BRASIL. Ministério da Educação / Conselho Nacional de Educação/ Câmara de Educação Superior, 2001. Diretrizes Curriculares

Nacionais do Curso de Graduação em medicina. Homologa em 03/ 10/ 2001, Parecer CES 1.133/ 2001, resolução CNE/ CES N° 4, de 07/11/2001, [resolução online] em: <http://www.mec.gov.br/cne/pdf/CES/Ces04.pdf>> Acesso em: 21 de julho de 2004.

CARAPINHEIRO, G. Os valores na socialização médica. In: *Saberes e poderes no Hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. São Paulo: Edições Afrontamento, 1993, p. 165-84.

CARDOSO, A.M.V. *Preparação para a morte: sugestões a profissionais de saúde e educação*. Dissertação de Mestrado em Educação. PUCRS, Porto Alegre, 1989.

CARPENA, L.A.B. *Os sentimentos dos acadêmicos de medicina no seu enfrentamento com o fenômeno da morte*. Tese Doutorado em Educação. PUCRS, Porto Alegre, 1997.

CRUZ, E. M. T. N. Formando Médicos da Pessoa – O Resgate das Relações Médico- Paciente e Professor- Aluno. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 21, (2/3): 23-29, maio/ dez. 1997.

DE MARCO, O.L.N. A primeira entrevista com um estudante de medicina. In: MARCONDES, E. & GONÇALVES, E. L. *Educação Médica*. São Paulo: Sarvier, 1998, p. 111-115.

FEIFEL H. et alii. Physicians consider death. In: *Proceedings of the 75 th Annual Convention*. Washington, DC, American Psychology Association, 1967.

FIGUEIREDO, RM & TURATO, ER. A enfermagem diante do paciente com AIDS e a morte. *J. Bras Psiquiatr* 1995; 44(12): 641-647.

FREIRE, P. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GHEZZI, M. I. L. *Convivendo com o Ser Morrendo*. Porto Alegre: Sagra-DC Luzzato, 1995.

GONÇALVES, E. L. Avaliação no Processo Educacional. In: MARCONDES, E. & GONÇALVES, E. L. *Educação Médica*. São Paulo: Sarvier, 1998, p. 20-30.

GOLÇALVES, E .L. Três Escolas Médicas numa Escola. In: MARCONDES, E. & GONÇALVES, E. L. *Educação Médica*. São Paulo: Sarvier, 1998, p.355-369.

HOIRISCH, A. Identidade Médica. In: MELLO-FILHO, J. *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992, p. 70-73.

KASTENBAUM R, AISENBERG R. *Psicologia da Morte*. São Paulo: Pioneira, 1983.

KOVÁCS, M.J. *Morte e desenvolvimento Humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

KÜBLER-ROSS, E. *Perguntas e Respostas sobre a Morte e o Morrer*. São Paulo: Martins Fontes, 1979.

LAMPERT, J.B. *Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, Fundação Osvaldo Cruz, 2002.

LAPLANCHE & PONTALIS. *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

MANNONI, M. *O Nomeável e o Inominável: a última palavra da vida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

MARCONDES, E. & GONÇALVES, E. L. *Educação Médica*. São Paulo: Sarvier, 1998.

MARTINS, N.F.C.M. *Humanização das Relações Assistenciais: a formação do profissional de saúde*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MASETTO, M.T. Discutindo o processo ensino/aprendizagem no ensino superior. In: MARCONDES, E. & GONÇALVES, E. L. *Educação Médica*. São Paulo: Sarvier, 1998, p. 11-19.

MELEIRO, A.M.A.S. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. *Rev. Assoc. Méd. Bras*, v. 44, n 2, São Paulo, 1998.

MELEIRO, A.M.A.S. *O médico como paciente*. São Paulo: Lemos Editorial, 2000.

MELLO FILHO, J. *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

MILLAN, L.R. A Assistência Psicológica ao Estudante de Medicina no Brasil: notas históricas. In: MILLAN, L.R.; DE MARCO, O .L.N.; ROSSI, E. & ARRUDA, P.C.V. *O Universo Psicológico do Futuro Médico: vocação, vicissitudes e perspectivas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999, p. 245-282.

MILLAN, L. R.; ROSSI, E. & DE MARCO, O .L. N. A Assistência Psicoterápica ao Estudante de Medicina. In: MARCONDES, E. & GONÇALVES, E. L. *Educação Médica*. São Paulo: Sarvier, 1998, p.117-127.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MORIN, E. *Os Setes Saberes Necessários a Educação do Futuro*. São Paulo: Cortez, 2000.

MUNIZ, J. R. & CHAZAN, L. F. Ensino de Psicologia Médica. In: MELLO-FILHO, J. *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992, p. 37-44.

NETO, A.C. et alii. O estudante de medicina e o estresse acadêmico. *Revista Méd. PUCRS*, Porto Alegre, v. 8, n 1, jan./mar. 1998.

NOTO, J.R.S. et alii. Atenção à saúde mental do estudante de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v.25,nº 1, jan./abr. 2001.

OLIVEIRA, V. *Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas*. Porto Alegre. Tese (Doutorado), Instituto de Psicologia, UFRGS, 2000.

PEREIRA, J.;KLUWE, L. & CARVALHAL, G.F. O professor universitário e a medicina: aspectos do contexto contemporâneo. *Rev Méd. PUCRS*. Porto Alegre, v.8, n.1, jan./ mar. 1998.

QUINTANA, A.M.; CECIM, P.S.; HENN, C.G. O preparo para lidar com a morte na formação do profissional de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 26, nº 3, set./ dez. 2002.

QUINTANA, A.M. & ARPINI, D.M. A atitude diante da morte e seu efeito no profissional de saúde: uma lacuna da formação? *Revista Psicologia Argumento – Champagnat*. Ano 19, n. 30, p.45-50, abril 2002.

RIBEIRO, E. C. O. Ensino/ Aprendizagem na escola médica. In: MARCONDES, E. & GONÇALVES, E. L. *Educação Médica*. São Paulo: Sarvier, 1998, p. 40-49.

ROCCO, R. P. Relação estudante de medicina-paciente. In: MELLO-FILHO, J. *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992, p. 45-56.

ROUDINESCO, E. & PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

SIMON, R. O “Complexo Tanatolítico” justificando medidas de psicologia preventiva para estudantes de medicina. *Bol. Psiq* 1971; 4(4): 113-5.

SMART, G.A.. The nature of graduate training. *Med Educ*, 1978; 12:5-17.

TRIVIÑOS, A. N. S., *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.

VIANNA, A. & PICCELLI, H. O estudante, o médico e o professor de medicina perante a morte e o paciente terminal. *Rev. Ass Méd Brasil*, 1998: 44: 21-7.

ZAIDHAFT, S. *Morte e Formação Médica*. Rio De Janeiro: Francisco Alves, 1990.

ZIEGLER, J. *Os Vivos e a Morte: uma sociologia da morte no ocidente e na diáspora africana no Brasil, e seus mecanismos culturais*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1977.

## **ANEXOS**

## ANEXO A

### QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA

- ❖ Investigar como se dá a trajetória do acadêmico de Medicina durante o curso de graduação.
- ❖ Buscar identificar qual (ais) o (s) momento (s) mais difícil (eis) desta trajetória na percepção dos estudantes.
- ❖ Investigar se o contato com a morte é considerado pelos acadêmicos como um desses momentos difíceis.
- ❖ Explorar os sentimentos do acadêmico com relação ao contato com o cadáver.
- ❖ Explorar os sentimentos do acadêmico com relação ao contato com a morte.
- ❖ Identificar qual o preparo recebido durante a graduação para lidar com a morte de pacientes, de acordo com a percepção do estudante.

## ANEXO B

### TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa realizada pela mestrande Francene Fernandes, que tem como objetivo estudar aspectos referentes a educação médica.

Os dados serão trabalhados somente em seu conjunto, em função de sua relevância científica.

Eu, \_\_\_\_\_,  
fui informado (a) dos objetivos desta pesquisa, tive todas as minhas dúvidas respondidas e sei que disponho de liberdade para retirar meu consentimento de participação, assim que desejar.

Ciente:\_\_\_\_\_

Santa Maria, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2003.