

# Os Temores na Formação e Prática da Medicina: Aspectos Psicológicos<sup>1</sup>

## *Fears in Medical Education and Practice: Psychological Aspects\**

Fabício Cavion Castro<sup>2</sup>

### PALAVRAS-CHAVE:

- Escolas Médicas;
- Educação Médica;
- Morte;
- Atitude frente à morte;
- Relações médico-paciente.

### KEY-WORDS:

- Schools, medical;
- Education, Medical;
- Death;
- Attitude to death;
- Physician-patient relations.

### RESUMO

*Estuda-se a formação médica no Brasil e no mundo, procurando-se abordar alguns aspectos desde as origens deste profissional até a visão atual da atividade. O desenvolvimento psíquico do estudante e a fase do ciclo vital em que se encontra são realçados, a fim de adequar as motivações que o levam à procura da profissão num contexto de estruturação pessoal da personalidade, considerando-se, contudo, a expressão da formação médica vigente que atua em seus conflitos, dificuldades e aspirações essenciais. Apresenta-se a figura do médico, abordando sua representação e relação de seu simbolismo na evitação do ser humano frente à morte. São discutidas as expectativas culturais e sociais. Por fim, são pontuados os currículos atuais, questionando-se sua composição e as modificações já consideradas e aplicadas. Sugere-se um equilíbrio psicoemocional e ambiental do educando como objetivo de ensino, a fim de reduzir nele os fatores de ansiedade que caracterizam seu contato com os próprios temores.*

### ABSTRACT

*This study describes the medical education in Brazil and worldwide, approaching to some historical features since the origin of the student to the current vision of the professional. The medical students' psychological development and their vital cycle stage are emphasized in order to adjust the motivations that brought them to search this kind of activity, looking upon the expression of medical education at present time, performing its conflicts, difficulties and essential aspirations. The image of the physician is presented, approaching to the inherent symbolism of its attitude towards death. The cultural and social expectations are discussed. Finally, the current curriculum, its composition and changes that already have been made are analyzed and questioned. Psychological, emotional and environmental equilibrium are suggested with teaching purpose in order to reduce students' anxiety from the contact with their own fears.*

Recebido em: 13/06/2003

Aprovado em: 14/11/2003

<sup>1</sup> Trabalho apresentado no VI Congresso Gaúcho de Educação Médica, realizado em Caxias do Sul, Rio Grande do Sul (Autotransformação das Escolas Médicas).

<sup>2</sup> Doutorando do 12º semestre do Curso de Medicina da Universidade Luterana do Brasil (Ulbra). Ex-monitor da Disciplina de Semiologia Geral do Curso de Medicina da Ulbra-RS, Canoas, Rio Grande do Sul, Brasil.

## INTRODUÇÃO

A formação médica atual, embora na maioria das escolas ainda com uma composição disciplinar clássica, já é analisada, discutida e criticada há muitas décadas. Essas escolas têm por preceito atender as demandas de promoção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo e de sua comunidade. Para isso, utilizam a teorização, a pesquisa e a prática curricular.

Embora vistas com desdém por alguns professores e profissionais mais tradicionais, novas disciplinas têm sido adicionadas à grade curricular, e outras têm sido modificadas. No entanto, é na formação da personalidade do profissional da medicina, no que tange aos aspectos comuns a todos os estudantes e à influência psicológica da escola médica de maneira geral, que se têm focado as atenções nos últimos anos. Observando as dificuldades inerentes à formação médica, estudando os estudantes ainda em formação e analisando os problemas encontrados na prática subsequente, encontraram-se deficiências, dificuldades adaptativas e condições importantes, como depressão, afastamento social e suicídio.

Entre as causas da decadência da escola médica é importante citar: o despreparo vocacional e humanístico do estudante; a ênfase deficitária e inadequada nos aspectos psicológicos; as deficiências pedagógico-didáticas; o número exagerado de escolas médicas sem condições de formar adequadamente um profissional; a desproporção numérica docente-aluno; falta ou estrutura inadequada dos hospitais e a valorização exagerada da especialização e pós-graduação durante o curso médico.

## A FIGURA DO MÉDICO

"... o padre e o médico... ele celebra os ritos, suas vestimentas sacerdotais são a roupa branca, e o estetoscópio substitui o amuleto, sua linguagem é igualmente hermética e, sob alguns pontos de vista, a profissão permanece fechada e hierarquizada"<sup>1</sup>.

Ser médico, mais que uma aspiração profissional, é carregar consigo séculos de diferentes simbologias. É humanamente característica a negação da inevitabilidade da morte. Desde os primórdios, não há nada que traga mais aflição e sentimento de perda, independentemente da experiência do indivíduo, do que a morte. Nesse contexto, houve historicamente a necessidade da eleição de um representante social da rejeição da vulnerabilidade humana. Século após século, procurou-se por um depositário da limitação humana frente ao momento final da existência. Assim, o responsável pela cura, pela ligação com os deuses, pela fantasia do desconhecido assumiu passivamente tal compromisso.

Brilhantemente, Simon<sup>2</sup> aborda a fantasia inconsciente elaborada pelo estudante de medicina, que tem como objetivo único o "triumfo sobre a morte". O autor chamou o objeto idealizado de "ser tanatolítico", desenhado como onipotente, com capacidade de impedir ou mudar o curso terminal das doenças frente à morte. À existência do ser tanatolítico e ao conjunto de ações mágicas que lhe são atribuídas denominou "complexo tanatolítico". Lembra ainda que, desde os primórdios da civilização, há um personagem destinado à "função tanatolítica", inicialmente com o papel de curar e de intermediar a relação com deuses. Esse personagem era o feiticeiro, o xamã e os sacerdotes. Houve, então, a divisão dessa atividade na civilização ocidental, que incumbiu os sacerdotes somente da interpretação divina, e os médicos da antiga tarefa de curandeiro<sup>1</sup>.

Temos, então, uma profissão com raízes pré-históricas, por séculos confundindo-se com o papel religioso, ainda muito nova como profissão autônoma. A medicina, com perfil delimitado, rituais próprios e independência profissional da prática religiosa, somente se estabeleceu com a evolução e o progresso das ciências naturais, no século XIX. Junto a esse progresso, quanto maior era o conhecimento sobre o organismo do homem, proporcionalmente maior era o distanciamento do homem como pessoa-humana. E não havia uma anatomia patológica da mente humana, tampouco uma descoberta biológica sobre os distúrbios psicológicos.

O enorme desenvolvimento da ciência da medicina, particularmente durante o século XX, foi possível devido aos conhecimentos da física e da química, que foram adaptados ao estudo e ao cuidado do corpo humano. No início do século XX, surgiram diferentes diagnósticos, antes desconhecidos, o que direcionou a atenção do médico para uma observação mais abrangente do paciente. Esse desenvolvimento fantástico da medicina no século XX foi importante principalmente na sua segunda metade. Lima e Smithfield<sup>3</sup> discutem a história da medicina, apontando que as descobertas científicas foram tão frequentes nesta segunda etapa do século passado e o tempo de aplicação das mesmas é tão pequeno, que se tornava difícil avaliar a importância de cada nova informação.

Dessa forma, para grande parte da população do planeta, a intermediação divina foi exaurida do papel tanatolítico, deixando exposta uma única figura social à pressão universal de suprir a não admitida hora da morte. Devido às mudanças ocorridas na medicina, em especial nas últimas décadas, houve uma transferência da morte, do âmbito familiar para o ambiente hospitalar. Com essa mudança de cenário, o médico viu-se diante da necessidade de lidar com a morte e com o morrer. O ser humano, desprovido desse poder sobre a mor-

te, que se deve então somente aos deuses, não conseguiu aprender a lidar com seus limites e onipotências.

"A modernidade desconstruiu o médico semideus e o quer humano, sensível, fraterno e, não mais, um pai autoritário e despótico"<sup>4</sup>. Atualmente, no exercício da medicina é exigida uma atitude empática e valorizadora do indivíduo, que, nesse momento, está acometido de uma enfermidade e sujeito ao contexto subjacente a tal condição.

## A BUSCA DA MEDICINA

O indivíduo aprende a focar sua atenção na direção dos anseios mais particulares. Da família, traz vivências que marcaram profundamente. De modo consciente ou não, idealiza desfechos, foge dos desgostos, busca uma forma de concretizar alguns turbilhões de acontecimentos que construíram a sua personalidade. Junta, então, aos traços que o caracterizam, valores que pondera e considera no seu projeto de vida, transforma suas reações aos obstáculos em vontades e metas. Ainda que não perceba, procura uma carreira onde possa expressar suas angústias, compensar suas perdas e desejos, curar os seus sofrimentos.

Uma nova realidade se apresenta quando analisamos os iniciantes da faculdade médica. A cada geração, é menor a média de idade no ingresso do curso. Hoje, podemos observar indivíduos às vezes ainda pré-adolescentes sob o ponto de vista psicossocial. Na maioria deles, todos os aspectos em questão são ainda potencializados pelo período do ciclo da vida no qual estão contextualizados.

Kaplan, Sadock e Grebb<sup>5</sup> abordam a construção característica do *self* (auto-representação do indivíduo) nesta fase final da adolescência em que se encontram os calouros da escola médica e descrevem o pico do desenvolvimento biológico que acontece nesse período. Trata-se do auge da estrutura de novos papéis sociais e da socialização conforme esses papéis adotados, além das capacidades de aprendizado e atitudes necessárias para tal adequação social.

A adolescência é, caracteristicamente, um momento de identificação com as figuras idealizadas no cotidiano. Além desses fatores, muitas vezes, o estudante mora sozinho, longe dos pais. A vulnerabilidade para o adoecer sozinho e o sentimento de desamparo aumentam a carga ansiosogênica da fase pela qual transita.

A realidade cotidiana, no entanto, não aguarda a consciência das motivações, apenas prepondera com seu cotidiano opressor, atarefado, envolto de expectativas sociais, grupais, acadêmicas e psicológicas. Uma vez que se ingresse nessa tripla exigente, a adaptação mais equilibrada é a forma que tem se mostrado mais adequada aos preceitos dessa profissão. Em

geral, o médico acaba socializando, reprimindo essas motivações de poder, como ocorre, por exemplo, com o desejo de poder cuidar de um parente realmente doente, ou o desejo de um dos pais de exercer essa profissão<sup>6,7</sup>.

A formação e a atividade médicas apresentam alta toxicidade no que se refere ao aspecto psicológico. Primariamente, depara-se com a anatomia, seguindo-se então o convívio diário com a dor, o sofrimento e a morte. A humanidade cria constantemente sistemas para se proteger da defrontação com essas limitações do homem, "mas o estudante de medicina é colocado diante disso tudo bruscamente"<sup>8</sup>. Uma vez que a morte nunca é experimentada, "pré-conceituamos" esse sentimento desconhecido, um verdadeiro terror por esse final inevitável, onipresente. Depositamos inconscientemente, nos primeiros aprendizados egóicos, o medo da "repetição do terror mortal experimentado em situações traumáticas"<sup>9,10</sup>. O estudante apresentado à morte sem preparo algum, sem nenhum ritual de passagem.

Outro aspecto é que a necessidade de superar a morte compreende o medo de se extinguir, de desaparecer que ela implica. Buscamos a autoconservação. A tanatofobia, por definição, representa o medo do componente "morte", seja ela iminente ou impregnado na fantasia gerada pelas diferentes patologias clínicas às quais o estudante é exposto. O elemento morte carrega o simbolismo de tudo aquilo sobre o que não temos controle, desconhecemos e não podemos alcançar. Tor-na-se nítida, assim, a função incumbida à negação do morrer. Uma vez que pensar na morte (das outras pessoas ou do paciente) significa cortejar a maior de todas as perdas, da validade de existir, automaticamente estaremos pensando sobre o sentido da nossa própria vida, do significado da nossa própria finitude.

Embora ainda existentes, modificaram-se os rituais fúnebres e retirou-se a ênfase do luto, ritual tão importante para todas as culturas. Culturalmente, margeia-se incansavelmente o morrer. No século XIX, a despedida, o contato final era importante. Diferentemente disso, o século XX teve o contato de despedida substituído por uma cortina negra de evitação. Falar da morte significa negar a vida. Pensar sobre morrer significa refletir sobre nossa vida<sup>11</sup>.

O acadêmico dos primeiros semestres, até então participante dos mecanismos sociais de esquiva da morte, é preparado para defender-se fisicamente do contato com as patologias, mas tem que descobrir sozinho algum modo para se proteger da "toxicidade psicológica". Como a elaboração do conteúdo ansioso do cotidiano do aluno de medicina frente aos doentes não é suficiente ou muitas vezes é inadequada, surgem diversos mecanismos de defesa peculiares dessa carreira<sup>8</sup>.



A defesa inconsciente se dá em cadeia, através de diversos mecanismos do ego: negação, projeção, formação reativa e identificação em excesso se ativam e dão respaldo as transformações pontuais do ego nessa fase<sup>12</sup>. O humor (chistes, caricaturar os pacientes e suas doenças) também é utilizado pelo inconsciente na tentativa de dissociar o sofrimento percebido. A negação consiste em um importante instrumento na manutenção do equilíbrio psíquico adaptativo. A projeção soma-se ao mecanismo anterior, projetando em outra pessoa o próprio sofrimento, o seu pesar individual. A projeção alia-se harmonicamente com a formação reativa no sentido de transformar o outro indivíduo (paciente/doente) na tela branca onde projeta as cores das quais não quer se ver pintado. A identificação é o encaixe perfeito nessa sucessão de eventos, onde há a busca nos outros indivíduos dos elementos considerados adequados para a atividade em questão. O estudante de medicina utiliza estes potentes instrumentos para despir-se de antigas posturas e na estruturação da sua personalidade adolescente, caracteristicamente com identificação marcada e excessiva. Eles são eficazes e necessários nesse contato desgastante com o sofrimento, mas podem prejudicar a elaboração necessária da empatia, tão essencial para que se estabeleçam as raízes da relação médico-paciente.

Comportamentos regressivos, que compreendem o uso dos mecanismos mais imaturos e primitivos como a negação, são esperados no ser humano enfermo. Uma condição ansio-gênica, respeitando o grau de autodeterminação, também desenvolve regressão no estudante. É percebida na observação de irritabilidade e aumento das exigências do doente, preocupado demasiadamente com seu corpo, e numa necessidade aumentada de atenção da equipe médica. Embora desejada em certo grau, em algumas situações ela não é adequada, uma vez que remete o indivíduo ao sofrimento daquela fase na qual retornou. Neste âmbito, médico e doente podem somar forças contra uma postura correta do paciente para com sua doença, pois o primeiro pode agir de forma a reforçar o funcionamento infantil do doente no que tange aos cuidados deste com sua doença. Regredir constitui, então, uma forma adaptativa de reação na busca pela assistência médica, que permite submissão ao tratamento, mas tem graduação dependente das características individuais.

No que diz respeito às motivações, há vários fatores que levam um indivíduo a escolher a profissão de médico. Vontade de curar, identificação com os pais, dinheiro, culpa, *status* e busca pelo sucesso são exemplos de motivações do ego na opção por esta carreira. Sabe-se, ainda, que o futuro médico também é motivado pela vontade de proteger sua família e a si mesmo do sofrimento e do morrer. É importante tomar cons-

ciência dessas razões, para que o médico consiga separar os próprios conflitos e emoções, dos sentimentos gerados pelo paciente.

Sá Jr.<sup>13</sup> abordou o tema sob outro ângulo. Neste trabalho, evoca a perda dos antigos conceitos de vocação. *"A vocação — entendida como desejo mais tendência para uma atividade — viu-se substituída pelo desejo do estudante, sem quaisquer considerações pelo pendor e possibilidades de sua personalidade"*<sup>13</sup>. Atenta, então, para uma insuficiente cobrança vocacional dos cursos, em função do privilégio dado ao alto custo. Tal situação denota um sentimento de que a necessidade de virtude é, por vezes, considerada antiquada.

É muito ilustrativo o trabalho de Noto<sup>8</sup>, que utilizou uma reunião seqüencial com internos e residentes para exemplificar como estes exteriorizavam a situação de morte com um sentimento de culpa e até mesmo faziam a interpretação consciente de que esse sentimento tem etiologia na onipotência da profissão médica. Os principais traços, que chamou de *"caracteriopatias profissionais"*, são a frieza afetiva no trato com os pacientes em todos os momentos da relação, uma impessoalidade, a negação da própria mortalidade; a onipotência que permeia todos estes mecanismos; a incapacidade de desempenhar outros papéis que não o de ser médico. Cita ainda que a onipotência é uma defesa psicológica diante de situações extremamente depressivas.

A despreocupação e o distanciamento são gerados pela má adaptação da pessoa-médico (e também da pessoa-estudante) no processo de convívio com o sofrimento. O estudante dissocia estes sentimentos do paciente e afasta da doença orgânica, que passa progressivamente a ser o foco de atenção. Inadvertidamente, levas de futuros médicos aprendem com preceptores e residentes a portar-se de forma *"autoritária e distante, claramente defensiva (...) passam a lidar com a morte como algo da realidade cotidiana, tentando banalizá-la"*<sup>11</sup>. Tal banalização se dá com um distanciamento progressivo por parte dos médicos, que realizam visitas mais raras e curtas aos pacientes, que têm piora da sua doença<sup>14</sup>. Nesse contexto, o estudante de medicina pode vir a se identificar com profissionais que mantenham esse afastamento gradual. Chama-se o racionalizar de *"neutralidade"* (substituição da aproximação do paciente pelos subsídios técnicos disponíveis), mecanismo de defesa que explica a evitação do relacionamento com o paciente e protege o estudante do sofrimento gerado pela morte de um indivíduo. Ele aprende a impedir a conscientização da própria mortalidade.

A onipotência é descrita por Pedrosa<sup>15</sup>, que a relacionou com a ausência de doutorandos ou residentes em algumas sessões de Grupos Balint (uma técnica de refletir sobre o tra-

balho médico) que descreveu e analisou em seu trabalho. A autora vê a onipotência como uma negação de um maior entendimento sobre a ação médica, vinculada ao medo do profissional de não possuir conhecimento suficiente. Há uma perpetuação do sentimento de ser onipotente. Em sua experiência, descreve que os estudantes que conseguiram uma autocrítica elaborada nessas reuniões de grupo passaram por um momento de depressão, com sentimentos de perda. Mas se sentiram impelidos a desejar projetos acerca de seu trabalho, que consideravam possível de ser recuperado.

Galvão<sup>16</sup> refere que o educando é ensinado a direcionar a entrevista com o paciente, quando este tem a imensa necessidade de falar, levando a conversa para o nosso interesse, de acordo com o nosso juízo, direcionando-a conforme nossa avaliação. *"Achamo-nos no direito de fazer o paciente esperar e, quando finalmente está diante de nós, cerceamo-lhe a possibilidade de expressar o que sente, no sentido mais amplo da palavra"*<sup>16</sup>. Na obra *A Morte de Iwan Ilitch*, de Tolstói<sup>17</sup>, podemos perceber a forma direcionada da entrevista, utilizada pelos médicos e ensinada aos estudantes, que prioriza o sintoma orgânico, observada na reação do personagem principal frente a uma segunda consulta médica: *"Naquele mês foi consultar outra celebridade. Essa celebridade disse exatamente o mesmo que a primeira, sendo que ele elaborou as perguntas de modo diferente e a entrevista com essa celebridade apenas fez dobrar nele as dúvidas e os temores."*<sup>17</sup>.

Dentre os estudos que buscam identificar a relação com a doença no estudante de medicina, um em especial mostrou quão necessários ainda são instrumentos mais sensíveis para essa questão e para esse grupo. Os autores Kellner, Wiggins e Pathak<sup>18</sup> compararam medos e sentimentos hipocondríacos entre estudantes do primeiro e terceiro anos do curso de medicina e alunos do curso de direito dos mesmos períodos. Com base no uso de dois instrumentos sobre características hipocondríacas (Escala de Atitudes Perante a Doença — EAPD — e Questionário de Cuidado com Doenças — QCD), encontraram poucas diferenças significativas ( $p < 0,001$ ) entre os dois grupos de estudantes. Os estudantes de medicina têm maior preocupação com hábitos saudáveis e com o corpo, o que indica que estes tomam mais precauções com a saúde e prestam atenção mais frequentemente a sintomas somáticos, mas têm, estatisticamente, o mesmo grau de sentimentos hipocondríacos que o outro grupo. Isso pode mostrar que a escola médica não desencadeia distúrbios hipocondríacos no acadêmico, apenas causa uma preocupação maior em relação a melhores hábitos e maior atenção à saúde. Questiona-se, no entanto, a sensibilidade das escalas utilizadas.

Em estudo similar, Avancine e Jorge<sup>19</sup> utilizaram a EAPD em estudantes de medicina da Escola Paulista de Medicina e

verificaram a diminuição da preocupação com sintomas dolorosos, menores precauções com a saúde, menos convicções hipocondríacas e preocupações com sintomas somáticos e, em comparação ao início do curso médico, menor procura de cuidados profissionais no final do mesmo. Relacionaram tais resultados à aquisição do conhecimento científico e ao processo de profissionalização médica, *"os quais podem localizar a saúde no médico e a doença no paciente"*<sup>19</sup>. Curiosamente, nas escalas que avaliaram o medo de doença e de morrer ao longo do curso, não houve diferença significativa nas diversas turmas ao longo dos 12 semestres daquela escola médica.

Na verdade, o que esses autores denominaram de "processo de profissionalização médica" se trata, na verdade, da dissociação da doença e do indivíduo acometido de uma enfermidade. Esta dissociação é ensinada subliminarmente nas discussões acadêmicas curriculares, enfatizada por muitos dos professores e preceptores, tornando-se, por fim, assimilada como "adequada" pelos alunos dos cursos médicos. Outra vez, é possível perceber a dificuldade no convívio com o processo do morrer e o surgimento de mecanismos defensivos que procuram diminuir a ansiogenicidade do cotidiano. A própria definição utilizada pelos autores já demonstra a familiaridade com a qual esse mecanismo dissociativo é empregado.

É importante atentarmos para o despreparo que o corpo docente, os preceptores e os complexos hospitalares têm no respaldo dos problemas enfrentados pelo estudante, já conhecidos pelos organizadores das fases do aprendizado. Além disso, há uma propensão individual, psicológica, com base no desenvolvimento da personalidade, que pode dificultar em alguns estudantes o contato com a realidade, que, quanto menos se estrutura, aumenta a chance de haver a identificação com a divindade, que confere o poder fantasioso de salvar.

O resultado dessa identificação desconexa com os limites da realidade é um estado depressivo, que pode culminar no suicídio do estudante ou profissional da área médica. Se analisarmos especificamente os estudantes de medicina, relacionamos os alunos com melhores notas mais propensos ao suicídio, por serem pessoas mais exigentes, mais suscetíveis às pressões impostas diante das falhas. O estudante passa a ter culpa pelo que não sabe e com isso se sente paralisado pelo medo de errar<sup>20,21</sup>. Este estado depressivo no estudante de medicina é comum e é um processo orientado pela própria estrutura curricular universitária<sup>22</sup>. Este currículo "oculto" propicia o desequilíbrio emocional do futuro médico, agravado pela sua falta de habilidades e instrumentos na universidade.

Debater as limitações e vulnerabilidades pessoais e profissionais, assim como discutir as patologias dos pacientes

pode constituir um instrumento de prevenção para os riscos de sofrimento nos profissionais da medicina.

### EXPECTATIVAS EM RELAÇÃO À PESSOA DO MÉDICO

“... Que não somos deuses descobrimos todos os dias, mas o sofrimento poderia ser muito menor, caso houvesse um preparo durante o curso médico”<sup>23</sup>.

A imagem do médico resulta da expectativa do paciente, este integrante da rede social vigente, que traz consigo o anseio desta. Agrega-se a esse anseio a busca e necessidade pessoal do próprio profissional em relação à sua representatividade. O paciente espera empatia e compromisso por parte do médico. Espera ainda competência técnica, principalmente que o médico continue estudando sempre e conheça não só sua especialidade, mas também as outras<sup>24</sup>. Assim, o ciclo se estabelece, e o médico reafirma suas capacidades no indivíduo doente que cobra a atitude onipotente. Dá-se, então, a busca incansável pela melhora do paciente, para confirmar suas habilidades e conhecimentos.

Estar doente é associado com inferioridade e fraqueza, o que facilmente se reflete na auto-estima. Alguns não admitem precisar do cuidado de outras pessoas, outros não aceitam exteriorizar seu medo. Doenças mentais e doenças sexualmente transmissíveis trazem consigo o preconceito do próprio indivíduo acometido, que acaba por projetar na figura do médico o sentido cultural pejorativo da sua doença.

O médico também assume uma figura mágica importante nas fantasias do paciente, adquirindo as características inconscientes das influências importantes sofridas pelo doente durante sua infância, visto então como a simbologia infantil do cuidador foi assimilada pelo paciente em seus primeiros anos.

Diante dessa carga de sentimentos trazidos pelo paciente, que vê o médico como possuidor das soluções para os problemas humanos, o médico se vê suscetível a uma identificação com ele e pode acabar por “desumanizar” o paciente, transformando-o em um órgão doente, para evitar uma aproximação com os seus sentimentos.

### A FORMAÇÃO MÉDICA

No tocante à formação acadêmica em particular, temos um ensino médico que ficou estagnado por várias décadas e somente nos últimos anos têm se deparado com a necessidade crescente de reformas curriculares e pedagógicas. Em pleno século 21, as faculdades de medicina ensinam os alunos a não se envolver emocionalmente com o sofrimento dos pacientes. O paradoxo está instalado: como ajudar sem envolver-se com a dor do indivíduo? Temos um profissional treinado

para diagnosticar doenças e restabelecer a saúde, mas não para enfrentar a morte e o morrer.

Sob a influência do rítmico descaso para com o ensino médico, em particular no tocante à empatia, levantou-se a bandeira de re-humanização do aprendizado dos futuros médicos. A humanização do ensino tem sido enfocada nos novos currículos médicos e mesmo na reestruturação dos clássicos. Carson<sup>25</sup> sugeriu a introdução de uma disciplina que ensinasse as Humanidades aos graduandos de medicina, incorporando no currículo, além da discussão filosófica, os aspectos morais destas nas experiências com a doença. Isso exercitaria a imaginação, assim como o intelecto.

O benefício da sensibilidade estaria a serviço do entendimento prático, de um entendimento de pessoas, aprendendo com elas. O ensino da ética médica também é considerado deficitário, e, segundo Hicks e colaboradores<sup>26</sup>, o despreparo nesta área causa um dilema ético nos estudantes de medicina.

A necessidade de humanização no ensino tem orientado a organização dos novos cursos de medicina, com a inclusão da Psicologia Médica. No estado do Rio Grande do Sul, existem poucas faculdades médicas com disciplinas curriculares específicas sobre psicologia na medicina. Entre elas, há o curso médico da Universidade Luterana do Brasil, Canoas (Ulbra). Neste curso, o Ciclo da Vida na Prática Médica é um programa com oito disciplinas que buscam “compreender o desenvolvimento da pessoa, desde a concepção até a morte, do mundo que a envolve e os seus transtornos”<sup>27</sup>. Este programa prioriza o contato precoce do estudante com os pacientes, possibilitando ao aluno uma integração mais humana e global durante seu aprendizado.

Meleiro<sup>28</sup> conclui que é um contra-senso sabermos que os estudantes de medicina aprendem e trabalham nas consideradas melhores faculdades do país, com as melhores equipes, e a sensibilidade geral da equipe hospitalar negligencia a saúde do estudante, principalmente com atitudes pejorativas em relação à doença mental.

Conforme Moretto e Mansur<sup>29</sup>, “o professor pensa que ensina o que quer ensinar e o aluno aprende dele o que quer aprender; não necessariamente aquilo que ele pretende estar ensinando”. Esta releitura mostra que, além da postura humanística do mestre, o aluno deve ser incentivado e orientado na aquisição de seus próprios conhecimentos, conscientizando-se da atitude ativa a assumir no decorrer do aprendizado da medicina. Humanizar o ensino significa interagir com pessoas, sem “coisificar” a relação<sup>30</sup>.

Uma das maneiras de suavizar a onipotência e humanizar os futuros médicos é a prática dos grupos de discussão sobre a atividade, a atualmente denominada Atividade Tufo-



rial Médica, que parece permitir mais adequadamente a expressão da afetividade, a imposição pessoal. Nesses grupos de reflexão, nos quais um tutor divide as experiências e mostra sua atitude para com os pacientes, os participantes podem se identificar com esse poder ou com os doentes tratados<sup>31</sup>.

O estudante é levado a dissociar o "lado humano" do "lado médico", tentando evitar o próprio sofrimento diante das situações de medo e culpa. A existência de modelos potenciais, com os quais o estudante possa se identificar, é necessária, correspondendo à área de atuação na qual ele pretende se estabelecer. É primordial que haja acesso do acadêmico à convivência direta com médicos ou preceptores do próprio curso, para que a formação de um modelo identificatório seja possibilitada, uma vez que somente o contato com a hierarquia do hospital-escola não é capaz de estabelecer essa identificação de forma adequada, na maior parte das vezes. A relação com os professores é pontuada por Rocco<sup>32</sup>, mostrando que estes podem ser bons ou maus modelos para o estudante, dependendo da forma como propiciam o contato com a motivação humana da profissão.

Postulam-se, então, como metas para a composição do ensino médico, medidas que permitam a identificação do estudante com profissionais claramente capazes de expressar e discutir seus sentimentos frente às situações de dor, sofrimento e morte. Sobretudo, buscam-se professores e preceptores mais empáticos com seus pacientes, hábeis no sentir e em verbalizar suas experiências com as sensações geradas corriqueiramente, oferecendo ao acadêmico a vivência mais saudável, mesmo que ainda ansiogênica, com a realidade do atendimento à doença. Segundo Barros<sup>33</sup>, a dependência psicológica do paciente para com seu médico é um fator tão primordial e fundamental, que o não estabelecimento dessa condição impede a existência de possibilidade de tratamento. É de suma importância para o médico ser capacitado para separar adequadamente seus próprios sentimentos sobre os comportamentos e atitudes do paciente, de suas obrigações fundamentais na assistência do enfermo. Quando o médico aprende a explorar o autoconhecimento e quando este é suficiente, ele consegue evitar que os seus próprios conflitos e sofrimentos atuem e interfiram na relação médico-paciente.

Arrisca-se a finalizar essa análise desenhando um ciclo que estabelece as deficiências na formação médica: os estudantes estão expostos a emoções negativas, como angústia, frustração e medo. Isso prejudica em muito seu aprendizado. Dessa maneira, um aprendizado deficiente aumenta a ansiedade e a frustração frente à necessidade de aplicar os conhecimentos adquiridos e novamente cria um incômodo constante no processo de aprendizado. Estabelecido este ciclo, a

atividade profissional acaba por sofrer pelo acúmulo progressivo de deficiências no conhecimento, recebendo um indivíduo que se sente despreparado e angustiado para desenvolver de forma ideal a sua tarefa social.

Busca-se, primordialmente, atenuar o despreparo do estudante diante de situações de sofrimento e morte; a dissociação da doença e do indivíduo doente; a defesa inconsciente exagerada e patológica; o distanciamento progressivo frente à piora do estado do paciente e a discrepância entre a idealização profissional e as condições reais da profissão médica. A atenuação destes aspectos diminui a possibilidade de desorganização emocional, depressão e outras alterações do equilíbrio psíquico-adaptativo, além de evitar o descontrole de impulsos capaz de culminar em suicídio.

A aprendizagem é uma área do conhecimento que pode subsidiar a formação do estudante de medicina, mas é uma entidade distinta, interdependente do ensino. É necessário prover este profissional da saúde de capacidade para manejar o distúrbio orgânico e as emoções implicadas nesta assistência. De forma ousada, poderíamos dizer que, para uma adequada formação e prática médica, é necessário que o futuro filho de Esculápio seja uma pessoa saudável, sobretudo mentalmente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jeammet P, Reynaud M, Consoli S. Psicologia médica. Rio de Janeiro: Medsi; 2000. p.353.
2. Simon R. "O complexo tanatolítico" justificando medidas de psicologia preventiva para estudantes de medicina. *Boletim Psiquiatr* 1971; 4(4):113-115.
3. Lima DRA, Smithfield RW. Manual de história da medicina. Rio de Janeiro: Medin; 1986.
4. Siqueira JE, Eisele RJ. O ensino da ética no curso de medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2000; 24(1):22-26.
5. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. O desenvolvimento humano ao longo do ciclo vital. In: *Compêndio de Psiquiatria*. 7 ed. Porto Alegre: Artmed; 1997.
6. Jeammet P, Reynaud M, Consoli S. Psicologia médica. Rio de Janeiro: Medsi; 2000. p.351-368.
7. Zimerman DE. A formação psicológica do médico. In: Mello Filho J e cols. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes médicas, 1992. p.64-69.
8. Noto JRS. A emergência de caracteriopatias profissionais em estudantes do 5º ano médico. *Boletim Psiquiatr*. 1984; 17:101-107.
9. Stern M. Fear of death and neurosis. *J Am Psychoanal Assn*. 1968; 16:30-31.

10. Zilboorg G. Fear of death. *Psychoanal Q.*1943;12:465-475.
11. Eizirik CL, Polanczyk GV, Eizirik M. O médico, o estudante de medicina e a morte. *Revista AMRIGS* 2000; 44(1/2):50-55.
12. Eizirik CL, Polanczyk GV, Eizirik M. O médico, o estudante de medicina e a morte. *Revista AMRIGS* 2000; 44(1/2):50-55.
13. Sá Jr. LSM. Ética do professor de medicina. *Bioética* 2002; 10(1):66-67.
14. Seravalli E. The dying patient, the phisician, and the fear of death. *N England J Med*1988; 319:1728-1730.
15. Pedrosa MAL. Reflexões sobre Michael Balint: comunicando uma experiência de grupos. In: Mello Filho J, (ed.). *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 152-9.
16. Galvão PBA. Tecnologia e medicina: imagens médicas e a relação médico-paciente. *Bioética* 2000; 8(1):127-136.
17. Tolstoi L. A morte de Ivan Ilitch. Porto Alegre: LPM; 1997.
18. Kellner R, Wiggins RG, Pathak D. Hypochondriacal fears and beliefs in medical and law students. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43:487-489.
19. Avancine MATO, Jorge MR. Medos, atitudes e convicções de estudantes de medicina perante as doenças. *Rev Psiq Prat Méd* 2000;33(1):2-9.
20. Millan LR, Rossi E, DE Marco OLN. O suicídio entre estudantes de medicina. *Rev Hosp Clin Fac Méd São Paulo* 1990; 45:145-149.
21. De Marco OLN, Rossi E, Millan LR. Considerações acerca do "erro médico" e de suas implicações psicológicas. *Rev ABP-APAL* 1992; 14(2):67-70.
22. Supe NA. A study of stress in medical students at Seth G. S. Medical College. *J Postgrad Med* 1998; 44(1):1-6.
23. Rosa CAP. A morte o ensino médico. *Rev Bras Educ Med* 1999; 23(2/3):52-67.
24. Morinaga CV, Konno SN, Aisawa RK, Vieira JE, Martins MA. Frases que resumem os atributos da relação médico-paciente. *Rev Bras Educ Med* 2002; 26(1):21-27.
25. Carson RA. The formation of medical imagination. *Rev Bras Educ Med* 2000; 24(1):31-35.
26. Hicks LK, LIN Y, Robertson DW, Robinson DL, Woodrow SI. Understanding the clinical dilemmas that shape medical student's ethical development: questionnaire survey and focus group study. *BMJ* 2001; 322:709-710.
27. Monteiro, OFCC, Celia, S. O ciclo da vida no curso de medicina. *Arquivos Médicos da Universidade Luterana do Brasil* 2001; 4(2):3-5.
28. Meleiro A. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. *Rev Ass Med Bras* 1998; 44(2):135-140.
29. Moretto R, Mansur OC. Ser Professor: as múltiplas dimensões da docência. *Rev Bras Educ Med* 2000; 24(2):5-8.
30. Cruz EMTN. O prefixo des, a prática e o ensino médicos: Humanizar É Preciso. *Rev Bras Educ Med*. maio/ago 2002; 26(2):128-131.
31. Jeammet P, Reynaud M, Consoli S. *Psicologia médica*. Rio de Janeiro: Medsi; 2000. p.351-368.
32. Rocco RP. Relação estudante de medicina-paciente. In: Mello Filho J e cols. *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes médicas, 1992. p.45-56.
33. Barros CASM. A relação médico-paciente. In: *Alcoolismo, Obesidade, Consultoria Psiquiátrica*. Porto Alegre: Movimento, 1994. p.148-152.

#### Endereço para correspondência

Fabrício Cavion Castro

Rua Mariante, 784 — apto. 303 — B. Rio Branco  
90430-180 — Porto Alegre — RS

E-mail:

fabriciocastro@hotmail.com

fabriciocastro@poa@yahoo.com.br