

# O Significado de Saúde e Doença para o Aluno de Medicina ao longo da Graduação: Estudo Exploratório entre Alunos da Unifesp-EPM

## The Meaning of Health and Illness for Medical Students during the Undergraduate Course

Tatiana Gottlieb Lerman<sup>1</sup>  
Maria Luiza de Mattos Fiore<sup>1</sup>  
Sérgio Luís Blay<sup>1</sup>

### RESUMO

No início da graduação, a compreensão sobre saúde e doença do aluno depende de seus conhecimentos e experiências prévias, bem como do grau de contato com a prática médica e a realidade que envolve esse tema. Neste estudo, pretende-se compreender qual é a visão de saúde e doença que permeia a mente dos futuros médicos e traçar que relações são estabelecidas entre a noção de saúde e doença com as experiências pessoais e profissionais do aluno ao longo da graduação. Foi realizado um estudo qualitativo, utilizando-se um questionário psicossocial e entrevista semiestruturada com alunos do primeiro, terceiro e sexto ano de um mesmo ano letivo da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp-EPM). O material foi submetido à análise de conteúdo. As experiências e características pessoais de cada participante, assim como as experiências curriculares e extracurriculares e o currículo oculto influenciam tanto a visão que possuem de saúde e doença quanto a escolha profissional. Nota-se certo esfriamento na relação médico-paciente e uma postura de maior desconfiança em relação aos pacientes ao longo da graduação. Os alunos têm o conhecimento de uma visão mais global e humana dos pacientes, mas não conseguem colocá-la em prática. Observa-se que essa problemática está vinculada ao fato de terem dificuldade de entrar em contato com os aspectos emocionais despertados na relação médico-paciente.

### ABSTRACT

Medical students' views on health and illness in the early stages of their degree course depend on their knowledge and past experiences as well as the amount of contact with medical practice and the reality surrounding this issue. The aim of this study was to understand the view of health and illness in the minds of future doctors and to delineate the relationships established between the notion of health and illness, the school curriculum, personal experiences, and the social and professional students' trajectory throughout the course. A qualitative study was conducted, with a psychosocial questionnaire and semi-structured interviews used on students in the first, third, and sixth year at the Federal University of São Paulo (Unifesp-EPM) in 2008. The material was subjected to content analysis, identifying the experiences and personal characteristics of each participant, as well their curricular and extracurricular experiences, and determining how the hidden curriculum influences both their views on health and illness as well as their career choice. A certain coldness may be noted in the doctor-patient relationship, as well as a greater distrust of patients. Graduating students demonstrated a need to protect feelings aroused by their experiences of the medical course. It is clear that students are aware of a more global and human view of their patients, however, it seems that they know this merely cognitively and are emotionally unable to put it into practice. This issue may be linked to the fact that they experience difficulties dealing with the emotional aspects of the doctor-patient relationship.

### PALAVRAS-CHAVE

- Psicologia Médica;
- Estudantes de Medicina;
- Saúde;
- Doença;
- Educação Médica;
- Relação Médico-Paciente.

### KEYWORDS

- Medical Psychology;
- Medical Students;
- Health;
- Illness;
- Medical Education;
- Doctor-Patient Relationships.

Recebido em: 15/06/2015

Aprovado em: 11/04/2016

## INTRODUÇÃO

Os conceitos de saúde e doença mudam ao longo do tempo e dependem do enfoque e paradigmas utilizados, das formas de organização sociais, da relação do sujeito com seu meio, da cultura e do momento histórico.

A literatura sobre a história da medicina destaca períodos e modelos representativos, tais como o modelo primitivo, a medicina grega, o modelo cartesiano, o modelo romântico, a evolução com os avanços das ciências biomédicas e o modelo biopsicossocial<sup>1</sup>.

No decorrer dos séculos, as representações de saúde e doença transitaram do sobrenatural ao natural, do religioso ao científico – compreendidas como o resultado de consequências externas, contra as quais o ser humano não tinha controle, outrora, como resultado de algo que o próprio doente tivesse provocado, considerando as doenças como punições. Posteriormente, admitiu-se a influência de fatores sociais e ambientais. Noções de infecção, contaminação, inflamação e higiene foram agregadas às representações de saúde e doença<sup>2</sup>.

Com os avanços das pesquisas e da fisiologia experimental do final do século XIX, surge o modelo biomédico, que considera a doença como um desvio do normal, um desequilíbrio não natural. Distancia-se da interação entre os fatores psicológicos, biológicos, ambientais e pessoais para as anormalidades biológicas e ganha força a dissociação entre a doença e o doente. Prevalece a visão fragmentada do homem, estudado em partes e fora do seu contexto para que se tenha mais objetividade, resultados padronizados e reaplicáveis<sup>3</sup>.

A manipulação e a dominação da natureza contribuíram maciçamente para a descoberta de novas medicações e o aumento da expectativa de vida. Por outro lado, surgiu um maior distanciamento da visão do homem como pessoa vista de forma global<sup>4</sup>. Na tentativa de explicar o todo, o modelo biopsicossocial acredita que o homem não pode ser compreendido pela separação de suas partes. Nesta visão, o universo está em constante formação e existe uma interdependência mente-corpo que não pode ser negada. O ser humano está imerso num ambiente multifatorial e complexo<sup>5</sup>.

A definição da Organização Mundial da Saúde não deixa clara a integração de todas as instâncias do ser humano em sua definição de saúde e doença, prevalecendo a distinção entre mente, corpo e social<sup>6</sup>. Isto demonstra o quão árdua ainda é a conceituação do binômio saúde e doença<sup>7</sup>.

Para Canguilhem<sup>2</sup>, a deficiência de saúde ou a doença podem ser consideradas como a restrição da margem de segurança, uma limitação do poder de tolerância e compensação às agressões do meio ambiente. Saúde é entendida como a possibilidade de enfrentar novas situações e a capacidade de

instaurar novas normas em situações adversas. Desse modo, a doença seria uma nova dimensão da vida<sup>2</sup>.

Caponi<sup>8</sup> destaca que o equilíbrio entre o organismo e o meio é uma das definições mais clássicas de saúde, porém acaba reduzindo o fenômeno da saúde a um mecanismo adaptativo, sem levar em consideração que muitas vezes o próprio meio e a distribuição social é que determinam e condicionam o surgimento de uma doença<sup>8</sup>. O sujeito que adoecer está inserido numa sociedade estruturada em divisões de classes que determinam o seu acesso ao consumo de bens, serviços e informações diferentes. O processo saúde e doença é um fenômeno psicossocial, historicamente construído, que pode ser um indicador da ideologia vigente sobre o adoecer e os doentes em determinada sociedade<sup>7,9</sup>.

Para Winnicott<sup>10</sup>, a doença é um processo subjetivo no qual o que o corpo sente não é separado do significado, do sentido e da percepção que o paciente tem do mesmo. O autor afirma que a saúde tanto física, quanto mental e intelectual dependem uma da outra, do modo como ocorre o amadurecimento e do modo como o indivíduo ultrapassa os acidentes e falhas do ambiente. O desenvolvimento por si só é doloroso e pontilhado de conflitos, ou seja, o corpo acaba por sofrer mesmo quando não existem doenças primariamente físicas.

A cada ano que passa, a idade média dos alunos que ingressam na faculdade de Medicina é menor, ou seja, são pré-adolescentes do ponto de vista psicossocial. Momento de identificação com as figuras idealizadas no cotidiano. O médico, idealizado, pode perder força durante a graduação, período em que os estudantes entram em contato com as limitações diante da natureza, da morte, da dor e do sofrimento<sup>4,11</sup>.

Independentemente das estruturas das diferentes escolas médicas, há no processo de formação momentos críticos, geradores de estresse e de grande impacto emocional e de caráter até mesmo previsível<sup>12</sup>. Destacam-se a entrada na faculdade, os anos básicos distanciados da aplicação clínica, o contato com o cadáver e a morte, o primeiro paciente e o contato com o sofrimento nas diferentes áreas durante o internato. Ao final do curso, a escolha da especialidade e o desafio da entrada na residência reavivam as razões da própria escolha da Medicina<sup>12,13,14</sup>.

Observa-se um declínio na saúde psicológica e o aparecimento de transtornos mentais que podem ser compreendidos tanto por influência de fatores pessoais e familiares, fatores envolvidos na escolha profissional, como também pelos sentimentos e sofrimento despertados durante a graduação<sup>15,16,17</sup>.

Segundo Dejours<sup>18</sup>, os trabalhadores se defendem do sofrimento gerado no trabalho por meio da negação e/ou desenvolvendo pensamentos e sentimentos que se configuram em ideologias e estratégias defensivas coletivas. Com a negação,

o trabalhador, e neste caso o aluno de Medicina, vive um conflito e fica impedido de reconhecer o sofrimento em si mesmo e nos demais<sup>18</sup>. Por outro lado, o envolvimento em defesas coletivas permite dar andamento à atividade.

Fiore e Yazigi<sup>19</sup> fizeram um estudo exploratório a respeito dos fatores psicológicos e sociais envolvidos na escolha e na prática das diversas especialidades médicas e constataram a existência de defesas coletivas contra as ansiedades resultantes do constante lidar com situações de impotência relacionadas à tarefa médica.

Fatores conscientes e inconscientes estariam relacionados à escolha profissional da medicina<sup>19,20</sup>. Milan *et al.*<sup>20</sup> destacam elementos inconscientes envolvidos na escolha profissional, citando três categorias: desejo de ver, reparar e poder. No caso da primeira, trata-se da curiosidade pelo corpo humano e dois tabus: o sexo e a morte. O médico lida com o corpo despi-do para o exame físico, entra em contato com a intimidade de seus pacientes e detém informações a respeito do ser humano que nenhum outro profissional possui.

A segunda categoria se origina do conceito psicanalítico de reparação, ou seja, no desejo de reparar a mãe, que em outro momento fora atacada em pensamento pela criança. Existe uma necessidade de reparar os impulsos agressivos, que pode ser por impotência, ou seja, pela vivência da impossibilidade de prevenir ou curar uma doença própria ou de alguém próximo à criança; ou ainda pode ser por rejeição emocional, que seria a reação de adaptação à fragilidade sentida ou à baixa estima.

A terceira categoria, o desejo de poder, diz respeito à onipotência, elemento crucial no desenvolvimento humano. A onipotência está a serviço de defesas contra a doença, o sofrimento e a morte<sup>20</sup>.

Estudos apontam mudanças nas atitudes dos alunos de Medicina em relação aos pacientes e ao modo como encaram a profissão ao longo da graduação. Foi relatada diminuição da empatia dos alunos pelos pacientes. Percebem-se mais cínicos, mais preocupados em ganhar dinheiro, mas também se sentem mais úteis e com maior possibilidade de ajudar os pacientes<sup>21-24</sup>.

O processo da educação médica pode ter um impacto tanto negativo como positivo na atitude dos alunos e que se mantém ao longo do curso<sup>25</sup>. No entanto, é frequente uma dissociação entre a doença e o indivíduo, assim como o predomínio da visão biomédica<sup>26</sup>.

O chamado currículo oculto – definido como um dos fatores que influenciam o aprendizado, tanto no nível da estrutura organizacional, quanto culturalmente<sup>27</sup> – engloba histórias, piadas e anedotas advindas do entorno universitário que fun-

cionam como parte da cultura oral do treinamento médico<sup>28,29</sup>. Os modelos negativos com que os alunos se deparam durante a formação parecem afetá-los de forma mais intensa do que os modelos positivos<sup>27</sup>.

Ao olharmos para o aluno sob a perspectiva do mito de Esculápio ou do Curador Ferido<sup>30</sup>, é possível notar que a relação médico-paciente envolve o lado ferido do médico e não somente do paciente. A vontade de ser médico estaria vinculada ao desejo inconsciente de curar a si mesmo por meio da pessoa do paciente, lidando, assim, com aspectos infantis e regressivos, referindo-se à projeção que o médico faz no paciente de suas próprias dificuldades<sup>20</sup>.

O modelo de relação médico-paciente comunicacional torna-se mais viável e menos ameaçador quando o médico consegue se perceber possuidor de dores e sofrimentos, como é da natureza humana. Em decorrência disso, pode-se abrir espaço para que o paciente participe mais do seu tratamento e o médico mantenha uma postura mais terapêutica<sup>31,32</sup>.

## OBJETIVOS

Examinar e compreender o significado e a visão de saúde e doença para os alunos de Medicina ao longo da graduação; analisar as experiências pessoais com o adoecer e a morte e as relações estabelecidas com a visão de saúde e doença.

## RECURSOS METODOLÓGICOS

Utilizou-se uma abordagem metodológica qualitativa<sup>33</sup>. Os instrumentos empregados – questionário sociodemográfico e entrevista semiestruturada – visaram evidenciar tanto as características subjetivas, como os aspectos sociais e econômicos relacionados aos indivíduos.

O questionário pretendeu caracterizar os participantes quanto a idade, sexo, situação conjugal, procedência, naturalidade, ano letivo atual, escolaridade e ocupação dos pais, avós e irmãos, e escolha profissional. Pretendeu-se ter uma ideia da trajetória social de cada indivíduo<sup>33</sup>.

Para a entrevista, foi elaborado um roteiro com temas predefinidos sobre: significado de saúde, doença, estar saudável, estar doente; investigação de experiências pessoais, ou na família, de doença ou morte; atitudes tomadas quando adoecer e para evitar adoecer ou manter-se saudável; e, por fim, sobre escolha profissional<sup>34,35</sup>.

## Amostra

O estudo foi realizado na Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Escola Paulista de Medicina, com alunos do curso de Medicina, abordados de forma aleatória entre aqueles que estavam no primeiro, terceiro e sexto anos do mesmo ano leti-

vo. Utilizou-se o critério de saturação da amostra para escolha do número de participantes<sup>36</sup>.

A participação do aluno foi solicitada mediante a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e sua autorização para que as entrevistas fossem gravadas e posteriormente transcritas.

### Análise dos dados

As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo, que se baseia na análise sistemática dos dados sem o intento de testar uma teoria previamente elaborada<sup>34,36,37</sup>.

O material foi avaliado de acordo com os dados que emergiram da pesquisa de conteúdo, levando-se em consideração o contexto, o sexo e o período do curso<sup>37</sup>.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

No ano do estudo, o total de alunos matriculados no primeiro, terceiro e sexto anos era de 356 (149 do sexo feminino e 207 do masculino). Para cada aluno entrevistado, uma mulher e um homem do primeiro ano, uma mulher e um homem do terceiro e do sexto ano também eram entrevistados. Ao final do processo, fez-se contato com 55 alunos, sendo que 24 aceitaram participar. Formaram-se grupos de oito alunos, quatro mulheres e quatro homens, para o primeiro, terceiro e sexto anos, respectivamente. Trata-se de um grupo jovem, com idade média de 20,5 no primeiro ano, 21,87 no terceiro e 25,25 no sexto ano.

Assim como na literatura<sup>20</sup>, os relatos levantaram motivos conscientes e inconscientes para a escolha profissional. Citaram-se motivos tais como gosto pela biologia e curiosidade pelo corpo humano, querer ajudar, cuidar e sentir-se importante para alguém:

*“Eu acho que sempre tive esse lado de gostar de ajudar os outros, sempre tive bastante isso e como eu lidei, fiquei um tempo com meu pai e meu pai teve farmácia...” (masc., 1º ano), “Na verdade, desde criança eu queria fazer medicina, mas eu acho que era porque eu gostava muito do meu pediatra...” (fem., 3º ano).*

Podem-se observar elementos inconscientes<sup>20</sup>, como desejo de ver:

*“cientificamente é fantástico, entender como funciona o corpo humano, depois usar esse conhecimento para ajudar uma pessoa que está mal, pra ela ficar bem de novo” (fem., 1º ano);*

Desejo de reparar:

*“quando meu avô adoeceu, foi triste porque um dia ele estava andando, conversando, e no outro ele estava olhando pro nada... eu tinha 12 anos e não sabia reconhecer que alguma coisa estava errada... a gente não sabia muito o que fazer, porque não tinha muito o que fazer, muito ruim; alguém tinha que ter feito; eu me senti muito culpada de não ter feito nada assim” (fem., 1º ano);*

E desejo de poder:

*“desde pequeno... medo da morte e acho que a medicina pra mim é uma espécie de fuga da morte, só que na verdade você fica cada vez mais próximo dela” (masc., 3º ano).*

Ao lado do sentimento de onipotência está o sentimento de impotência, ou seja: por um lado, os alunos se sentem contentes e eufóricos por terem passado no vestibular, imaginam a medicina como a possibilidade de curar e salvar, acabar com a dor e o sofrimento; por outro lado, se deparam com a necessidade constante de continuar estudando, com as limitações e a realidade da medicina<sup>23</sup>:

*“foram experiências desagradáveis... ver um tio que tem um aneurisma, que estava bem, foi fazer uma cirurgia e depois de um, dois, três dias acabou falecendo, é meio frustrante, você ver que não pode fazer nada; nessa época eu já fazia Medicina” (masc., 6º ano).*

Nos estágios práticos, os sentimentos de impotência aparecem com grande intensidade<sup>13,14</sup>:

*“a gente estava passando visita na sala de emergência, a paciente estava instável e foi decidido que não iam mais investir... e a gente ficava tenso; ela estava gemendo, então falaram: ‘a gente vai dar morfina pra ela’, e deram, e a gente passando visita e meio que prestando atenção nela; ela marcou a gente, foi gemendo, gemendo, morreu na nossa frente que nem um passarinho, acabou, a gente ficou meio assustado” (fem., 6º ano).*

A doença é vista como uma limitação, emocional, física ou socioeconômica, que impede a pessoa de manter suas atividades rotineiras. Outros alunos agregam ideias, tais como um padrão de normalidade, ora regido por algo externo, ora referente a cada pessoa, que se tornaria alterado no adoecer; uma falta de equilíbrio entre os aspectos orgânicos, mentais, socioeconômicos, hábitos de vida e comportamentos; e em algumas entrevistas aparece a noção de um agente causador como sinônimo da doença ou algo que levasse a pessoa a adoecer:

*“Adoecer eu acredito que seja você sair do que considera um bom estado, ter prejuízo tanto no seu trabalho, na sua vida social ou na vida pessoal mesmo; tem tanto o lado biológico – a pessoa adoecer, ter uma infecção, ter um tumor – ou tem o adoecer mentalmente, que eu acredito que é ela mesma se transformar em doente ou ter um problema para o qual não encontra a solução” (masc., 3º ano);*

*“Qualquer distúrbio da capacidade normal que a pessoa está passando, que não está se enquadrando naquilo que a gente entende como padrão” (masc., 1º ano).*

Nos relatos, percebe-se a ideia da doença causando impacto no trabalho e nas atividades rotineiras das pessoas, mas não aparece a concepção dos meios de organização da sociedade e do trabalho como fontes ou desencadeadores do processo de adoecer.

Saúde foi equiparada com felicidade ou com ausência de dor ou sofrimento:

*“Estar feliz pra mim é estar saudável, independentemente das condições em que você possa estar, mesmo que você more numa favela, mas se você estiver feliz com você mesmo, se você tiver aspirações...” (masc., 6º ano).*

A ideia de adoecer enquanto processo apareceu nos relatos desde o primeiro ano, como podemos perceber no trecho a seguir:

*“Saúde é um processo em andamento, não tem como falar em saúde como algo pontual... é influenciada por diversos fatores de caráter religioso, genético, familiar, socioeconômico, que mudam ao longo do tempo, e, dessa forma, o estado de saúde também está suscetível a essas mudanças” (masc., 1º ano).*

A responsabilização da pessoa pela sua doença e por sua vontade, ou não, de mudar e dessa forma permanecer doente ou saudável também pode ser percebida na fala dos três anos:

*“A possibilidade de se manter saudável pode ser dividida em 80% como responsabilidade da pessoa, e o ambiente ficaria com os 20% restantes. Manter relações sociais, familiares, amigos, fazer exercícios” (fem., 6º ano).*

Outro pensamento presente nos depoimentos, ao longo dos três anos, é a noção de equilíbrio entre o organismo e o meio<sup>8</sup>:

*“Estar saudável vai além de não ter uma doença, pode-se não ter uma doença e não estar saudável... estar de acordo com o que seu organismo decida... lidar de acordo com a natureza; eu acho que ninguém que mora numa cidade como São Paulo consegue ser 100% saudável... levar o seu dia com a maior naturalidade possível...” (masc., 3º ano).*

Alguns participantes compartilham de uma visão que destaca o biológico, entendem saúde e doença como um campo estritamente médico, como propõe o modelo biomédico, que localiza a doença no organismo, num órgão, no físico, no tecido, no gene e na enzima<sup>3,38</sup>:

*“Saúde é a mesma coisa que estar saudável, mas, além de você estar se sentindo, não está mais tanto na sensação da pessoa, tem a ver com ela estar de fato saudável do ponto de vista acho que orgânico mesmo...” (fem., 3º ano).*

Nota-se uma dificuldade de integração dos aspectos mente e corpo; alguns entendem que um aspecto influencia o outro, numa visão de causa e consequência:

*“Vai um pouco além da questão da biologia, é não estar bem, pode ser na própria casa, na sociedade... quando algo não funciona bem e traz consequências para o estado físico...” (fem., 3º ano).*

Na tentativa de achar uma resposta para os fenômenos ainda sem explicação, uma aluna do sexto ano comenta:

*“depressão, falta de serotonina, se todo mundo a quem você dá serotonina ou inibidor melhora, por que tem gente que não melhora? Então é porque tem algo a mais... escutou barulho e aí foram lá olhar, os pacientes estavam morrendo, sabe, umas coisas assim, e eu não acho impossível ter alguma coisa espiritual mesmo...” (fem., 6º ano).*

Esta fala nos remete ao modelo primitivo da medicina<sup>2,3</sup>. Notamos uma separação entre corpo e mente, sendo que aquilo que não se encaixa na esfera do mental nem do corporal seria o que a aluna chama de espiritual.

Em relatos presentes nos três anos de graduação, é possível notar uma postura distanciada e uma tentativa de minimizar o impacto gerado por certas experiências próprias ou situações pelas quais passam outras pessoas<sup>18</sup>:

*“drenagem pleural tal, eu lembro, é que eu era criança... mas hoje eu fiquei bem, tenho só uns 5% de sequela em ‘hemitó-*

*rax'; depois disso, eu só fui ter uma artrite reumatoide juvenil com 16 anos, mas tomei corticoide e nunca mais recorreu, fiquei bom" (masc., 6º ano).*

Os alunos do primeiro ano apresentam-se mais entusiasmados com o curso e com aquilo que acreditam que serão capazes de fazer pelos pacientes quando se tornarem médicos, o que denota maior idealização da medicina e do papel do médico. Demonstram-se mais onipotentes diante do adoecer, da doença e da morte<sup>11,22,25</sup>:

*"você só descobre o que é a medicina quando está dentro dela; antes de eu fazer, eu achava gratificante conversar com o paciente e dar aquele apoio, criar aquele vínculo e resolver, e ver a cara dele, como ele estava gostando de ser atendido, como o tratamento funcionava, fazer ele confiar em você assim; você se engrandece com isso, como você se sente completo com isso..." (fem., 1º ano).*

No relato dos entrevistados do sexto ano, percebe-se menor idealização da profissão médica e da medicina. No entanto, o sentimento despertado pela impotência diante da morte permanece intenso, talvez por terem tido contato com pacientes graves e com a morte em suas experiências no ambiente médico-hospitalar<sup>13,14,38</sup>. Podemos observar essa experiência na fala de três alunas sobre uma possível escolha da especialidade de Ginecologia e Obstetrícia:

*"você acompanha a grávida durante os nove meses, começa a ganhar confiança da paciente, depois você atua no parto, uma ala mais alegre da medicina; não vai ficar vendo o dia inteiro aquela coisa da doença..." (fem., 3º ano).*

Observa-se a questão do feminino, ligado à geração da vida, em contraposição à doença e à morte. Gilbert et al.<sup>38</sup> encontraram a mesma postura nos relatos de ginecologistas e obstetras recém-formados.

Quanto aos alunos do sexto ano, nos chama a atenção que, mesmo com a proximidade da prova de residência, uma vez que as entrevistas foram feitas no segundo semestre, nem todos estavam completamente decididos quanto à especialidade. É provável que, como aponta Bellodi<sup>12</sup>, conflitos relacionados à escolha profissional tenham sido reavivados na decisão por uma especialidade:

*"Então de especialidade eu estou quase decidido, quase 100%, a fazer clínica médica..." (masc., 6º ano);*

*"eu não consegui ainda me decidir, esse é meu dilema, essa é minha doença do momento..." (fem., 6º ano).*

É possível notar mudanças de atitudes dos alunos, tanto positivas como negativas, em relação aos pacientes e à medicina. Eles se percebem mais distantes dos pacientes, menos empáticos, mais desconfiados e frios diante do sofrimento e da dor, mas, por outro lado, mais realistas diante do universo médico<sup>11,21,22,23</sup>:

*"passei por um momento em que achava que resolvia os problemas, por um que achava que não tinha como fazer mais nada, então me desmotivei... pra depois ver que mesmo nas piores situações o profissional tem um papel; o conceito de saúde, o processo de saúde e doença... eu tenho bem claro, mas, na prática, o que a gente é muito levado a fazer não é isso... por causa da dificuldade da saúde, do sistema de saúde, acaba ficando só na teoria mesmo... A gente acaba ficando meio endurecido com as situações, as coisas que às vezes deixavam a gente mais abalados não deixam mais porque eu acho que, por uma questão de exposição, você é exposto várias vezes e acaba sabendo se proteger, racionalizar aqueles problemas que você enfrenta..." (masc., 6º ano).*

Ao longo das entrevistas, aparecem descrições de situações que demonstram a influência do currículo oculto e principalmente dos modelos<sup>27,28,29</sup> na formação do aluno:

*"durante o curso, eu acho que a gente deve ir perdendo um pouco essa ideia de relacionamento... a gente observou... os médicos vão se tornando cada vez mais frios, menos humanos; o médico, muitas vezes, nem olha direito pro paciente, vai embora, é muito mal educado, tem um aspecto arrogante... acabam ensinando a gente a ser desse jeito durante o curso..." (masc., 1º ano).*

É possível constatar o peso que a influência do modelo negativo pode exercer na formação do aluno e na compreensão de saúde e doença. Alguns estudantes podem aprender com professores ou colegas mais velhos uma postura profissional ou um modelo de relação médico-paciente que não é o esperado<sup>27</sup>.

A relação médico-paciente poderá se tornar menos polarizada quando os alunos puderem se perceber do outro lado dessa relação. É como se pudessem olhar para a própria ferida<sup>8,31,38</sup> e dessa forma estabelecer uma relação médico-paciente mais harmônica e integral:

*“Quando eu era pequena, tive uma reação vacinal muito rara... a vida inteira minha mãe meio que me protegia... eu tinha uma perspectiva de que eu era uma criança doente, tinha essa imagem de que eu não podia fazer o que as outras crianças faziam, e hoje eu tenho uma vida absolutamente normal. Às vezes, quando vejo as pessoas que têm alguma restrição, tenho mais ou menos a sensação... eu tenho um pouco da noção de que às vezes a pessoa se sente um pouco excluída do mundo porque ela não pode fazer o que as outras pessoas fazem...” (fem., 6º ano).*

Para alguns participantes, ainda não é possível se imaginar no lugar dos pacientes, talvez pela falta de uma experiência própria mais concreta ou pela necessidade de manter distanciamento:

*“eu não sei, pra mim é muito difícil me imaginar doente, no lugar de doente, como eu reagiria” (fem., 3º ano).*

No entanto, sabemos que, no decorrer do curso, ao passarem pelas disciplinas e aprenderem sobre os sintomas e as doenças, é comum que muitos alunos acreditem que algo esteja acontecendo com eles. Observa-se que o curso leva a uma suposta identificação com o lado doente – e dizemos suposta porque parece haver muito mais uma autorreferência do que uma autorreflexão a respeito do que acontece consigo mesmo.

No tocante ao medo da morte, para alguns participantes as defesas utilizadas são de ordem mais pessoal; para outros, observamos um discurso ou relatos de comportamentos que se repetem entre os demais alunos e que poderíamos chamar de defesas coletivas vinculadas à tarefa médica<sup>19,39,40</sup>:

*“eu gosto de ter correria, de ter aquela coisa... não sei explicar, aquela confusão que é o pronto-socorro... eu desencano dos problemas de fora...” (fem., 6º ano).*

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As experiências e as características pessoais de cada participante influenciam a visão que possuem de saúde e doença, a escolha profissional da Medicina e posteriormente de determinada especialidade. Demonstram necessidade de se proteger dos sentimentos despertados nas experiências relacionadas à doença, morte, dor e sofrimento.

Além das vivências pessoais anteriores à entrada na faculdade, as experiências curriculares e extracurriculares, bem como o currículo oculto têm marcada influência na concepção dos alunos sobre saúde e doença, seja pela reflexão provocada

por essas experiências, seja pelo contato ou necessidade de distanciamento dos sentimentos despertados por elas. A mais marcante é a cristalização de defesas psíquicas relacionadas ao processo de escolha profissional da medicina e da especialidade.

Podemos notar certo esfriamento na relação médico-paciente, percebido por uma postura de maior desconfiança dos alunos em relação aos pacientes, e menor impacto diante da dor, do sofrimento e da morte. Isso nos leva a pensar que se trata de defesas coletivas utilizadas pelo grupo.

Em muitos relatos, mas principalmente na fala dos alunos do primeiro ano, parece haver uma repetição de um discurso oficial. Os alunos do sexto ano puderam rever e reformular conceitos prévios, relacionar e integrar os aspectos vinculados à mente e ao corpo, além de conseguirem explicar melhor essa relação por meio de exemplos. Porém a articulação entre os aspectos sociais, econômicos, culturais, psicológicos e biológicos do processo do adoecer ainda permanece frouxa para os alunos. Eles sabem da influência desses fatores, mas não fica evidente na fala a compreensão da relação desses fenômenos de forma dinâmica e integrada.

Fica claro que os alunos possuem o conhecimento de uma visão mais global e humana do paciente, em que caberiam a dor e o sofrimento. No entanto, é como se cognitivamente detivessem esse conhecimento, mas emocionalmente não conseguissem colocá-lo em prática. Essa problemática estaria vinculada ao fato de terem dificuldade de entrar em contato com esses aspectos em si mesmos.

Ao refletirmos a respeito do mito do Curador Ferido<sup>30</sup>, notamos a cristalização da posição do futuro médico no lado do curador, um curador que não consegue lidar com o fato de que a dor, o sofrimento, a morte e as doenças também fazem parte de suas vidas. Por vezes, os alunos apresentam inclusive dificuldade de se perceberem doentes e de pedirem ajuda. Tais aspectos, aliados às defesas psíquicas mais estruturadas, podem levar a maior dificuldade na interação com os pacientes e na manutenção de uma visão mais integral e humana.

É válido que os profissionais vinculados à educação médica se empenhem também em cuidar do lado “ferido” do futuro médico, ensinando-o a entrar em contato com essa esfera para que possa olhar e cuidar de si e, assim, possa compreender e cuidar melhor da saúde e da doença dos pacientes, sem tanta angústia e medo de “contágio”.

Este trabalho é um corte no tempo, trata-se de alunos diferentes, em diferentes momentos. Acreditamos que seria interessante, como proposta para um estudo futuro, acompanhar os mesmos alunos ao longo da graduação e assim obter dados sobre as mudanças, ocorridas ou não, para cada um, por meio de um estudo longitudinal prospectivo.

## REFERÊNCIAS

1. Adler RE. Médicos revolucionários: de Hipócrates ao genoma humano. Rio de Janeiro: Ediouro; 2006.
2. Sevalho G. Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença. *Caderno de Saúde Pública*. 1993;3(9):349-363.
3. Canguilhem G. Escritos sobre a medicina. 1.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2005.
4. Castro FC. Os Temores na Formação e Prática da Medicina: Aspectos Psicológicos. *Rev Bras Educ Méd* 2004; 28(1):38-45.
5. Ramos DG. A psique do corpo: a dimensão simbólica da doença. São Paulo: Summus editorial; 2006.
6. Segre M, Ferraz CF. O conceito de saúde. *Rev Saúde Pública* 1997; 31(5):538-542.
7. Gelbeck FL. Processo saúde doença: à procura da essência. *Texto e Contexto Enf* 1992;1(2):4-19.
8. Caponi S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *História, Ciências, Saúde*. 1997;4:287-307.
9. Spink MJ. *Psicologia Social e Saúde: Práticas, saberes e sentidos*.3.ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 2003.
10. Winnicott DW. *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago Editora; 1990.
11. Griffith CH, Wilson JF. The loss of student idealism in the 3<sup>rd</sup>-year clinical clerkships. *Evaluation & The health professions* 2001; 24(1):61-71.
12. Bellodi PL, Mertinho T, Massaroppe B, Martins MA, Silva dos Santos MA. Temas para um Programa de Tutoria em Medicina: uma Investigação das Necessidades dos Alunos da FMUSP. *Rev Bras de Educ Med*. 2004; 28(2):119-127.
13. Godefrooij MB, Diemers AD, Scherpbier AJJA. Student's perceptions about the transition to the clinical phase of a medical curriculum with preclinical patient contacts; a focus group study. *BMC Medical Education* 2010; 1028.
14. Paro HB, Morales NM, Silva CH, Rezende CH, Pinto RM, Morales RR, et al. et al. Health-related quality of life of medical students. *Medical Education* 2010; 44(3):227-235.
15. Vaillant G E. Some psychological vulnerabilities of physicians. *New England J. Med*. 1972; 372-375.
16. Aktekin M, KaRaman T, Senol YYS, Erengin H, Akaydin M. Anxiety, depression and stressful life events among medical students: a prospective study in Antalya, Turkey. *Medical Education Oxford* 2001; 35(1):12-17.
17. Zoccolillo M, Murphy GE, Wetzel RD. Depression among Medical Students. *Journal of Affective Disorder*. 1986;11:91-96.
18. Martins SR, Cruz RM, Botomé SP. A (In)sustentável banalização do ser. *rPOT*. 2001;1(1):173-179.
19. Fiore MLM, Yazigi L. Especialidades Médicas: Estudo Psicossocial. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2005; 18(2):200-206.
20. Millan LR, De Marco OLN, Rossi E, Arruda PCV. *O Universo Psicológico do Futuro Médico: vocação, vicissitudes e perspectivas*. Casa do Psicólogo; 1999.
21. Fields SA, Toffler WL. Hopes and concerns of a first-year medical school class. *Med Educ* 1993; 27:124-129.
22. Wolf TM, Balson PM, Faucett M, Randall HM. A retrospective study of attitude change during medical education. *Med Educ* 1989; 23:19-23.
23. Moreira SNT, Silva CAN, Tertulino FF, Tertulino FMF, Vilar MJP, Azevedo GD. Processo de Significação de Estudantes do Curso de Medicina diante da Escolha Profissional e das Experiências Vividas no Cotidiano Acadêmico. *Rev Bras de Educ Méd* 2006; 30(2):14-19.
24. Haidet P, Dains JE, Paterniti AD, Hechtel L, Chang T, Tseng E, Rogers JC. Medical student attitudes toward the doctor-patient relationship. *Medical Education* 2002; 36:568-574.
25. Woloschuk W, Harasym H P, Temple W. Attitude change during medical school: a cohort study. *Medical Education* 2004; 38:522-534.
26. Traverso-Yépez M, Morais N A. Ideias e concepções permeando a formação profissional entre estudantes das ciências da saúde da UFRN: um olhar da Psicologia Social. *Estudos de Psicologia*. 2004;9(2):325-333.
27. Murakami M, Kawabata H, Maezawa M. The perception of the hidden curriculum on medical education: an exploratory study. *Asia Pacific Family Medicine* 2009; 8:9. Disponível em: <http://www.apfmj.com/content/8/1/9>
28. Al-Bawardy R, Blatt B, Al-Shohaib S, Simmens S J. Cross-cultural comparison of the patient-centeredness of the hidden curriculum between a Saudi Arabian and 9 US medical schools. *Med Educ Online*. 2009;14-19.
29. Lemmp H, Searle C. The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching. *BMJ* 2004; 329:770-773.
30. Groesbeck C J. A imagem arquetípica do Médico Ferido - The archetype of the wounded-healer. *Journal of Analytical Psychology* 1975; 20(2):72-95.
31. Caprara A, Franco ALS. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Caderno Saúde Pública*.1999; 15(3):647-654.
32. Filho EJS. A interação médico-cliente. *Rev Ass Med Brasil* 1998; 44(1):35-42.
33. Bourdieu P. *Razões Práticas: Sobre a teoria da ação*. Campinas SP: Papirus; 1996.
34. Trivinos ANS. *Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em Educação*. São Paulo: Atlas; 1987.



35. Bleger J. *Temas de Psicologia: entrevista e grupos*. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
36. Turato ER. *Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico Qualitativa*. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 2003.
37. Bauer MW, Gaskell G. *Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som*. 6.ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 2007.
38. Gilbert ACB, Cardoso MHCA, Wuillaume SM. Médicos residentes e suas relações com/e no mundo da saúde e da doença: um estudo de caso institucional com residentes em Obstetrícia /Ginecologia. *Interface – comunicação, saúde, educação* 2006; 9(18):103-116.
39. Souza ARND. *Formação médica, racionalidade e experiência: o discurso médico e o ensino da clínica*. Rio de Janeiro; 1998. Doutorado [Tese] - Universidade Federal do Rio de Janeiro.
40. Koifman L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *História, Ciências e Saúde*. 2001; 8(1):48-70.

### CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Tatiana Gottlieb Lerman participou da elaboração do projeto, coleta de dados, análise dos dados, elaboração e revisão do artigo. Maria Luiza de Mattos Fiore participou da elaboração do projeto, análise dos dados e revisão do artigo. Sérgio Luís Blay participou da elaboração do projeto e revisão do artigo.

### CONFLITO DE INTERESSES

Não houve conflito de interesses no presente estudo.

### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Tatiana Gottlieb Lerman  
Departamento de Psiquiatria da UNIFESP-EPM  
Rua Borges Lagoa, nº 570  
Vila Clementino - São Paulo  
CEP: 04038-020 SP  
E-mail: [tatiana.gottlieb@unifesp.br](mailto:tatiana.gottlieb@unifesp.br)