

Tatiana Gottlieb Lerman

**O significado de saúde e doença para o aluno de Medicina
ao longo da graduação**

Tese de Mestrado apresentada ao programa
de pós-graduação do Departamento de
Psiquiatria da Universidade Federal de São
Paulo – Escola Paulista de Medicina.

Orientador: Sérgio Luis Blay

Co-orientador: Maria Luiza de Mattos Fiore

São Paulo

Julho de 2010

Lerman, Tatiana Gottlieb

O significado de saúde e doença para o aluno de medicina ao longo da graduação. / Tatiana Gottlieb Lerman. -- São Paulo, 2010.
vi, 90f.

Tese (mestrado) - Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Psiquiatria - Ciências da Saúde.

Título em inglês: The meaning of health and illness for medical students during the undergraduate.

1. Psicologia Médica. 2. Estudantes de medicina. 3. Formação de Conceito 4. Saúde. 5. Doença. 6. Relação médico-paciente.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA**

Chefe do Departamento: Julieta F. Ramalho Silva

Coordenador do Curso de Pós-graduação: Jair de Jesus Mari

Tatiana Gottlieb Lerman

**O SIGNIFICADO DE SAÚDE E DOENÇA PARA O ALUNO DE MEDICINA AO LONGO
DA GRADUAÇÃO**

BANCA EXAMINADORA

Prof. ^a Dr.^a Cassia Regina Rodrigues Varga

Prof. ^o Dr. ^o: Luiz Roberto Millan

Prof. ^a Dr. ^a: Rosana Fiorini Puccini

Prof. ^a Dr.^a: Norma Lottemberg Semer

Dedicatória

Dedico esse trabalho à minha mãe Peggy Gottlieb que sempre esteve e sempre estará ao meu lado me incentivando.

Ao Luis Diogo Junior por seu apoio de pai.

Ao meu marido Edward Carrilho de Castro que me ensinou a acreditar que eu consigo!

Agradecimentos

Agradeço aos alunos que aceitaram participar junto comigo dessa empreitada, bem como aqueles que foram meus alunos e me motivaram a compreender melhor o universo médico.

À Pró-reitoria de graduação e em especial a Daniela pela presteza e atenção. Agradeço à Maria Luiza de Mattos Fiore e ao Sérgio Luis Blay pelas dedicadas leituras e releituras, pelo estímulo, troca de ideias e a acolhida respeitosa do meu trabalho.

Sumário

Dedicatória	v
Agradecimentos	vi
Resumo	ix
1 Introdução	1
2 Definição do objeto	3
2.1 História da Medicina	3
2.1.1 Modelo primitivo	3
2.1.2 Modelo grego	5
2.1.3 Modelo cartesiano	6
2.1.4 Modelo romântico	7
2.1.5 Modelo biomédico	8
2.1.6 Modelo biopsicossocial	10
2.2 Saúde e doença	11
2.3 O aluno de Medicina	19
2.3.1 Aspectos emocionais da formação.....	20
2.3.2 Escolha profissional	23
2.4 A relação médico-paciente	25
2.5 Ensino médico	30
2.5.1 Os primeiros alunos	30
2.5.2 Diretrizes curriculares	31
3 Justificativa	34
4 Objetivos	35

4.1	Objetivos gerais	35
4.2	Objetivos específicos	35
5	Recursos metodológicos	36
5.1	Considerações gerais	36
5.2	Instrumentos de pesquisa	36
5.2.1	Questionário Sócio-demográfico.....	37
5.2.2	Entrevista.....	37
5.3	Amostra.....	38
5.4	Procedimentos.....	39
5.4.1	Estudo piloto.....	40
5.4.2	Análise dos dados	41
5.4.3	Qualidade e auditabilidade dos dados	42
6	Resultados e Discussão	43
6.1	Aspectos gerais das entrevistas.....	44
6.2	Escolha profissional	47
6.3	Conceitos de saúde e doença - O normal, o patológico e o padrão	52
6.3.1	Ênfase nos aspectos biológicos	57
6.3.2	Para além do modelo biomédico	58
6.4	Lidar com a doença, a morte e o sofrimento - mecanismos de defesa	61
6.5	Diferenças entre os anos - qual o papel do curso de medicina?	63
6.6	Mudanças percebidas pelos alunos – desidealização	68
6.7	Os modelos e o discurso não oficial	70

6.8 O curador ferido	71
7 Considerações Finais	72
8 Anexos.....	77
Anexo I Questionário sócio-demográfico.....	77
Anexo II Roteiro entrevista.....	78
Anexo III Termo de consentimento.....	79
9 Referências Bibliográficas.....	80
Abstract	
Bibliografia consultada	

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 tal tema. Pretendeu-se neste estudo compreender 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 o currículo escolar e com as experiências pessoais e a trajetória social e profissional do aluno ao longo da graduação. Foi realizado um estudo qualitativo, utilizando-se um questionário psicossocial e entrevista semi-estruturada com alunos do primeiro, terceiro e sexto ano de 2008 da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP-EPM). O material foi submetido à análise de conteúdo. As experiências e as características pessoais de cada participante, assim como as experiências curriculares e extracurriculares, e o currículo oculto influenciam tanto na visão que possuem de saúde e doença quanto na escolha profissional. Notou-se certo esfriamento na relação médico-paciente, uma postura de maior desconfiança em relação aos pacientes, ao longo da graduação. Os graduandos demonstraram uma necessidade de se protegerem dos sentimentos despertados pelas vivências durante o curso de medicina. Ficou claro que os alunos possuem o conhecimento de uma visão mais global e humana do paciente. No entanto, é como se cognitivamente os mesmos 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.

1. INTRODUÇÃO

*“A função do médico é curar, às vezes;
aliviar frequentemente; confortar sempre”.*

Oliver Wendell Holmes

Após minha graduação em psicologia, busquei aprimorar meu aprendizado e prática profissional buscando um curso de especialização. E foi justamente por meio dessa experiência que tive contato com o hospital geral, seus profissionais, pacientes e familiares nos mais diversos contextos do adoecer e da morte; bem como proximidade com alunos e residentes de medicina. Contato que ficou mais intenso quando passei a integrar o quadro de psicólogos do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP, pela disciplina de Psicologia Médica, atuando como professora de Psicologia Médica para alunos do segundo ano e como Profissional de Ligação em Saúde Mental na enfermaria de Clínica Médica do Hospital São Paulo.

Na minha atuação profissional pude observar diferentes fases do desenvolvimento profissional, bem como a postura e o modo de encarar a saúde, a doença e a morte. Passei a me questionar sobre o papel da formação médica, do curso de psicologia médica e das experiências prévias dos alunos na concepção de saúde e doença dos mesmos.

O modo como compreendemos algo que buscamos conhecer melhor depende do paradigma que utilizamos e dos recursos que lançamos mão. Assim também o é no caso da saúde e da doença. Deste modo, a fisiologia, a patologia, a biomedicina, entre outras ciências envolvidas na produção de conhecimento tidos como do campo da saúde, a filosofia, a sociologia, a psicologia, a antropologia, o senso comum (principalmente o paciente neste caso), entre outros campos do saber acrescentam e trazem explicações

diferentes para o modo como a saúde e a doença podem ser compreendidas.

O conhecimento muda ao longo do tempo, e no tocante à Medicina avanços vem ocorrendo há cerca de 2.500 anos. Ao longo dessa vasta história destacaram-se figuras marcantes e foram feitas descobertas importantes que influenciaram e ainda influenciam a concepção de saúde e doença (Adler, 2006).

Durante a formação do aluno de Medicina o mesmo passa a fazer parte de um universo com características muito peculiares que poderíamos compreender como uma cultura, ou seja, um sistema de símbolos que fornece um modelo para a realidade. Esse sistema de símbolos engloba práticas e ações sociais que seguem um padrão determinado no espaço e no tempo. (Geertz, 1978).

A estrutura curricular da graduação permite a entrada do aluno no campo médico e o contato com a cultura médica vigente. E é também no contato com diversos professores e profissionais, inseridos nos serviços de saúde, bem como na interação com os usuários desses serviços que o aluno passa a reformular para si uma concepção do que é saúde e doença. A partir dessa concepção o graduando de medicina estabelecerá um diálogo com os pacientes, com a dor, com sofrimento e com a morte.

No início da graduação a compreensão sobre saúde e doença do aluno depende de seus conhecimentos a respeito da realidade que envolve tal tema e de suas experiências prévias. Contamos com informações sobre o modo como oficialmente entende-se saúde e doença, por meio das diversas abordagens teóricas que se preocupam com o assunto. As faculdades de Medicina por sua vez, traçam suas diretrizes curriculares, ou seja, tópicos que são propostos para serem abordados no currículo dos alunos, e o que se espera dos mesmos ao concluírem o curso. Desta forma pretendemos traçar que relações são estabelecidas entre a noção de saúde e doença para os alunos com o currículo escolar e com suas experiências pessoais antes e durante o curso de medicina e trajetória social e profissional.

2. DEFINIÇÃO DO OBJETO

2.1 História da Medicina

Historicamente podemos observar algumas tendências que foram se destacando na Medicina e na forma de se compreender a saúde e a doença. A literatura destaca períodos e modelos representativos, tais como: o modelo primitivo, a Medicina grega, o modelo cartesiano, o modelo romântico, a evolução das ciências biomédicas e seguindo outra direção o modelo biopsicossocial.

As divisões em modelos representativos nos ajuda a compreender de forma mais didática as transformações ocorridas ao longo da história da medicina. Vale lembrar que essas mudanças ocorreram de forma dinâmica e sutil. Cada conhecimento novo ou forma de se entender saúde e doença foi, ora agregando, ora excluindo os conhecimentos já existentes.

2.1.1 Modelo primitivo

No modelo primitivo encontramos o homem primitivo subjugado pelo poder das forças da natureza. Este homem ainda não detinha recursos suficientes e sua capacidade de compreensão dos fenômenos da natureza era limitado se compararmos com a atualidade. Dessa forma, igualou as forças da natureza aos poderes divinos, resolvendo temporariamente sua angústia do imprevisível. “A matéria tinha vida e os acentos naturais eram personalizados. Homem e natureza eram *Um*” (Ramos, 2006 p.21). “Durante séculos e em muitos lugares, a doença foi considerada como uma possessão por um “ser maligno”... ou como punição infligida por um poder sobrenatural a um desviante ou impuro... Na Grécia, as primeiras formas de tratamento e de terapêutica são

de ordem religiosa.” (Canguilhem, 2005 p. 23). Os pacientes eram examinados e tratados respeitando-se ritos e simbolismos.

A vida era vivida de acordo com a ordem natural do espírito, neste sentido a forma de compreender a doença e os processos de cura eram regidos pela mesma ordem. “O xamã como mediador tinha, pois, a função de contatar as forças espirituais. A cura nunca lhe era atribuída... A doença era sempre a consequência da violação de um tabu ou de uma ofensa aos deuses. A cura estava no restabelecimento da ligação do homem com o divino por intermédio de arrependimento e sacrifício... A figura do curador-médico-sacerdote preenchia a necessidade física e espiritual do paciente, de modo a conservar a harmonia entre sua psique e a natureza” (Ramos, 2006 p.22-23).

Em culturas como da China, da Índia, da Mesopotâmia e as grandes culturas que surgiram nas Américas criaram seus próprios sistemas de Medicina. A Medicina chinesa, por exemplo, tem pelo menos três mil anos. (Adler, 2006; De Marco 2003). As civilizações que viveram na Mesopotâmia registraram informações sobre diversos aspectos da vida e de suas práticas. Os textos que descrevem o diagnóstico e tratamento das doenças remontam ao ano de 1600 a.C. Essas informações demonstram que as doenças eram freqüentemente atribuídas a causas sobrenaturais, tais como fantasmas, deuses etc., sendo que havia uma divindade para cada tipo de moléstia. Também era reconhecido que vários órgãos podiam simplesmente estar disfuncionais, causando as doenças.

De acordo com Boehs e col. (2007) vários artigos sobre a medicina primitiva publicados no começo do século XX revelaram que as ideias e as práticas de saúde estão ligadas ao contexto cultural.

Adler (2006) comenta sobre estudos de antropólogos a respeito dos grupos indígenas que revelaram que quase todas essas culturas possuem um íntimo conhecimento do meio em que vivem, incluindo um saber enciclopédico das plantas e dos animais que os cercam, assim como são abundantes os medicamentos e os tratamentos para as doenças comuns e também para as mais graves. “A maioria das culturas indígenas também elaborou teorias próprias sobre a saúde e doença, que se mesclam com o conhecimento

mitológico que elas tem do universo e com o lugar que ocupam dentro dele. Embora os detalhes variem, é tema frequente que as doenças são causadas pela abundância ou pela escassez de uma determinada substância dentro do corpo. O fator extra, que causa a doença, pode ser um veneno real, um corpo estranho introduzido magicamente no corpo, ou algo mais etéreo – uma influência maligna. Por outro lado, a doença física ou mental pode se originar da perda de alguma parte vital, com mais frequência na alma” (Adler, 2006, p.13).

2.1.2 Modelo grego

A Medicina grega, a partir do período hipocrático, passa a ter como fio condutor de seu pensamento quanto às doenças, as desordens corporais e os sintomas, suas possíveis causas e seu provável futuro, assim como a conduta a ser tomada e suas consequências. Deste modo podemos considerar que antes de Hipócrates, a saúde e a doença estavam nas mãos dos deuses, e o mesmo trouxe a ideia de que cada doença tem sua própria natureza e que estas não surgem sem uma causa natural (Canguilhem, 2005 e Adler, 2006). É, justamente, na Grécia Antiga por volta do ano 400 a.C. que nasce a Medicina ocidental (Adler, 2006).

No modelo grego como salienta Ramos (2006) encontramos pela primeira vez a separação da categoria espiritual e material e o desenvolvimento de uma abordagem científica que engloba a observação, análise, dedução e síntese, tal como conhecemos atualmente. Houve uma separação do espírito e da matéria, da alma e do corpo para estudo e tratamento, mas ainda prevalecia nesta época uma visão global do indivíduo, por meio da ideia de um princípio controlador.

A Medicina nova e racional que Hipócrates ensinava tinha como centro o paciente e não a doença. Mais do que o diagnóstico eles valorizavam nesse modelo o prognóstico, a capacidade de prever o progresso de uma doença em um determinado paciente. O *Corpo Hipocrático*, uma coletânea de cerca de

70 trabalhos médicos que apresentam a convicção de que a saúde e a doença são fenômenos estritamente naturais, sem que haja a interferência dos deuses (Adler, 2006).

Nessa mesma época foi observado que nem todos os doentes se curavam e que alguns se curavam sem o médico, sendo que a natureza foi considerada a primeira conservadora da saúde, porque ela é a primeira formadora do organismo. Devemos lembrar, todavia, que nenhum texto hipocrático chega a descrever a natureza como infalível ou onipotente (Canguilhem, 2005). Porém, o sonho de Hipócrates era de que os seres humanos dominariam a saúde e a doença por meio do conhecimento da natureza e não do desejo de dominá-la ou modificá-la, como o é atualmente. Este desejo de dominar envolve um tipo de pensamento que credita ao homem a capacidade de vencer os males que os atacam, diferentemente da ideia de compreender o que se passa e como se dá o processo da doença e da morte (Adler, 2006).

Por outro lado como destaca Adler (2006), Hipócrates e seus seguidores praticavam um tipo de Medicina holística, buscando compreender a doença no contexto do meio ambiente e do estilo de vida do paciente, em função da idade, gênero, condição e constituição, tentando estimular os processos naturais de cura.

Hipócrates dedicava-se a ensinar sobre a relação médico-paciente destacando a importância de visitar seus pacientes com frequência, ganhar a confiança e obter cooperação dos mesmos. É uma pena percebemos que estes ensinamentos tão antigos pouco ou nada ecoam atualmente (Adler, 2006).

2.1.3 Modelo cartesiano

O modelo cartesiano entende o corpo como uma máquina que funciona bem ou mal, com ou sem psique. Nesta época entendia-se que a matéria era

uma realidade separada e independente da mente, mas também acreditava-se que estas estivessem ligadas pelo plano divino. “Embora Descartes não duvidasse de que a origem do espírito e da matéria estivesse remetida a um único campo: o divino, seus métodos foram interpretados mais tarde como propostas para tornar a matéria e o espírito princípios irreconciliáveis” (Ramos, 2006 p.27).

É um modelo que privilegia a razão, o raciocínio dedutivo, analítico e matemático (cálculos e medidas) por meio dos fatos possíveis de serem diretamente verificáveis. Pode ser considerado como um forte influente da Medicina experimental, cujo principal representante foi Claude Bernard (1813-1878) (Canguilhem, 2006; Turato, 2003). Para Bernard, o funcionamento do corpo era determinado por leis causais e rigorosas, e não havia a possibilidade de explicar a doença como uma consequência de algo extrafisiológico.

O modelo cartesiano e a Medicina experimental influenciaram maciçamente o modelo biomédico por meio da separação absoluta dos fenômenos da natureza e dos fenômenos do espírito, da mente e do corpo, do pensamento mecanicista e da necessidade de experimentação e verificação dos fatos.

2.1.4 Modelo romântico

O modelo romântico também conhecido como Medicina romântica, ainda durante a primeira metade do século XIX, com a descoberta da irracionalidade e da psique, contestava o novo modelo que surgia no campo das ciências exatas.

No modelo romântico o estado de saúde era atribuído à interação de diferentes fatores. O homem era pensado de forma global e integrado. “A doença era definida como um desequilíbrio não-natural, causado pela interação de fatores biológicos, morais, psicológicos e espirituais. Como esses fatores eram muito pessoais, os médicos raramente prescreviam tratamentos

específicos a uma doença. Pelo contrário, no modelo romântico eles enfatizavam as idiossincrasias dos pacientes ao fazer seus planos quanto ao tratamento” (Rozenkrantz in Ramos, 2006 p. 29). “Mesmo quando o sofrimento se localizava num órgão específico, observava-se que o organismo reagia como um todo, na forma de ressonância ou compensações. Dentro desse modelo, a relação médico-paciente tinha um papel central, e a sensibilidade para os fatores psicológicos era muito importante” (Ramos, 2006 p. 29-31).

Freud, apesar de basear-se no modelo de ciências exatas, tais como a física e a matemática, pode ser considerado um representante do modelo romântico. Com o desenvolvimento da Psicanálise, rompeu com os modelos científicos vigentes ao falar sobre a vida mental, o funcionamento psíquico, e ao desenvolver um novo meio de compreensão do ser humano e de seu sofrimento.

Freud voltou-se para o indivíduo, assim como Hipócrates já havia ensinado, revelou a importância da subjetividade por meio da força do inconsciente, destacando a história do indivíduo no desenrolar de uma doença mental. Observou que a mente fala por meio do corpo, como nos casos das pacientes histéricas e de seus sintomas físicos sem causa orgânica, sem justificativa física. Isso só foi possível porque Freud deixou de fazer pesquisa científica e direcionou-se para a clínica, a prática. E foi justamente por meio da prática e da observação que pode fundamentar a sua teoria.

2.1.5 Modelo biomédico

O modelo biomédico surge como crítica ao modelo romântico já no final do século XIX, principalmente porque era um modelo predominantemente empírico, não permitindo qualquer generalização. Foi impulsionado, principalmente pelas pesquisas e pela fisiologia experimental e passou a considerar a doença como um desvio do normal, um desequilíbrio não-natural e deixou de ser vista de forma global. O foco do médico desviou da interação entre os fatores psicológicos, biológicos, ambientais e pessoais para as

anormalidades biológicas (Ramos, 2006).

Ocorreu uma tendência a reduzir os sistemas em partes menores, de forma que passaram a ser considerados separadamente. O olhar clínico voltou-se para os aspectos universais da patologia, utilizou-se pesquisas que buscavam delimitar um foco específico para tentar isolá-lo de qualquer interferência, mantendo o controle de uma ou poucas variáveis escolhidas para estudo. Configura-se uma busca incessante por uma etiologia específica que leva ao reducionismo que é indispensável à experimentação laboratorial. Neste modelo de busca de conhecimento os fatores não materiais, que não podem ser isolados e controlados, e que, portanto, não podem ser medidos facilmente em laboratório passam a ser negligenciados.

“Assim as doenças foram sucessivamente localizadas no organismo, no órgão, no tecido, na célula, no gene, na enzima. E, de modo sucessivo, trabalhou-se para identificá-las na sala de autópsia, no laboratório de exames físicos (ótico, elétrico, radiológico, ultra-sonográfico, ecográfico) e químicos ou bioquímicos” (Canguilhem, 2005 p.25-26).

Quando se busca os aspectos universais do adoecer e as normas para parâmetros fisiológicos (temperatura, pressão arterial etc.) e psicológicos (sensações, pensamentos, emoções), coloca-se de lado a referência do paciente como um indivíduo único. Neste contexto o desvio da norma e dos parâmetros universais é considerado doença.

“Neste período teve início o estudo sistematizado da semiologia das doenças: a ciência dos sinais da doença. Os sinais não mais eram vistos como símbolos de uma doença, mas sim como manifestações externas desta” (Ramos, 2006, p.33). Passou-se a considerar os sinais externos, que poderiam ser notados pelos observadores facilmente, e os internos que estariam correlacionados aos estados psicológicos, sendo estes relatados pelo sujeito. Esta distinção de sintomas externos e internos contribuiu para a dicotomização entre corpo e mente e para a consideração de falsos aqueles sintomas orgânicos que eram relatados pelo paciente, mas para os quais não se encontrava fundamento biológico. Este tipo de queixa era considerada como de menor valor podendo ser deixada de lado, reduzindo-a a um fenômeno

“puramente” psicológico. Entra em ação a dissociação entre a doença e o doente. Nesse modelo prevalece a visão fragmentada do homem ao ser estudado em partes e fora do seu contexto para que se tenha mais objetividade e resultados padronizados e reaplicáveis.

Seguindo este pensamento é permitido ao homem dissecar, manipular e dominar a natureza. Ao olharmos para evolução da Medicina, podemos observar que essa manipulação e dominação da natureza contribuíram maciçamente na descoberta de novas medicações e no aumento da expectativa de vida.

Castro (2004) destaca a evolução e progresso das ciências naturais no século XIX e o enorme desenvolvimento da ciência da Medicina, particularmente durante o século XX, porém alerta que junto com esse progresso, veio um maior distanciamento do homem como pessoa-humana. “Ultimamente há uma tendência não só na antropologia, mas também nas ciências médicas de reconhecer que a divisão cartesiana entre o corpo e a mente não é um modelo satisfatório para entender os processos psicofisiológicos de saúde e doença. As representações simbólicas não só expressam o mundo, mas por meio da experiência vivida, eles também são incorporados ou internalizados até tal ponto que influenciam os processos corporais” (Langdon, 1995).

2.1.6 Modelo biopsicossocial

O modelo biopsicossocial possui uma visão complexa e abrangente, diferenciando-se do modelo biomédico, uma vez que prioriza a totalidade e acredita que a mesma não possa ser compreendida pela separação de suas partes. É um modelo que compreende o universo como um conjunto em constante formação.

Ramos (2006) destaca o progresso na Medicina molecular, na neurobiologia, na genética, na física quântica, com as observações de que

matéria e energia são dois aspectos diferentes da mesma realidade, e suas aplicações na biologia como fundamentais para ampliarem nosso modo de ver a relação mente-corpo e levarem-nos a uma nova reflexão sobre saúde e doença. Esta ampliação revelou a interdependência mente-corpo, e nos possibilitou ter uma visão do ser humano como uma totalidade, imerso num ambiente multifatorial e complexo (social, cultural, econômico, político, biológico, emocional, etc.). Quando se compreende a multicausalidade do adoecer, torna-se um reducionismo considerar que há doenças de causas puramente psicológica ou puramente orgânicas.

“A questão das relações entre a doença e a pessoa doente e entre esta e a ordem social ganham destaque no século XX. Na década de 20, na Alemanha, emerge um discurso médico antropológico, cujos representantes mais expressivos foram Weizsäcker, Schwartz e Krehl. Esse discurso médico antropológico, usando o modelo compreensivo, articula a enfermidade internamente com a história de vida do paciente, formulando-a como uma *"patologia biográfica"*” (Souza, 1998, p.23). Na prática, contudo ainda nota-se, entre os profissionais da área da saúde, uma dificuldade de integração entre corpo e mente, ao levarmos em consideração o acúmulo de conhecimento e a necessidade das especializações. Os profissionais que partem de diferentes formações tentam dialogar e integrar seus conhecimentos, porém este diálogo ainda é tarefa árdua e incompleta.

2.2 Saúde e doença

O equilíbrio entre o organismo e o meio é o modo mais clássico e talvez antigo de conceitualizar a saúde. Uma das primeiras definições de saúde como equilíbrio foi dada por Galeno em um dos seus 83 textos chamados *Definiciones médicas*: “a saúde é o equilíbrio íntegro dos princípios da natureza, dos humores que existem em nós e a atuação das forças da natureza sem nenhum obstáculo, ou também na cômoda harmonia dos elementos” (Caponi, 1997, p. 295). Embora esta definição tenha sido um pouco

transformada ao longo do tempo, ela permanece presente de alguma forma na atualidade. Esta definição acaba reduzindo o fenômeno da saúde a um mecanismo adaptativo sem levar em consideração que muitas vezes é o próprio meio e a distribuição social que determina e condiciona o surgimento de uma doença.

Concepções mais amplas surgiram para compreender a saúde e a doença. A primeira já não é mais compreendida como ausência da segunda e, neste sentido a saúde é tida como a possibilidade de ficar doente e poder se recuperar, dependendo do meio em que se vive.

O conceito de saúde e doença como exclusividade do discurso científico é uma tendência antiga, assim como a arraigada associação que vincula a saúde do corpo como um efeito do tipo mecânico, como o modelo cartesiano propõe. “Nessa concepção, a vida deixou de ser objeto central da prática médica (clínica), e a forma humana passou a ser vista como máquina. O corpo humano tornou-se, então, a sede das doenças; e as doenças, entidades patológicas... a saúde passou a ser vista como ausência de doença e a cura passou a significar a eliminação dos sintomas... a história da formação desse paradigma pode explicar os motivos de transformação, no século XIX, da disciplina das doenças em ciência do normal e do patológico” (Koifman, 2001, p. 51).

O corpo subjetivo não é diferente do corpo científico, pelo contrário o corpo subjetivo precisa dos conhecimentos obtidos pelas ciências ditas naturais em contraposição as chamadas ciências humanas. Canguilhem, citado por Caponi (1997, p.290) coloca que o corpo vivido não é um objeto e que viver é também conhecer. E, desta forma o paciente está apto a decidir juntamente com seu médico a respeito de sua saúde.

Para Canguilhem (2006) a saúde é um objeto alheio ao campo do saber objetivo considerando-a um conceito vulgar. A saúde não pertence à ordem dos cálculos, estatísticas e taxas, mas é um conceito que envolve o corpo subjetivo e o sentido individual. Podemos acrescentar a esta ideia a contribuição que o campo das ciências, humanas, tais como a antropologia, a filosofia, a sociologia e a psicologia, por exemplo, podem oferecer na compreensão da

saúde e doença.

Justamente por considerar a saúde e a doença como condições humanas, assim como o sofrimento e a dor, entende-se que são conceitos que estão ao alcance de todos e que podem ser enunciados por qualquer ser humano vivo.

Saúde e doença podem ser entendidas como um processo porque envolvem o surgimento, a instalação, o reconhecimento dos sinais e sintomas, levantamento de hipóteses diagnósticas, a evolução da doença, a escolha dos possíveis tratamentos e a avaliação posterior do paciente e do tratamento escolhido (Langdon, 1995).

Canguilhem (2006) cita diversas vezes a definição de saúde dada por René Leriche: “A saúde é a vida no silêncio dos órgãos”, esta definição demonstra que o corpo precisa emitir um sinal, um sintoma para que se perceba que a pessoa está doente. No entanto, muitas vezes um órgão pode estar doente sem que os sintomas apareçam. O organismo rompe o silêncio do bom funcionamento e alerta para um novo estado, a doença, por meio de um sinal e/ou sintoma. Na maioria das vezes o primeiro a observar o sinal ou sintoma é o próprio paciente, mas também é possível, que dependendo da circunstância, um médico possa ser o primeiro a observar que algo não está bem com o paciente. De qualquer forma é necessário o reconhecimento do adoecer.

No entanto, sinais ou sintomas das doenças não são claros e fáceis de interpretar por serem muitas vezes ambíguos. Essa ambigüidade pode levar a interpretações divergentes na busca por um diagnóstico e tratamento. Os sinais que são reconhecidos como indicadores de doença dependem da cultura, da época, da situação ambiental e não são universais, por exemplo, cada cultura e cada geração reconhecem sinais diferentes que indicariam a presença de doença. Assim como também pode não haver concordância na avaliação feita pelo paciente e pelos médicos em relação a um diagnóstico.

A doença pode ser entendida como um processo subjetivo construído por meio de contextos socioculturais. O que o corpo sente não é separado do

significado da sensação e a percepção que o paciente faz dela de acordo com concepções pessoais e também da sua cultura. O paciente faz um relato ao médico de sua percepção e este por sua vez também terá uma percepção e uma interpretação que não fica livre de seu contexto: da sua formação acadêmica e de sua subjetividade.

Gelbeck (1992) acrescenta a ideia do sujeito coletivo e sua dimensão sócio-histórica, na qual o homem é visto como uma unidade entre psíquico, o biológico e o social. Para a autora é importante considerarmos que o sujeito que adoece estará inserido numa sociedade estruturada em divisões de classes que determinará o seu acesso ao consumo de bens, serviços e informações diferentes.

Ao refletir a respeito da definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) que entende a saúde como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença. Gelbeck (1992) destaca ainda o fato de que o conceito da OMS é subjetivo e estático, sendo o bem-estar entendido como adaptação do homem ao meio. Um meio que nem sempre é de condições favoráveis.

Segundo Segre e Ferraz (1997) a definição da OMS é irreal, ultrapassada e unilateral, já que faz distinção entre mente, corpo e social e não consegue trazer uma descrição que realmente englobe todas as instâncias do ser humano.

Para Canguilhem a deficiência de saúde ou a doença pode ser considerada 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 se enfrentar novas situações. Deste modo, o conceito fica alheio a qualquer padronização ou determinação fixa e preestabelecida.

As variedades, as compensações, aquilo que foge a norma e a média e que chamamos de anomalias, de erros inatos, infrações e monstruosidades resultam em um favorecimento da saúde pela diversidade. A diversidade permite a evolução e favorece a capacidade do ser humano de adaptação.

Canguilhem (2006) ainda compreende que as adversidades às quais estamos dispostos a sofrer fazem parte da natureza humana assim como nossa capacidade de tolerá-las e mantermos o equilíbrio. A saúde, neste sentido, é a possibilidade de ficar doente e poder se recuperar. O normal é viver num meio em que as flutuações e novos acontecimentos são possíveis.

Para cada um existem possibilidades diferentes de enfrentamento das agressões a que inevitavelmente estamos expostos. O corpo é constituído por meio de algo que é dado ao sujeito, o genótipo, e pelo efeito e pelo produto deste na relação do que é dado com o meio, o fenótipo. E para o autor, por exemplo, os erros na codificação genética podem ou não resultar na existência de uma patologia segundo as demandas que o meio impõem ao sujeito. Destaca-se neste sentido, o vínculo entre a saúde o meio ambiente e a sociedade.

Numa avaliação crítica da sociedade moderna notamos que as políticas de saúde pública utilizam a normalização das condutas e estilos de vida para diferenciar o que é normal do que é patológico. Essa normalização enfraquece a barreira entre o público e o privado, fazendo com as intervenções de saúde pública se tornem muitas vezes coercitivas. O sujeito que sai da norma pode ser culpado ou responsabilizado pela sua doença. Esta forma de pensar torna mais simples normalizar condutas do que transformar condições de vida por vezes perversas (Canguilhem, 2006).

O fato de estarmos debilitados nos deixa mais expostos a enfermidades futuras por diminuir nossa margem de tolerância e adaptação às agressões do meio. Essa debilidade pode ser decorrência de uma doença ou do conjunto de condições desfavoráveis de existência como: desnutrição ou falta de alimentação adequada, precariedade do saneamento básico e escolaridade, condições de trabalho desfavoráveis, distribuição inadequada da riqueza, entre outras.

Para Canguilhem (2006) não basta falarmos em capacidade de tolerar, manter o equilíbrio ou nos mantermos adaptados diante das adversidades, é necessário compreender nossa capacidade de instaurar novas normas às situações adversas.

A doença não é uma variação da dimensão da saúde; ela é uma nova dimensão da vida. E neste sentido o estado patológico que se apresenta no doente não pode ser comparado ao que se apresentava em seu estado prévio ao adoecer. "... a doença não é apenas o desaparecimento de uma ordem fisiológica, mas o aparecimento de uma nova ordem vital... não há desordem, há substituição de uma ordem esperada ou apreciada por uma outra ordem que de nada nos serve e que temos que suportar" (Canguilhem, 2006, p. 145).

O fenômeno da saúde e da doença não deve ser visto apenas pelo âmbito biológico. A Medicina categorizou os sinais e sintomas, porém estes não podem ser separados do caráter subjetivo, daquele que sente e relata-os. Caponi (1997, p. 298) ao falar da obra de Canguilhem destaca que o caráter subjetivo é inseparável do conceito de saúde e essa associação permanecerá qualquer que seja a definição que temos da mesma, uma definição mais restrita ou ampliada.

Canguilhem (2006) privilegia a pluralidade, a diversidade e a singularidade da condição humana, uma vez que compreende a saúde como a capacidade de tolerância às intempéries do meio e a possibilidade de criar novas normas. O conceito de saúde para este autor é relativo, no sentido em que existem pessoas mais ou menos saudáveis em situações concretas. E aqui devemos compreender também que a presença de doenças numa sociedade está também diretamente vinculada às condições sociais e culturais que favorecerem ou não um indivíduo a ter mais ou menos capacidade de enfrentar o adoecer.

Segundo Canguilhem (2006), o conceito de saúde seria a maior disponibilidade de escolha entre os vários modos de *andar a vida*. É a definição implícita na etimologia da palavra "saúde", que significa são, salvo, íntegro. Essa noção de integridade vai rumo à fragmentação tradicional em saúde física, mental e social, pressupondo entender saúde na interface de diferentes campos de saber, já que nenhuma disciplina isoladamente dá conta dessa complexidade.

Para Winnicott (1990, p.29) "O ser humano é uma amostra-no-tempo da natureza humana. A pessoa total é física, se vista de um certo ângulo, ou

psicológica, se vista de outro. Existem o soma e a psique. Existe também um inter-relacionamento de complexidade crescente entre um e outra, e uma organização deste relacionamento proveniente daquilo que chamamos mente. O funcionamento intelectual, assim como a psique, tem sua base somática em certas partes do cérebro (Winnicott, 1990, p.29)”. Para este autor tanto a saúde física, quanto mental e intelectual dependem uma da outra, e do modo como ocorre o amadurecimento e como o indivíduo ultrapassa os acidentes e falhas do ambiente. Winnicott (1990) ainda destaca o fato de que o desenvolvimento é normalmente doloroso e pontilhado de conflitos, e que deste modo, o corpo acaba por sofrer mesmo quando não existam doenças primariamente físicas.

Na visão de Langdon (1995), também central ao conceito da cultura é o enfoque no indivíduo como um ser consciente que percebe e age. A doença é vista como uma construção sociocultural. Os sujeitos internalizam no seu processo de socialização noções simbólicas pertencentes ao seu meio. Interpretam mensagens contidas nas atividades culturais e agem segundo suas percepções individuais, influenciadas em parte pelos significados culturais que circulam no grupo, mas também por sua própria subjetividade e experiência particular. Para a autora reconhecer subjetividade implica que nem todos os indivíduos de uma cultura são iguais no seu pensamento ou na sua ação. É uma visão que permite heterogeneidade, não só porque as culturas sempre estão em contato com outras que têm outros conhecimentos, mas também porque os indivíduos dentro de uma cultura, por serem atores conscientes e individuais, têm percepções heterogêneas devido a sua subjetividade e experiência que nunca é igual à dos outros. A visão da cultura que ressalta a relação entre percepção, a heterogeneidade, e a subjetividade, tem várias implicações na nova visão sobre saúde-doença (Langdon, 1995).

Spink (2003) aponta para a importância de considerarmos saúde-doença como um processo histórico e multideterminado. Numa perspectiva construtivista a autora coloca a doença como um fenômeno psicossocial, historicamente construído que pode ser um indicador da ideologia vigente sobre o adoecer e os doentes em uma determinada sociedade. Trabalha-se, desse modo, tanto com significado social da experiência como com o sentido pessoal que é dado pelo indivíduo, levando em consideração os aspectos

históricos da construção dos significados e sentidos.

Sontag (2002) contribui no entendimento dos conceitos saúde e doença por meio da leitura antropológica a respeito da tuberculose e do câncer. A autora descreve as fantasias em torno dessas duas doenças, a primeira, no século retrasado e a segunda no século passado. Segundo a autora, do ponto de vista biotipológico, as duas doenças foram descritas da mesma maneira, como um processo no qual o corpo era consumido. Ambas foram taxadas como doenças incuráveis e fatais pelo desconhecimento de suas causas. Dentre as diversas fantasias ligadas à tuberculose e ao câncer descritas pela autora destaca-se o fato de que ambas foram ou são encaradas como doenças da paixão. No caso da tuberculose um amor doentio e frustrante nos moldes do romantismo, era considerado o responsável pelo adoecimento da pessoa, e em relação ao câncer, ficar doente, seria o preço pago pela repressão dos sentimentos. Nesse sentido, a pessoa teria uma parcela de responsabilidade pelo seu adoecimento.

Refletir sobre saúde e doença envolve falar paralelamente a respeito da dor, do sofrimento e da morte. Contudo esse último tema é o mais temido e menos falado no nosso cotidiano: “O tema da morte se tornou interdito no século XX (Ariés in Kovacs, 2005), sendo banido da comunicação entre as pessoas. Paradoxalmente, nesse mesmo século, a morte esteve e continua estando, no início do século XXI, cada vez mais próxima das pessoas, em função, principalmente, do desenvolvimento das telecomunicações... Embora essas mortes estejam tão próximas, ocorre grave distúrbio na comunicação que denominamos conspiração do silêncio; observam-se pais que não sabem se devem falar ou não sobre a morte de um parente próximo, professores que se vêem às voltas com perguntas insistentes sobre mortes de ídolos, de pequenos companheiros, de amigos, e profissionais de saúde que se empenham numa luta de vida e morte contra as doenças, e que, muitas vezes, vêem seus empenhos frustrados, e não sabem o que e como falar com seus jovens pacientes e familiares sobre o porquê da não melhora e sobre a possível morte” (Kovacs, 2005, p.485-486).

É importante que o saber médico se disponha a aceitar que cada um de

nós, quer no lugar de pacientes ou no de profissionais das mais diversas áreas do conhecimento que estudam o homem, possamos instruí-lo sobre quem somos, como estamos em relação a, e como compreendemos, nossa saúde, nossa dor e nosso sofrimento.

Cabe também ao médico auxiliar o paciente na tarefa de dar sentido, o qual nem sempre é evidente, ao conjunto de sinais e sintomas e ao processo de adoecer: “A medicina moderna se esteia na racionalidade anátomo-clínica, ou seja, ela explica pela fisiopatologia e pela anatomia patológica, referidas às ciências básicas, os mecanismos patogênicos, revelando ao médico evidências nas quais ele se apóia como o conhecimento possível a informar suas escolhas na clínica. Mas a prática clínica está para além das evidências anátomo e fisiopatológicas, na medida em que a singularidade da expressão das doenças por um corpo biológico, cujo "dono" também se expressa e, ao se expressar, também o expressa e o transforma num corpo simbólico, está a solicitar do médico observação, decodificação e interpretação” (Souza, 1998, p.8).

2. 3 O aluno de Medicina

A profissão médica e os médicos propriamente ditos, são fruto de curiosidade frequente no meio acadêmico, por meio de diversos estudos e artigos científicos, como também no âmbito social e cultural por meio da mídia. Esta explora o meio médico em seriados, reportagens e demais programas da televisão, principalmente seriados que tentam mostrar a rotina médica. Nestes programas é representado o imaginário social a respeito da profissão médica.

Diversos temas relacionados à Medicina, tanto no que se refere aos alunos no período da graduação como também na fase de especialização por meio da residência médica, foram e são motivos de estudo. Aprofundamentos sobre a saúde mental, aspectos sobre a escolha profissional e relação médico-paciente são temas bastante presentes na literatura: “Os autores, envolvidos com a educação médica, têm procurado conhecer melhor o estudante de Medicina: perfil socioeconômico, compreensão que tem da Medicina, motivo de

optar pela profissão e projeto de exercício profissional. Interrogam quando os estudantes formam os próprios pontos de vista, se durante o curso médico ou se já os trazem como aspiração familiar e pessoal, ao ingressar na universidade” (Ferreira e col., 2000 p.224).

2.3.1 Aspectos emocionais da formação

O estresse do futuro médico começa no vestibular, quando o jovem passa por uma disputa acirrada pela vaga que vai garantir sua entrada na faculdade. É necessário um período de muito estudo e privações.

A conquista é posteriormente bastante comemorada, porém logo o calouro irá se deparar com muitos outros alunos que também conquistaram uma vaga na faculdade e a disputa voltará à tona. As melhores notas, melhores oportunidades de desenvolvimento acadêmico e futuro profissional entram em jogo. Millan e col. (1999) definem a fase como “fase de desencanto”, quando os alunos se deparam com o curso de Medicina de fato por meio das aulas, disciplinas e professores, momento em que surgem também as reclamações referentes à longa duração das aulas, ao excessivo volume de estudo e a falta de didática dos professores.

Castro (2004) chama a atenção ainda para o fato de que 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. Trata-se do auge da estrutura de novos papéis sociais e da socialização conforme os papéis adotados. A adolescência é, caracteristicamente, um momento de identificação com as figuras idealizadas no cotidiano. O médico, idealizado pelo aluno, pode perder força durante a graduação quando os estudantes entram em contato com as limitações diante da natureza da morte, da dor e do sofrimento (Griffith e Wilson, 2001).

Além desses fatores, devemos lembrar que há um grande número de alunos que vem de outras cidades e estados, e que passam a morar longe de

suas famílias, sozinhos ou com colegas muitas vezes desconhecidos, aumentando ainda mais a carga de sua adaptação. O desamparo e a vulnerabilidade favorecem a ansiedade gerada pela fase na qual transitam.

Bellodi (2004) aponta que independente das estruturas das diferentes escolas médicas, há no processo de formação momentos críticos, geradores de estresse e de caráter até mesmo previsível. Destacam-se entre eles a entrada na faculdade, os anos básicos distanciados da aplicação clínica, o contato com o cadáver e a morte, a entrada no hospital, o primeiro paciente, o contato com as diferentes áreas durante o internato. Ao final do curso, mais importante momento de decisão: a escolha da especialidade e o desafio da entrada na residência desejada. A autora complementa ainda que a definição da especialidade reaviva as razões da própria escolha da Medicina e, nesse sentido, compreende-se que este momento final desencadeia questionamentos vocacionais.

Godefrooij, Diemers e Scherpbier (2010) na Holanda, e Paro e col. (2010) no Brasil, em um estudo realizado na Universidade Federal de Uberlândia, chamam a atenção para o período de transição entre a fase teórica e a clínica particularmente, e os primeiros contatos com os pacientes. Os autores destacam essa fase como um período de grande impacto emocional e estressor para os alunos. Esse momento de crise pode levar os alunos a sentirem dificuldade em utilizar suas habilidades e conhecimentos teóricos na prática clínica.

Muitos estudos avaliam e comparam a saúde mental dos graduandos de Medicina com alunos de outros cursos de graduação. Nota-se que os problemas vividos pelos alunos de Medicina são similares aos dos outros cursos, porém os mesmos reclamam de ter menos noites de sono, menos tempo para recreação e cuidados pessoais e menos tempo para gastar com amigos. Não fica esclarecido se o estresse é resultado de disposições pessoais daquele que escolhe Medicina, ou é consequência do processo de socialização médica que acontece ao longo da graduação.

Aktekin e col. (2001) realizaram um estudo prospectivo com alunos do primeiro ano dos cursos de Medicina, Economia e Educação Física na Turquia.

O objetivo do estudo era investigar mudanças psicológicas durante a graduação, para tal foram utilizadas as seguintes escalas: General Health Questionnaire, Beck Depression Inventory e State-Trait Anxiety Inventory. Os autores concluíram que houve um declínio na saúde psicológica dos alunos e, puderam observar um aumento maior nos escores dos alunos do curso de Medicina. Níveis altos de insatisfação nas atividades sociais, eventos de vida estressantes, relacionamentos amorosos e preocupação com o futuro parecem estar associados com os escores dos testes psicológicos.

Observa-se a presença de transtornos mentais nos alunos de Medicina e na classe médica em geral que podem ser compreendidos tanto por influências de fatores pessoais, que estariam envolvidos com a própria escolha por essa profissão, como também pelo estresse, contato com a dor, morte e sofrimento encarados durante a graduação e a atividade profissional.

Vaillant (1972) e Zoccolillo, Murphy and Wetzel (1986) foram um dos primeiros autores a discutirem a importância de fatores pessoais e da presença de sintomas depressivos prévios e familiares nos alunos de medicina. Desta maneira passou-se a levantar questões que iam além dos aspectos emocionais da formação e passou-se a considerar aspectos referentes às características emocionais e psicopatológicas dos alunos que escolhem a profissão médica. A partir dessas novas descobertas e indagações abriu-se um campo para o estudo da vocação médica.

Dejours, citado por Martins, Cruz e Botomé (2001), estudou a psicopatologia e a psicodinâmica do trabalho criando um sistema teórico que nos possibilita compreender como a organização do trabalho na nossa sociedade influencia na saúde e bem-estar das pessoas. Esse conhecimento nos é útil para pensar as formas de organização do trabalho na área da saúde, bem como a forma de organização do ensino médico. Os alunos são exigidos com cargas horárias de estudo intensas, contato com a dor, o sofrimento, a morte e um número bastante grande de pacientes. Quando profissionais a carga horária de trabalho e o volume de pacientes aumenta ainda mais. Os profissionais da saúde, principalmente os que estão em formação, são tratados como tocadores de serviço. Para lidar com esse panorama o aluno utiliza de

estratégias tanto individuais como coletivas para lidar com o sofrimento.

Para Dejours (Martins, Cruz e Botomé, 2001, p.176) os trabalhadores defendem-se do sofrimento gerado no trabalho negando-o ou ainda tendem a substituir os seus pensamentos e sentimentos por ideologias e estratégias defensivas coletivas. A negação do sofrimento gerado pelo trabalho promove apatia e rejeição, e vergonha daqueles que demonstrar tais sentimentos. Desse modo o trabalhador, e no nosso caso o aluno de medicina, vive um conflito e fica impedido de reconhecer o sofrimento em si mesmo e no outro: "... para negar o que sente o sujeito desenvolve a intolerância para com o sofrimento alheio, perde a consciência dele..." (Martins, Cruz, Botomé, 2001, p.176)

Fiore e Yazigi (2005) fizeram um estudo exploratório a respeito dos fatores psicológicos e sociais envolvidos na escolha e na prática das diversas especialidades médicas. Nesse estudo puderam observar a hierarquia de valores na Medicina como uma defesa coletiva contra as ansiedades resultantes da tarefa médica e do constante lidar com situações de impotência.

2.3.2 Escolha profissional

Para Hackman e Davis em 1953, (citado por Millan e col., 1999, p.21), a escolha adequada de uma profissão depende daquilo que chamam de "identidade vocacional". Essa identidade começa a ser esboçada no período final da adolescência, quando frequentemente o adolescente começa a fazer uma seleção de seu campo de interesse, por meio de vários fatores, um deles certamente ligado ao desenvolvimento da personalidade.

A escolha profissional é permeada por características ligadas à própria profissão, influências culturais, sociais, tais como a possibilidade de ascensão social, características de personalidade e de história de vida e familiar do futuro profissional (Fiore e Yazigi, 2005; Milan e col., 1999). Fiore e Yazigi (2005, p. 205) observaram entre os participantes de seu estudo que a escolha profissional médica e o tipo de relação médico-paciente estabelecida tinha

relação com características particulares e que variavam de estratégias de ascensão, à manutenção de poder de acordo com cada classe social. Para os oriundos da classe popular, o relacionamento médico-paciente estava revestido da admiração a uma figura distante e do poder econômico. Entre a camada social média os valores do médico foram relacionados a valores universais e a capacidade de proporcionar melhorias para o mundo. Já na classe social superior o prestígio apareceu como o interesse pela manutenção do poder e perpetuação do *status quo*.

Frank e col. (2008) apontam para a relação entre a satisfação com a carreira médica e a saúde mental do profissional, *burnout*, humor e empatia, manutenção e qualidade do atendimento centrado no paciente; e satisfação e adesão do paciente. Os autores concluíram a partir de um estudo realizado em 16 escolas americanas de medicina que a maioria dos alunos estavam satisfeitos com suas escolhas profissionais, mas que a satisfação variava muito de acordo com a especialidade intencionada e com a percepção que os alunos tinham de como eram tratados durante o curso.

Culturalmente a profissão médica é ainda bastante valorizada e reconhecida, mesmo diante da realidade de trabalho que a saúde pública e os convênios médicos impõem a categoria. “O sistema de saúde foi sucateado e os escândalos na distribuição de verbas e no sistema previdenciário, que constantemente aparecem, devem constituir-se apenas na ponta de um imenso *iceberg* cujo tamanho nunca saberemos. Hospitais abandonados, infecção hospitalar como endemia, atenção primária e de emergência praticamente inexistente (a não ser em alguns oásis municipais, com muito sacrifício) e uma guerra entre empresas de Medicina de grupo para obter a pequena fatia do mercado que pode pagar algo (empresas, diga-se de passagem, que exploram o trabalho médico, proporcionam um atendimento pobre e excluem as doenças que demandam mais gastos)” (Cassorla, 1994 p.19).

A literatura ressalta os fatores conscientes e inconscientes da escolha profissional pela Medicina (Millan e col, 1999). Os autores descrevem algumas subcategorias que facilitam a nossa compreensão por apresentarem de forma didática fatores que são extremamente dinâmicos. As motivações estariam

ligadas ao desejo de ver e de se fazer ver (pulsão voyeurista-exibicionista); atração pela responsabilidade, reparar, aliviar os que sofrem (pulsão sádico-anal); interesse socioeconômico e pessoal (posição socioeconômica e pessoal); interesse humanitário (desejo de cuidar, de curar, de se dedicar, prazer por contatos); e interesse científico (pela biologia, ciências experimentais e humanas, curiosidade do conhecimento corporal).

Milan e col. (1999) comentam especificamente sobre os elementos inconscientes envolvidos na escolha profissional elencando três categorias: o 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 despido 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 origina-se do conceito psicanalítico de reparação, ou seja, no desejo de reparar a mãe, que em outro momento fora atacada em pensamento pela criança. Ou seja, existe uma necessidade de reparar os impulsos agressivos. O reparo 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 da fase edipiana. A onipotência está a serviço de defesas contra a doença, o sofrimento e a morte (Milan e col. 1999).

2.4 A relação médico-paciente

O tipo de relação médico-paciente que o aluno estabelece está em constante construção e é permeada por diversos fatores, desde o conteúdo teórico, identificações, experiências anteriores de relações interpessoais, até mesmo o modo como o aluno e a sociedade compreendem o que é doença e o

que é adoecer. “Sendo a vida e a saúde – ou sua contrapartida, a morte e a doença – o objeto central da prática médica, a relação médico-paciente, desde tempos imemoriais, tem sido motivo para reflexão” (Spink, 2003, p.204).

A disciplina de psicologia médica preocupa-se em estimular uma relação médico-paciente que viabilize uma Medicina mais humana. Uma Medicina mais humana é aquela que engloba os aspectos biopsicossociais do ser humano, respeitando tanto o corpo do paciente e suas manifestações, como sua história de vida, subjetividade, contexto socioeconômico e cultural.

Estudos apontam para mudanças nas atitudes dos alunos de Medicina em relação aos pacientes e ao modo como encaram a profissão ao longo da graduação. Foram relatadas modificações na postura dos estudantes em relação aos pacientes, notando-se uma diminuição da empatia pelos mesmos. Os alunos percebem-se mais cínicos, mais preocupados em ganhar dinheiro, mas também mais preocupados em ajudar aos pacientes e mais úteis durante o curso de Medicina (Fields e Toffler, 1993; Wolf e col., 1989; Moreira e col., 2006 e Haidet e col, 2002).

Numa revisão dos estudos sobre a atitude dos alunos de Medicina, Woloschuk e col. (2004) concluíram que o processo da educação médica pode ter um impacto negativo na atitude dos alunos, assim como observaram outros achados que descrevem uma atitude positiva mantida ao longo do curso. No entanto é frequente uma dissociação entre a doença e o indivíduo acometido pela enfermidade.

Traverso-Yépez e Morais (2004) constataram, em um estudo com alunos de diferentes cursos da área da saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, que a prevalência do modelo biomédico ainda é hegemônico no contexto social local e condiciona o universo simbólico dos participantes da pesquisa. Especialmente, entre estudantes da área biomédica, que destacam a importância da formação teórica, das técnicas curativas em detrimento das preventivas e da ênfase ao aspecto biológico que subestima os aspectos psicológicos e sociais.

Os autores observaram que entre os estudantes das áreas biomédicas e

também não-biológicas existe uma visão fragmentada e restrita de saúde, com um viés assistencialista. Os resultados apontam para uma formação em saúde que tende a negligenciar a complexidade e multideterminação dos fenômenos humanos e a privilegiar os aspectos teóricos e técnicos, em detrimento do contexto humano da atuação profissional. A preocupação por uma visão mais abrangente (uma perspectiva biopsicossocial) foi pouco mencionada, o que explica a dificuldade do trabalho em equipe e de um enfoque multidisciplinar em função da complexidade do ser humano” (Traverso-Yépez e Morais, 2004, p.332).

A visão parcial do homem e o modelo biomédico são ensinados subliminarmente nas discussões acadêmicas curriculares, enfatizadas por muitos professores e preceptores, tornando-se, por fim, assimilada como “adequada” pelos alunos dos cursos médicos (Castro, 2004).

O ambiente em que se dá o aprendizado do aluno de medicina é constituído pelas aulas teóricas, práticas e todo o contexto mais amplo em que se dá o aprendizado (ambiente hospitalar, ambulatorial, conversas de corredor, contato com professores, colegas mais velhos, etc)

O chamado currículo oculto é definido como os fatores que influenciam no aprendizado, tanto no nível da estrutura organizacional, quanto culturalmente (Murakami, Kawabata e Maezawa, 2009). O mesmo engloba estórias, piadas, anedotas advindas do entorno universitário que funcionam como parte da cultura oral do treinamento médico (Al-Bawardy e col., 2009; Lempp e Searle, 2004).

Um estudo etnográfico a respeito do currículo oculto demonstrou haver discrepância entre a ideologia e o comportamento dos alunos em relação aos pacientes (Al-Bawardy e col., 2009).

Os modelos negativos com os quais os alunos se deparam durante a formação parecem afetá-los de forma mais intensa do que os modelos positivos. Os estudantes mencionam que mesmo que desejassem utilizar o modelo biopsicossocial, eles não encontram espaço para tal, além de não serem cobrados de terem uma postura e uma visão mais global do paciente

(Murakami, Kawabata e Maezawa, 2009).

É uma realidade que as escolas médicas despendem menos tempo para temas como habilidades de comunicação, atitudes humanistas e valores e ética profissional, do que a atenção dada para os fatores biomédicos (Ribeiro, Krupat e Amaral, 2007).

Outros fatores, como avanços nas áreas biológicas e tecnológicas têm contribuído para a desumanização da prática médica. O médico corre o risco de tornar-se um técnico, que ao utilizar todos os avanços tecnológicos, conseguiria identificar o mau funcionamento do organismo humano que passou a ser visto como uma máquina, mas não consegue perceber a pessoa do paciente. “Além da tecnologização da prática médica, levando a um menosprezo do emocional e do social, essa mesma tecnologização se associou a uma extrema perversão das políticas sociais, em particular educação e saúde. Problemas sociais foram medicalizados (fome tornou-se desnutrição; desemprego: ansiedade ou depressão; falta de moradia: doença de Chagas...), sobrecarregando o médico com problemas que comumente fugiam de sua competência ou em que apenas poderia agir paliativamente” (Cassorla, 1994 p.19).

“A superação dos modelos paternalista e informativo significa a necessidade de assumir um processo de comunicação que implique na passagem de um modelo de comunicação unidirecional a um bidirecional, que vai além do direito à informação. Esse terceiro modelo, intitulado comunicacional, exige mudança de atitude do médico, no intuito de estabelecer uma relação empática e participativa que ofereça ao paciente a possibilidade de decidir na escolha do tratamento” (Caprara e col., 1999 p.651). A autora ainda destaca que o modelo paternalista pode ser superado quando a concepção biomédica deixa de ser o único meio de se lidar com a doença. Esta concepção fundamenta-se numa perspectiva mecanicista, considera os fenômenos de modo simplista utilizando a ideia de causa e efeito e a distinção cartesiana entre mente e corpo, analisa o corpo como máquina, e minimiza os aspectos sociais, psicológicos e comportamentais.

Ao olharmos para o aluno de medicina a partir do mito de Esculápio ou

do Curador Ferido como foi descrito por Groesbeck (1975) é possível olhar para a relação médico-paciente englobando o lado ferido do médico e não somente do paciente. Para Blaya citado por Milan e col (1999) a vontade de ser médico estaria vinculada ao desejo inconsciente de curar a si mesmo por meio da pessoa do paciente, lidando assim com os aspectos infantis e regressivos, ou seja, referindo-se à projeção que o médico faz no paciente de suas próprias dificuldades.

O mito fala sobre as origens do Esculápio, que nasceu da união de Apolo com Corônis e que fora abandonado logo após o seu nascimento no Monte Títon, lugar famoso pelas virtudes medicinais de suas plantas. Lá foi amamentado pelas cabras e protegido pelos cães. Quando o pastor das cabras o encontra, proclama que aquele recém nascido viria a encontrar a cura para todas as doenças e ressuscitaria os mortos. Em outra versão Apolo toma conhecimento da traição de Corônis com Ísquis e decide matá-la. Porém um pouco antes de sua morte, Apolo se enche de remorso e resgata por meio de uma cesariana, seu filho ainda não nascido. Depois disso Esculápio é entregue à Chiron, o centauro, versado na arte de curar e que habitava uma caverna no topo do Monte Pelion. Chíron é uma figura contraditória, apesar de ser um deus grego, sofre de uma ferida incurável ao mesmo tempo em que é a figura que instrui os heróis na arte da medicina (Groesbeck, 1975). O mito nos chama a atenção para o fato de que, aquele que envia a morte, também é responsável pela vida, do mesmo modo que aquele que conhece a arte da medicina também tem uma ferida incurável, ou seja, o mundo de Chíron tinha inesgotáveis possibilidades de cura, mas também era um mundo da doença eterna.

A relação médico-paciente, embora tenda a se cristalizar, colocando o médico como a figura responsável pela cura e o paciente como o único possuidor de uma ferida, engloba de forma velada o lado curador que o paciente também possui e o lado ferido do médico que pode se identificar com o seu paciente, na dor e no sofrimento. Porém não é raro o profissional de saúde temer ver-se do outro lado, ver-se como paciente e, justamente, em decorrência desse temor estabelecer uma distância cada vez maior entre o paciente e si mesmo.

Filho (1998) destaca a ideia subentendida de passividade que a palavra paciente desperta e o fato de que o paciente pode ser colocado, facilmente numa posição hierárquica inferior, sendo que esta, muitas vezes é a origem do fracasso terapêutico. Uma participação mais ativa do paciente está implícita na expressão interação médico-cliente, que é a forma de compreensão do autor de uma relação médico-paciente. Para tal o mesmo ainda aponta a necessidade de se conhecer o lado médico dessa relação e que possíveis interferências o mesmo pode provocar, uma vez que, parafraseando Balint: "... o remédio mais usado em medicina é o próprio médico, o qual, como os demais medicamentos, precisa ser conhecido em sua posologia, reações colaterais e toxicidade" (Balint, 2005, p.3 e 4).

O modelo de relação médico-paciente comunicacional torna-se mais viável e menos ameaçador quando o médico consegue perceber-se possuidor de dores e sofrimentos, como o é da natureza humana. Em decorrência dessa percepção também se pode abrir espaço para o paciente participar mais do seu tratamento, e do médico manter uma postura mais terapêutica como sugerem Caprara e col. (1999) e Filho (1998).

2.5 Ensino médico

2.5.1 Os primeiros alunos

"A arte de encontrar, preparar e empregar as plantas curativas é passada de mãe para a filha, do pai para o filho ou do curandeiro para seu auxiliar". A medicina de Hipócrates de Cós (460-ca – 377 a.C) o clínico-cientista, baseava-se na observação assim como a aprendizagem, desse modo o aprendiz deveria acompanhar um médico em sua prática (Adler, 2006, p.12-18). Esse modelo sofreu alterações ao longo da história da medicina, principalmente com a criação dos cursos médicos formais.

No entanto, em linhas gerais, a estrutura do curso médico não sofreu

grandes modificações desde a primeira escola de Medicina que se tem notícia: “Em 1240 Frederico II conferiu à escola de Salerno o direito de graduar médicos... Em 1910 foi publicado o famoso relatório Flexner, que fixou as diretrizes da educação médica nos EUA. O Brasil seguiu esse modelo...” (Scliar in Milan e col., 1999, p. 33). A faculdade que segue o modelo Flexer preocupa-se com a manutenção de um elevado padrão de ensino, com base no método científico, implementação de aulas práticas em laboratórios e ensino clínico em hospital próprio, onde os estudantes interagem com os pacientes, sob a supervisão de médicos, que seriam seus próprios professores. As atividades didáticas ficam a cargo de departamentos das disciplinas básicas e clínicas bem estruturadas.

Segundo Foucault (1980, in Koifman, 2001, p. 52) “... desde o Renascimento, o ensino de clínica se organizava a partir da transmissão de um professor (tutor) diretamente para os alunos, em hospitais. Os casos deviam ser reunidos num “corpo da nosologia”, e a clínica se fechava sobre a totalidade didática de uma experiência ideal. Mais importante do que o encontro entre o doente e o médico era o de uma verdade a decifrar uma ignorância: o papel do médico de hospital era descobrir a doença. O paciente era visto apenas como o portador de uma doença”.

2.5.2 Diretrizes curriculares da UNIFESP/EPM

O panorama em que é inserido o aluno de Medicina, desde a acirrada concorrência no vestibular até a convivência intensa com os colegas, o contato com o cadáver nas aulas de anatomia, com a doença descrita nas aulas teóricas e posteriormente com os doentes nos mais variados serviços de saúde, mas principalmente nos hospitais. O enfrentamento dos problemas sociais e a morte, o estresse gerado pela prática, o contato intenso com pacientes fragilizados e querelantes, a dura aprendizagem da relação médico-paciente concomitantemente com as exigências acadêmicas, são o pano de fundo para a aprendizagem dos conceitos de saúde e doença.

Salgado in Ferreira e colaboradores (2000) alerta que o currículo médico tem início bem antes do estudante ingressar na faculdade, em consequência de cada pessoa já trazer consigo uma visão de médico, em decorrência da vivência pessoal, de fatores demarcados na cultura e em grande parte por influência da imagem construída pelos meios de comunicação em massa.

Para Traverso-Yépez e Morais (2004) o processo de formação profissional é um espaço privilegiado de estudo das ideias, valores e concepções que estão permeando as práticas de saúde. As autoras consideram que mudanças nas atuais práticas de saúde requerem não somente uma reformulação estrutural do setor, mas também uma auto-avaliação conceitual e ideológica na forma desse futuro profissional pensar o seu fazer” (Traverso-Yépez e Morais, 2004, p.332).

Deseja-se que os alunos aprendam ao longo da formação a ter uma visão mais humanista da Medicina e uma visão integral do paciente. Esta aprendizagem envolve uma gama de recursos tais como cognitivos e emocionais dos alunos, os aspectos relacionais, entre professores e alunos e alunos e os pacientes, bem como o currículo oculto citado anteriormente.

As diretrizes curriculares do curso de Medicina da UNIFESP-EPM têm como prerrogativa que além dos domínios das ciências biológicas (dos eventos moleculares à anatomia) o graduado tenha especial apreço pela vida humana, pelas pessoas, suas necessidades e sofrimento, compreendendo-as como sujeitos que pertencem a um contexto familiar, social, cultural e histórico. No site da Pró-reitoria de graduação da UNIFESP (<http://grad.unifesp.br/alunos/cursos/med/ppc2005-med-110706.pdf>) encontra-se o seguinte texto: “Espera-se que ao concluir o curso o aluno apresente o seguinte perfil: conhecimento das bases morfológicas e fisiológicas da Medicina; conhecimento das bases da Medicina celular e molecular; conhecimento da estrutura e função de órgãos, sistemas e aparelhos que permita acompanhar processos fisiológicos e de doença; entendimento crítico de princípios diagnósticos e terapêuticos que possibilitem o exercício profissional baseado na melhor evidência médico-científica; competência para

diagnosticar, tratar e orientar portadores das doenças mais prevalentes, reconhecendo os limites de sua ação; habilidades básicas de sua profissão; competência para o desempenho ético da profissão; compreensão das dimensões biológica, psicológica, social no processo saúde-doença; conhecimentos básicos de promoção de saúde e prevenção de doenças; capacidade para o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar e conhecimento do método”.

3 JUSTIFICATIVA

Investigar qual o significado de saúde e doença para os alunos de Medicina da UNIFESP/EPM, ao longo da graduação e fornecer subsídios para o desenvolvimento da educação médica e o ensino da relação médico-paciente mais condizente com o conhecimento prévio dos alunos, e particularmente, mais condizente com o contexto atual da prática médica.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivos gerais

O objetivo do estudo é examinar e compreender o significado de saúde e doença para os alunos de primeiro, terceiro e sexto ano da graduação em Medicina da UNIFESP/EPM de acordo com suas próprias palavras.

4.2 Objetivos específicos

O estudo pretende examinar:

- a) Como ocorreu a escolha da medicina e a entrada no campo médico de cada participante e as possíveis relações com a visão de saúde e doença.
- b) Qual a visão de saúde e doença dos alunos no presente momento do primeiro, terceiro e sexto ano respectivamente.
- c) Se as experiências pessoais com o adoecer e a morte têm alguma relação com os conceitos estabelecidos pelos estudantes.
- d) Se os conceitos formulados pelos estudantes tem alguma relação com sua experiência acadêmica e como eles se desenvolvem no decorrer do curso.
- e) Qual a relação entre as diretrizes curriculares da UNIFESP/EPM sobre saúde e doença e os conceitos relatados pelos alunos.

5. RECURSOS METODOLÓGICOS

5.1 Considerações Gerais

As concepções de cada indivíduo, em particular, as relacionadas à saúde e a doença são moldadas em função da idade, sexo e história de vida de cada um, ou seja, suas experiências pessoais. Existe, também, um vínculo com a cultura da sociedade em que este indivíduo está inserido, em especial com o momento histórico da Medicina, portanto, são limitadas no tempo e espaço. Assim, decorrem da articulação de mecanismos psíquicos e sociais na subjetividade de cada indivíduo.

O presente trabalho visa à compreensão das características subjacentes às concepções de saúde e doença de um grupo de estudantes de medicina da UNIFESP/EPM, em 2008.

Optou-se pela abordagem metodológica qualitativa, pois seus instrumentos e técnicas de análise procuram entender o significado individual ou coletivo de um fenômeno específico e como esses significados são construídos e descritos, ou seja, como o objeto de estudo acontece e se manifesta (Bordieu, 1996).

Os instrumentos que foram empregados – questionário psicossocial e entrevista semi-estruturada – visavam evidenciar tanto as características subjetivas, como os aspectos sociais e econômicos relacionados aos indivíduos.

5.2 Instrumentos de pesquisa

5.2.1 Questionário sócio-demográfico

O Questionário sócio-demográfico (anexo I) foi elaborado com o objetivo de caracterizar os participantes quanto: ano letivo atual na graduação, idade, sexo, filiação religiosa, etnia, situação conjugal, procedência, naturalidade, história da formação escolar (pública ou privada), utilização de serviços de saúde público ou privado, e ocupação dos pais, avós e irmãos. O que se pretende é ter uma ideia da trajetória social de cada indivíduo. Essa noção introduzida por Bourdieu (1996) implica a série de posições ocupadas por cada indivíduo em um espaço social em constante transformação. Cada posição guarda relação com as condições econômicas e com o capital cultural envolvido.

5.2.2 Entrevista

A entrevista semi-estruturada permite uma melhor interatividade entre pesquisador e participante que fica livre para utilizar sua própria linguagem e conceitos. O pesquisador se aproxima o máximo possível da personalidade do participante, do seu ponto de vista e do modo como este estrutura seu modelo de funcionamento individual dentro do seu contexto social. Este tipo de instrumento metodológico tem maior flexibilidade, pois permite ao informante seguir espontaneamente sua linha de pensamento e suas experiências dentro do foco proposto pelo investigador. Portanto, as variações dependem mais da personalidade do entrevistado. (Triviños, 1987; Turato, 2003; Bleger, 1998).

As entrevistas realizadas neste estudo procuravam obter uma compreensão do significado de saúde e doença para os alunos de medicina e deste modo foi elaborado um roteiro com temas pré-definidos 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. Há preferência para a abordagem dos assuntos de forma espontânea. Os tópicos eram introduzidos caso isso não ocorresse naturalmente (anexo II).

5.3 Amostra

O estudo foi realizado na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – Escola Paulista de Medicina, com os alunos dos primeiro, terceiro e sexto ano do curso de Medicina do ano letivo de 2008. A amostra foi composta por quatro mulheres e quatro homens de cada ano, totalizando 24 alunos. Este número foi alcançado por meio da qualidade e audibilidade dos dados, de acordo com o critério de saturação de amostra. Ou seja, o grupo foi fechado quando as informações obtidas por meio de novos participantes tornaram-se repetitivas e as falas passaram a ter uma contribuição pouco significativa em vista dos objetivos propostos (Turato, 2003). A subdivisão por sexo foi feita com o objetivo de aferir possíveis divergências e/ou convergências relacionadas ao gênero e a formação de concepções. Dessa forma, a amostra foi em parte intencional para permitir uma melhor representatividade, uma vez que nos interessa a variedade de pontos de vista dos alunos sobre saúde e doença (Bauer e Gaskell, 2007). No entanto, os alunos foram abordados de forma aleatória, entre aqueles que estavam no primeiro, terceiro e sexto ano.

Os alunos do primeiro ano, terceiro e sexto ano, foram sorteados por meio de uma lista de 356 alunos, no total dos três anos, gentilmente cedida pela pró-reitoria de graduação da universidade. Os alunos do primeiro ano inteiravam um total de 127 alunos, sendo 70 do sexo masculino e 57 do sexo feminino, no terceiro ano eram 67 homens e 52 mulheres perfazendo um total de 119 alunos, e no sexto ano do total de 110 alunos, 70 eram do sexo masculino e 40 do sexo feminino.

5.4 Procedimentos

A seguir descrevo o convite feito, por meio de contato telefônico, ao aluno sorteado da lista de graduação:

“Eu estou fazendo uma pesquisa para saber qual o significado de saúde e doença para os alunos de medicina e gostaria de saber se você poderia participar de uma entrevista. Vou falar com diversos alunos do primeiro, terceiro e sexto ano. O contato de hoje é para marcarmos uma data e horário mais propício para você”.

Quando o participante concordava, era marcada uma data e hora para a entrevista que se realizou numa sala cedida pelo Serviço de Atenção Psicossocial Integrada em Saúde que fica do 11º andar do Hospital São Paulo. Esta sala é um local silencioso, reservado e de fácil acesso.

Solicitou-se, a participação do aluno mediante a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo III), e sua autorização para que as entrevistas sejam gravadas.

O questionário sócio-demográfico era aplicado antes da entrevista e visava, além do já exposto, uma primeira aproximação entre o entrevistador e o entrevistado.

Foi utilizado um gravador digital que permite que os dados sejam armazenados em computador. Os arquivos estão gravados em um computador específico e foram feitas cópias de segurança em DVD. Caso o gravador deixasse de funcionar no dia da entrevista eu poderia utilizar um gravador reserva. Porém, se este também não funcionasse o estudo sofreria perdas na sua amostra, uma vez que não teria sido possível gravar a entrevista na íntegra.

As entrevistas foram transcritas pela própria pesquisadora, dentro de no máximo duas semanas, para que eu pudesse descrever as particularidades relevantes de cada entrevista para análise. Os documentos digitais dos relatos e das transcrições ficarão arquivados em computador e por meio das cópias de segurança em DVD por dois anos após o término do estudo para eventual auditoria. Fazem parte também do material escrito, observações de campo da pesquisadora, ou seja, anotações que incluem a percepção do clima vivenciado durante a entrevista, tom de voz, ou postura do entrevistado.

Ao todo foram contatos 55 alunos, dos quais 31 não aceitaram participar. Configurando-se grupos de oito alunos, 4 mulheres e 4 homens para o primeiro, terceiro e sexto ano respectivamente.

5.4.1 Estudo piloto

Foi realizado um estudo piloto, com quatro alunos – dois do terceiro e dois do sexto ano - a fim de averiguar a pertinência dos temas propostos para a entrevista, além das questões sobre os dados sócio-demográficos. Verificou-se, também, se o entrevistador fez as mesmas perguntas para os diferentes participantes e se elas foram compreendidas pelos mesmos. Essas entrevistas não foram incluídas na amostra.

Após a aplicação do piloto foram realizadas as correções necessárias na postura da entrevistadora, quanto a interferir menos possível na linha de pensamento do participante, incentivando-o a falar mais sobre o tema em pauta. Observou-se que perguntar sobre o significado de adoecer e de doença separadamente, bem como de saudável e de saúde para os alunos possibilitou uma reflexão por parte dos mesmos e acréscimo de elementos novos nas respostas. No questionário sócio-demográfico foi incluído também inquérito sobre a ocupação e formação dos avôs dos participantes a fim de configurar melhor a trajetória social da família e a posição do aluno no campo social. Investigar se estão em busca de uma ascensão social (alunos provenientes de classes populares) ou de manterem a mesma posição social (alunos que tem

médicos na família) com a escolha profissional da Medicina.

5.4.2 Análise dos dados

As entrevistas foram submetidas a uma análise de conteúdo que seguirá os preceitos propostos pela Grounded Theory de Glasser and Strauss (1967). Esta teoria baseia-se na análise sistemática dos dados sem o intento de testar uma teoria previamente elaborada. A intenção é entender uma determinada situação, como e porque os participantes agem ou pensam de determinada maneira. Após coletar os dados o pesquisador reúne um volume de informações sobre o fenômeno estudado, compara-os, codifica-os, extrai regularidades e exceções, trabalha com uma análise rigorosa e sistemática. Ao final deste processo algumas ideias podem emergir e fazer parte das conclusões do estudo. Desta forma o pesquisador trabalha apoiado e sustentado pelos dados obtidos no decorrer do estudo.

Realizou-se uma primeira leitura para a pesquisadora se ‘impregnar’ dos conteúdos das entrevistas. Posteriormente, numa segunda fase de leitura, alguns temas se sobressaíram, por meio de associação livre e ideias que se repetem, ou seja, mais relevantes para as questões propostas. Esse processo resultou em determinadas categorias, ou unidades de significado.

Na terceira fase o material foi avaliado de acordo com os dados que emergiram da pesquisa de conteúdo, levando-se ainda em consideração o contexto e os dados históricos pesquisados.

A fala representa o mundo segundo a ótica do entrevistado, que terá dito algo a alguém e num determinado contexto. Por meio da reconstrução das representações, o pesquisador infere a expressão do contexto do participante e seus apelos. Desta forma a análise de conteúdo permite reconstruir indicadores, valores, atitudes, opiniões, preceitos e estereótipos e compará-los entre comunidades e pessoas (Bauer e Gaskell, 2007).

5.4.3 Qualidade e auditabilidade dos dados

A qualidade da análise de conteúdo pode ser examinada por meio da coerência e da transparência. Por coerência, espera-se que o referencial de codificação esteja internamente coerente e simples, e que possa auxiliar na compreensão do caminho escolhido pelo pesquisador na análise do material. Para tal pode-se construir conjuntos de códigos que se transformam em módulos, os quais especificam um determinado tema. A construção de módulos aumenta a complexidade do referencial de codificação sem aumentar o esforço da codificação. “Muitas vezes a coerência interna é suficiente para mostrar credibilidade. Na verdade, resultados inesperados, mas conseguidos metodicamente, podem fornecer informação significativa” (Bauer e Gaskell, 2007, p.208).

A transparência pode ser conquistada por meio da descrição clara dos passos a serem seguidos na coleta dos dados, na construção das categorias, módulos e na análise como um todo. A documentação minuciosa da criação das categorias e módulos garante uma prestação pública de contas, e ainda possibilita que outros pesquisadores possam reconstruir o processo caso queiram reproduzi-lo (Bauer e Gaskell, 2007).

O pesquisador pode fazer inferências e demonstrar a origem de suas afirmações e de seu raciocínio na categorização e análise do material por meio de exemplos literais da fala dos entrevistados.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos três anos (primeiro, terceiro e sexto) havia um total de 356 alunos sendo 149 (41, 86%) do sexo feminino e 207 (58,14%) do sexo masculino. Desses alunos, foram contatados 55 (15,45%) - 33 mulheres e 22 homens dos quais 31 não aceitaram participar e 24 compareceram às entrevistas. Dos 31 que não aceitaram participar sete alunos eram do primeiro ano, 12 do terceiro e 12 do sexto. Configuraram-se grupos de oito alunos, quatro mulheres e quatro homens para o primeiro, terceiro e sexto ano respectivamente.

Ano	Média idade	Pai ou mãe médico	Pais com nível superior	Irmão estuda ou é médico	Utiliza o SUS			Possui plano de saúde		Estudou em escola		
					nunca	às vezes	sempre	sim	não	Pública	particular	ambas
1º.	20,5	0	6	1	6	0	2	6	2	1	4	3
3º.	21,87	3	5	2	3	2	3	4	4	1	4	3
6º.	25,25	1	7	1	6	0	2	6	2	3	4	1

Tabela 1 – Dados sócio econômicos dos alunos do primeiro, terceiro e sexto anos.

A média de idade dos alunos foi de 22,54 anos, tendo o mais novo 18 anos e 27 o mais velho. No total quatro alunos tem pelo menos um dos pais médicos e um aluno do primeiro ano tem mãe e pai formados na área da saúde. Somente quatro alunos tem irmão estudante de medicina ou médico já formado. Dezoito estudantes no total possuem um dos pais com escolaridade de nível superior.

No que se refere aos serviços de saúde, 15 alunos nunca utilizaram o SUS, dois às vezes e sete sempre freqüentaram os serviços públicos de saúde, sendo que alguns alunos passaram a utilizar o hospital universitário depois de

passarem no vestibular. Quatorze participantes possuem plano de saúde particular e oito não.

A metade dos alunos sempre estudou em escola particular, cinco em escola pública e sete estudaram tanto em escola particular quanto pública. Somente um aluno do primeiro ano cursou outra faculdade (biologia) antes de medicina e um participante do sexto fez um colegial técnico de enfermagem.

Os alunos que recusaram participar deram diversos motivos entre os quais: estar sem tempo para participar da pesquisa (10 alunos), não querer participar (8), solicitar que eu ligasse em outro momento (4), marcar e não comparecer (4), não responder mais aos contatos posteriores (3), desmarcar (2).

6.1 Aspectos gerais das entrevistas

Em relação aos aspectos gerais presentes nos relatos dos participantes percebe-se que os mesmos mantêm uma postura competitiva e por vezes dividem-se em grupos, vulgarmente conhecidos como panelinhas: *“... de um lado tem os que vão para o centro acadêmico e acham que vão mudar o mundo... do outro lado os que vão pra atlética... é uma estreiteza de pensamento dos dois lados, é uma batalha de egos também impressionante... um querendo subir em cima do outro... eu não sou ralé, eu sou médico, então eu vou salvar vidas, eu faço e aconteço, eu acho que pra colocar em palavras é assim. Isso me incomoda bastante... se alguém ouvir isso eu estou morto...”* (masc, 3º ano).

No caso dos alunos do sexto ano, a proximidade da prova de residência médica e a necessidade de terem tempo para estudar foram justificativas frequentemente usadas pelos alunos para não participarem da pesquisa.

A situação de entrevista, principalmente gravada pode gerar no participante uma ansiedade que tende a se amenizar ao longo da própria entrevista. Para alguns alunos, no entanto, a ansiedade e a angústia

apareceram novamente diante das questões que envolvem refletir sobre o contato com a dor, os pacientes, a morte e o hospital de uma forma geral: “... *ele foi uma pessoa que mudou muito a minha vida... quando ele morreu eu fiquei muito mal, até hoje é estranho falar da morte dele* (a aluna fala com uma voz tremida como se segurasse a vontade de chorar)...” (fem, 1º ano).

Observa-se o impacto gerado em muitos entrevistados diante da primeira pergunta. Alguns se confundem na tentativa de definir os conceitos de saúde e doença: “*Nossa! Adoecer tem... assim, eu posso dividir, não, não posso dividir, mas que pra mim tem várias coisas que significam adoecer mesmo...*” (fem, 1º ano); “*Essa pergunta é difícil (ri), é não sei, é porque saúde é um conceito bem amplo...*” (fem, 1º ano); “*... adoecer é difícil né?! (risada) assim tão direto?*” (fem, 3º ano); “*Em poucas palavras ou em muitas palavras? É complicado, tem muitas definições...*” (masc, 3º ano); “*Adoecer, nossa! É muito complexo assim...*” (fem, 6º ano). Cabe salientarmos que definir saúde e doença é um trabalho árduo e que até mesmo a OMS ainda não conseguiu chegar numa definição suficientemente completa e abrangente (Segre e Ferraz, 1997).

Conforme os alunos foram solicitados a contarem de experiências próprias relacionadas ao tema, o pensamento e as concepções puderam fluir e aparecer mais facilmente do que nas questões mais diretas: “... *você olhando pra ele você não dava nada, só que ele tinha um fígado aumentado, tinha todas aquelas alterações orgânicas que aquela doença poderia causar. E eu não fazia ideia da gravidade da doença... o professor fez os exames todos que eu havia feito... ele me chamou de lado e perguntou: você sabe qual é a chance desse paciente estar vivo daqui a 5 anos? De 5%. E aparentemente não parecia tão grave e isso me impactou bastante porque, em perceber que a medicina ainda não está tão evoluída de uma maneira que a gente possa dar uma saúde... resolver o problema... ainda falta, dentro das limitações do ser humano a gente ainda peca bastante e isso me impactou muito*” (masc, 3º ano).

Ainda sob o impacto de conseguirem expressar, ou não conseguirem refletir sobre o tema, o conceito é relatado como algo muito amplo e que

envolveria muitos aspectos: *“Tem várias coisas que significam adoecer, não é necessariamente uma dor, um problema físico, pode ser um problema psicológico, uma falta de vontade de viver, de fazer as coisas, o corpo não estar bem, ter algo que te impeça de fazer as coisas do dia-a-dia”* (fem, 1º ano); *“Conceito muito amplo, é utópico, principalmente morando numa cidade como São Paulo, é um ideal, o ideal de não se ter nada que provoque algum impedimento ou impossibilidade de fazer as atividades rotineiras, nenhuma doença de base, nenhuma doença diagnosticada.... Atividade física regular, lazer, boa alimentação, visita periódica a um profissional de saúde, compreender que problemas no trabalho e problemas familiares todos tem, sendo que o mais importante é equilibrar a sua vida, sem deixar um problema maior atrapalhar”* (masc, 6º ano).

Está presente nas entrelinhas dos relatos um desânimo e descontentamento com o curso, acontecimento relatado também por diversos autores (Aktekin e col, 2001; Bellodi, 2004; Vaillant, 1972 e Zoccolillo, 1986): *“... onde está a falha, porque existem blocos no segundo ano no primeiro semestre porque assim, até eu quase fiquei deprimida, porque eu chorava muito sabe, porque o bloco é muito pesado... é que quem entra em medicina acaba se **acostumando** em se dar bem nas provas, porque estuda bastante, passa no vestibular que é super concorrido e tem essa tendência de que você é realmente bom e não sei você acaba se acostumando com isso e quando você se depara, você estuda muito e acaba indo mal, vem aquele baque, não foi só eu, muitas pessoas...”* (fem, 6º ano).

É válido lembrar que se trata de um grupo jovem, em que muitos participantes ainda tem um vínculo afetivo e financeiro muito forte com suas famílias e desta forma, ainda mantém uma postura dependente. Somado a isso percebe-se que cada vez mais, os alunos decidem e ingressam mais cedo na faculdade, ou seja, quando ainda são adolescentes do ponto de vista psicossocial. E, como coloca Castro (2004) nessa fase ocorre o auge da estruturação de novos papéis sociais e da socialização, bem como um momento de identificação com as figuras idealizadas no cotidiano.

Nota-se uma marcada imaturidade nos alunos, principalmente entre os

do primeiro ano. Essa imaturidade pode ser vista na forma de falar, no conteúdo do relato das experiências, numa concepção idealizada do médico e de sua atuação e das possibilidades da medicina: *“Quando fico doente, fico parecendo uma criança e quando eu ainda morava com meus pais, era minha mãe quem cuidava de mim...”* (fem, 1º ano); *“Eu não sei o que os outros fariam, eu iria ao médico... é porque eu ainda estava indo no pediatra...”* (fem, 1º ano).

As experiências pessoais e familiares com o adoecer e a morte parecem ser mais relevantes na elaboração de um conceito de saúde e doença, assim como algumas experiências práticas, proporcionadas pelos estágios em campo, por atividades extra-curriculares, tais como o Pibiq e ligas acadêmicas, por exemplo. O contato com o adoecer, o paciente e a morte, bem como a maneira como o aluno lida e elabora esse contato modula a compreensão de saúde e doença.

6.2 Escolha profissional

Os motivos para escolha profissional não variaram muito entre os alunos dos três anos e para dezoito participantes a mesma aconteceu quando ainda eram crianças ou na adolescência, dado condizente com levantamento entre alunos da Universidade de São Paulo (Millan e col., 1999): *“... desde pequena eu falava, na verdade eu brincava de médico, sabe aquela coisa que tem criança que brinca de professora, eu nunca brinquei, nunca dei bola pra lousa, sempre brincava de consultório, as bonecas, eu dava injeção, marcava consulta...”* (fem, 3º ano); *“... desde pequeno eu gostava de ver Plantão Médico, e fui crescendo vendo esse tipo de programa, depois no ensino fundamental... foi que eu comecei a ter um interesse em tentar ajudar as pessoas... eu me interessei, gostava de biologia...”* (masc, 1º ano). Ainda nesse mesmo sentido três alunos destacaram a identificação que tiveram com seus pediatras e outros médicos que tiveram contato e que influenciaram na escolha profissional: *“Na verdade desde criança eu queria fazer medicina, mas eu acho que era porque eu gostava muito do meu pediatra...”* (fem, 3º ano); *“Desde*

pequeno, acho que influenciado pelo médico dos meus pais assim, minha mãe sempre teve pressão alta e problema no coração e assim, todo, a cada dois meses, um mês, a gente acabava indo no médico...” (masc, 6º ano).

Para outros o próprio fato de já terem adoecido ou terem sido internados ajudou na escolha: *“Foi bem ruim ficar internada... eu fiquei com medo, assustada... será que eu vou melhorar, até mesmo porque eles demoram pra conseguir o diagnóstico... mas foi legal, minha mãe odeia quando eu falo isso, mas foi legal entre aspas, porque eu vi que eu queria ser médica mesmo. Eu comecei a ver... então é isso mesmo que eu quero fazer da minha vida, entendeu”* (fem, 1º ano); *“Eu tive uma desidratação grave porque eu tive uma intoxicação alimentar... eu tive que ser internado na enfermaria, fiquei uns três, quatro dias. Mas assim foi legal a experiência, quer dizer legal entre aspas... porque deu pra ter mais contato com o que era um hospital, porque até então hospital eu via assim, maternidade, porque eu nunca tinha precisado de um hospital”* (masc, 6º ano).

Configuraram-se motivos tais como, gosto pela matéria biologia e curiosidade pelo corpo humano, querer ajudar, cuidar e sentir-se importante para alguém, identificação com algum profissional da saúde (pediatras, dentistas, familiares médicos): *“... desde pequena eu falava, na verdade eu brincava de médico, sabe aquela coisa que tem criança que brinca de professora, eu nunca brinquei, nunca dei bola pra lousa, sempre brincava de consultório, as bonecas, eu dava injeção, marcava consulta...”* (fem, 3º ano); *“Na verdade desde criança eu queria fazer medicina, mas eu acho que era porque eu gostava muito do meu pediatra...”* (fem, 3º ano); *“É então eu acho que, sempre eu 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); *“Eu odeio meu irmão e meu tio, porque quando os dois se juntam numa mesa acaba a conversa, fica aquele papo, de linguagem médica que você não entende nada...”* (masc, 3º ano); *“... meu pai sempre quis que eu fosse engenheira e minha mãe é assim, minha mãe era medicina ou direito... minha irmã escolheu direito... eu nunca quis ser médica sabe, sempre falei isso pra todo mundo e todo mundo sempre soube, mas assim eu sempre gostei **muito** de biologia, química...”* (fem, 1º ano).

Avaliando-se os motivos relatados pelos alunos a respeito da escolha profissional pode-se observar nas entrelinhas os elementos inconscientes (desejo de ver, reparar e poder) descritos anteriormente (Milan e col, 1999). Em relação ao 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); *“... a morte começa a fazer parte do estudante de medicina, desde o primeiro ano que você entra na anatomia, aquele abalo, eu me lembro que eu estava nervoso, começa com um osso, ai você vai digerindo, depois começa a ver as partes moles e já fica um pouco mais humanizado o negócio... é a pessoa morta mesmo...”* (masc, 3º ano).

Os exemplos a seguir destacam o elemento desejo de reparar: *“... quando meu avô adoeceu... foi triste porque um dia ele estava andando, conversando, e no outro dia ele estava olhando pro nada... eu tinha 12 anos, mas e eu não sabia reconhecer que alguma coisa estava errada... foi muito ruim porque foi uma coisa muito impactante e ele ficou 7 anos assim, piorando, teve Alzheimer ... ele começou a sofrer... a gente não sabia muito o que fazer, porque não tinha muito o que fazer, muito ruim ... **alguém tinha que ter feito alguma coisa entendeu, e ninguém fez nada, eu não fiz nada, eu era nova... eu me senti muito culpada, de não ter feito nada assim... eu não consigo lidar com a perda das pessoas, até hoje eu fico inconformada quando eu penso no meu avô, muito inconformada, mas é a vida...**”* (fem, 1º ano); *“... sempre tive a impressão que meus pais eram muito frágeis, ai isso foi uma decisão, uma influência fundamental eu acho, pra eu ter escolhido medicina...”* (masc, 3º ano), referindo-se ao fato de que seus pais são mais velhos e o mesmo percebe que não viverão por muito mais tempo; *“...talvez isso tenha me levado a fazer medicina, porque eu queria entender porque eu era doente... e hoje na realidade eu não tenho nenhuma patologia orgânica assim...”* (fem, 6º. ano).

Referente ao desejo de poder destacam-se os seguintes relatos: *“...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); *“... o velório já foi demais pra mim... realmente eu não lido muito bem com a morte... porque eu acho que eu não lido bem com*

fracasso de um modo geral e como médico eu acho que está muito associado, eu acho que a gente não pode salvar todo mundo, mas é a ideia pelo menos pra mim... é a morte pela não obtenção de um resultado... é bem visão cirúrgica mesmo” (masc, 6º ano).

O medo da morte, no entanto, não é privilégio dos alunos de medicina, essa é uma constante para todos nós e buscamos meios para lidar contra esse medo, assim como meios para lidar com a dor e o sofrimento. Para alguns 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 ao fazermos um paralelo com o conceito de Foucault (Kovacs, 2005; Fiore e Yazigi, 2005; Souza, 1998; Koifman, 2001): *“... eu gosto de ter correria, de ter aquela coisa... não sei explicar, aquela confusão que é o pronto-socorro de fazer tudo correndo assim, eu gosto... meu dia passa rápido, eu desencano dos problemas de fora...”* (JRC, fem, 6º ano); *“... eu nunca fui num enterro, a única vez que eu lembro foi do meu avô materno que morreu, eu tinha 7 anos, mas foi bem traumático pra mim, mas eu acabei nem indo em nada assim, minha mãe não deixou, eu era muito pequena, então eu nunca fui em enterro, velório, nada disso...”* (fem, 3º ano); *“... eu já vi vários velórios porque eu tocava numa banda da cidade e várias vezes a gente foi tocar em enterro e a gente tocava marcha fúnebre, negócio pesado assim... não sei se, a gente era mais moleque ainda na época... você vai com os amigos, dá uma atenuada na situação, você acaba nem prestando muita atenção naquilo e fica mais preocupado em tocar e leva numa boa... teve uma vez que era o pai de um amigo nosso da banda, aí foi mais difícil porque ele era amigo de todo mundo lá, porque ele conversava com todo mundo, a gente ficou emocionado, mas foi a única, as outras a questão de estar em grupo atenuava o peso da situação assim”* (masc, 1º ano).

Ao lado do sentimento de onipotência está o sentimento de impotência, ou seja, se por um lado os alunos sentem-se contentes e eufóricos por terem passado no vestibular, imaginam a medicina como a possibilidade de curar e salvar todos os pacientes, acabar com a dor e o sofrimento, por outro lado, deparam-se com a necessidade constante de continuarem estudando, com as

limitações e a realidade da medicina (Moreira e col., 2006): “...foram experiências desagradáveis, por exemplo, você vê um tio seu que tem um aneurisma, que estava bem e foi fazer uma cirurgia e depois de um, três, dois dias acabou falecendo, é meio frustrante, você ver que não pode fazer nada, nessa época eu já fazia medicina...” (masc, 6º ano); “...porque ainda tem uma imagem de que o papel o médico é curar... e eu não acho que seja esse o principal papel do médico... mas eu acho que a principal função seria dele cuidar... então, não é porque ele não conseguiu salvar um paciente ou curar um paciente que ele vai ter que... se sentir completamente incompetente ou impotente, porque muitos médicos se acham onipotentes, tem aquela sensação de deus, de superioridade...” (masc, 1º ano).

Ao entrarem em contato com os pacientes, nos estágios práticos do curso médico, na transição entre a fase teórica e prática, os sentimentos de impotência aparecem com grande intensidade, resultado similar ao da literatura (Godefrooij, Diemers e Scherpbier, 2010; e Paro e col., 2010): “... um dia a gente estava passando visita na sala de emergência... a paciente estava lá justamente porque ela estava instável e foi decidido pelo chefe de plantão com os residentes que não iam mais investir... a paciente estava gemente, com uma máscara de oxigênio e a gente ficava tenso porque ela estava gemendo, então falaram: a gente vai dar morfina pra ela, e deram, e a gente passando visita e meio que prestando a atenção nela, porque ela marcou a gente, ela foi, gemendo, gemendo, morreu na nossa frente, que nem um passarinho assim, foi, sabe acabou assim e a gente ficou meio assustado, a pessoa morreu na nossa frente assim...” (fem, 6º ano).

O status, tanto financeiro, menor do que em outras épocas (Cassorla, 1994), mas ainda presente, como de uma profissão nobre, reconhecida e com um vestibular concorrido e difícil de passar são motivos que também aparecem nas falas dos participantes: “... não ganhar alguma coisa, mas ser reconhecido de alguma forma, não ser reconhecido que grande cientista, mas ter uma atenção, ter um carinho...” (fem, 1º ano); “Acho que medicina é uma profissão nobre, muito bonita...” (fem, 1º ano); “... eu tinha algum potencial que me diferenciava assim em termos escolares dos outros... escolhi medicina porque eu gostava de medicina, pelo status que isso iria me dar e pelo retorno

financeiro...” (masc, 6º ano).

O relato de uma aluna, particularmente, exemplifica de forma muito clara a escolha profissional como possibilidade de ascensão social (Fiore e Yazigi, 2005): “... eu morava num bairro bem de periferia... e a vida lá é toda muito difícil... minha mãe sempre botou muito na cabeça da gente que a gente não precisava viver assim, porque ela... ela já subiu um degrau... e ela achava que a gente tinha, nós os filhos dela, tínhamos que subir um degrau ainda...” (fem, 6º ano).

Um aluno, do terceiro ano, decidiu após ter se formado em biologia e outro do sexto após terminar o colegial técnico de enfermagem: “*Eu estava na metade do terceiro ano de biologia, mas eu não tinha me encontrado na área, eu não estava feliz... eu vi que teria que ser na área de biológicas porque era a que eu tinha maior afinidade... meu irmão também me ajudou porque ele fazia medicina... trabalhar com pessoas... eu vi que eu queria fazer uma ciência mais aplicada, que eu pudesse é pegar isso e ajudar alguém diretamente, fui ver que medicina era uma coisa legal...*” (masc, 1º ano); “... eu gostava de enfermagem também, eu queria justamente ver que podia fazer uma coisa, ser um profissional diferente, eu queria ser médico por aquela vontade de mudar tal... eu decidi meio cedo assim, nunca pensei em outra coisa.” (masc, 6º ano).

6.3 Conceitos de saúde e doença - O normal, o patológico e o padrão

A procura por um padrão de normal e da construção do patológico é uma questão histórica de longa data que teve início no Renascimento e foi até o final do século XVI. Assim, a saúde passou a ser vista como ausência de doença e a cura passou a significar a eliminação dos sintomas. Essa visão de doença é herança de uma história de cerca de três séculos. Desde então, o método cartesiano tornou-se o paradigma dominante da ciência. A história da formação desse paradigma pode explicar os motivos de transformação, no século XIX, da disciplina das doenças em ciência do normal e do patológico.

(Adler, 2006; Canguilhem, 2006; Koifman, 2001).

A doença é vista pelos alunos como uma limitação, sendo esta emocional, física ou socioeconômica. Essa limitação é compreendida como um fator que impede a pessoa de manter suas atividades rotineiras. Seguindo esse pensamento alguns entrevistados agregam outras ideias tais como um padrão de normalidade 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.

A saúde de uma forma geral, não é vista como o oposto de doença e ambos não são compreendidos como conceitos estáticos e sim relativos pela grande maioria dos entrevistados: *“... mesmo tendo essa doença ela consegue ter uma vida igual a uma pessoa que não tem, então não acho que só porque a pessoa teria uma doença, não seria saúde, então pra mim saúde não é que seja ausência de doença não, lógico, que ausência de doença é um fator relevante na saúde, acho que está no equilíbrio de tudo que a gente faz na vida, nas relações... acho que saúde é uma escolha... eu gosto do que eu estou fazendo... estar satisfeito e também tem um pouco o aspecto fisiológico porque também não adianta a pessoa estar contente do jeito que está, mas ela praticamente, vai morrer contente, vai ter um infarto e morrer... tem que ter um equilíbrio do jeito que você gostaria de ser, do jeito que você acha que seria contente com o aspecto fisiológico, físico”* (masc, 1º ano); *“... a pessoa pode estar doente fisicamente e seu psíquico estar equilibrado, então uma coisa pode auxiliar na outra, na cura da outra...”* (fem, 6º ano); *“Adoecer eu acredito que seja... você sair do que você considera um bom estado, você ter prejuízo tanto do seu trabalho, da sua vida social ou a vida pessoal mesmo ou 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 doente ou ter um problema que ela não encontra a solução...”* (mas 3º ano).

Saúde foi equiparada por alguns participantes com felicidade ou com a ausência de dor, ou sofrimento. Esse mecanismo pode estar relacionado com o ideal cultural presente na atualidade de que as pessoas devem estar sempre

bem, felizes e em perfeita harmonia. Ou ainda afinado com a própria faixa etária dos alunos, adultos jovens, saindo da adolescência (Castro, 2004): *“... é você estar feliz, você não ter... algum... tem gente que está feliz, mas que está doente, por exemplo, hipertensão, a pessoa toma remédio, ela fica bem, ela não tem sintoma, então ela fica feliz, é não sentir dor, sabe, seja dor física, não ficar angustiada, não ficar preocupado, acho que é isso que é estar saudável”* (fem, 1º ano); *“Não estar doente e fazer tudo o que queira... saúde é não se preocupar, não precisar se preocupar com a saúde, não se preocupar se está passando mal, se conseguirá subir a ladeira, se está triste...”* (masc, 3º ano); *“Estar feliz pra mim é estar saudável, independente das condições que você possa estar, ter, é por exemplo, mesmo que você more numa favela, mas se você estiver feliz com você mesmo, se você tiver aspirações...”* (mas 6º ano).

A ideia de processo em relação ao adoecer aparece nos relatos desde o primeiro ano, como podemos perceber nos trechos a seguir: *“Saúde é um processo em andamento, não tem como falar saúde como algo pontual. A saúde é influenciada por diversos fatores de caráter religioso, genético, familiar, socioeconômico, que são fatores que mudam ao longo do tempo e dessa forma o estado de saúde também está suscetível a essas mudanças”* (masc, 1º ano); *“... sair dos parâmetros normais tanto fisiologicamente quanto psicologicamente, tendo em mente que o meio em que a pessoa vive também influencia no processo de saúde e doença. Seria uma inter-relação entre a mente, o corpo e o meio...”* (masc, 3º ano).

Outra forma utilizada pelos participantes para explicarem como entendem a saúde e a doença foi por meio da descrição de um padrão de normalidade, ora regido por algo externo, ora referente a cada pessoa. O padrão seria alterado em decorrência de uma doença ou do adoecer: *“Qualquer distúrbio da capacidade normal que a pessoa está passando, que não está se enquadrando naquilo que a gente entende como padrão, como algo normal, normal do funcionamento do organismo. Qualquer mal-estar ou algo do gênero”* (masc, 1º ano); *“... o que é normal pra você, por exemplo, tem gente que acha normal ter dor de cabeça todo dia, pra mim não é uma coisa normal, então eu procuraria ajuda pra isso... acho que é mesmo a percepção cotidiana do próprio indivíduo, acerca do corpo”* (masc, 6º ano).

Aluno do terceiro ano acrescenta à ideia de parâmetros normais a capacidade da pessoa se adaptar ao seu meio: *“Doença é quando a pessoa não consegue se adaptar ao seu meio, ou está fora dos parâmetros fisiológicos ou psicológicos normais, mas eu fico me perguntando qual que será que é normalidade das pessoas... bioestatística, eu acho, dentro daquilo que é normal dentro de uma análise, de um n, aí se a pessoa sair daquilo, eu acho que entra numa situação patológica...”* (masc, 3º ano). Esse pensamento nos remete a teoria de Canguilhem (2006) de que tanto as adversidades às quais estamos dispostos a enfrentar como a capacidade de tolerá-las, fazem parte da nossa natureza humana, e que a existência de uma patologia deve-se ao resultado entre as demandas impostas pelo meio e a capacidade do indivíduo se adaptar e se reequilibrar, recuperando-se ou adoecendo. O autor critica a sociedade moderna e as políticas públicas de saúde por utilizarem a normatização, como propõe o aluno acima, para diferenciar o que é normal do que é patológico. Esse movimento torna possível que a pessoa que sai da norma seja responsabilizada pela sua doença.

Uma aluna do primeiro ano e duas do sexto acreditam que as pessoas sejam responsáveis por suas doenças e pela vontade ou não de mudar e dessa forma permanecerem doentes ou saudáveis. A respeito dessa questão Sontag (2002) colabora com sua leitura antropológica da forma como a sociedade, atualmente entende o câncer e no passado entendeu a tuberculose. Ambas foram descritas como doenças incuráveis e fatais pelo desconhecimento de suas causas. Nesse sentido, a pessoa teria uma parcela de responsabilidade pelo seu adoecimento. Dessa forma a leitura da autora nos remete ao aspecto cultural que envolve a percepção dos alunos: *“Manter hábitos de vida saudáveis, sempre buscando equilíbrio sem exagerar demais. Ter sonhos, objetivos na vida, lutar pela própria vida, nunca perder a vontade de viver... é sempre estar disponível, sabe querer mudar o que não está dando certo...”* (fem, 1º ano); *“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); *“... é claro que tudo em excesso é ruim, equilibradamente, tentar se informar, tentar sempre aprender, buscar um discernimento maior da vida, é*

fazer as escolhas certas” (fem, 6º ano).

Outro pensamento presente no discurso dos participantes dos três anos aludiu-se a noção mais clássica e talvez mais antiga de conceitualizar a saúde, como coloca Caponi (1997), a noção de equilíbrio entre o organismo e o meio: *“Cuidar-se fisicamente, mas também não pode se descuidar do outro lado também... que nem um professor meu estava dando um exemplo de um senhor que tinha 80 anos e tomava vinho todo dia, jogava bocha, saía com os amigos... ele teve o diagnóstico de diabetes ou de colesterol alto, alguma coisa assim, e o médico falou que ele não ia mais poder tomar vinho, não ia poder mais sair com os amigos, só que a qualidade de vida dele diminuiu... tem que ter um equilíbrio entre a sua saúde física e a mental... eu acho que você se satisfazer, também faz parte de você se sentir saudável...” (fem, 1º ano); “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 mais naturalidade possível...” (masc, 3º ano); “... você não come direito, você não dorme direito, então eu acho que você tem que ter uma vida meio balanceada em todos os aspectos que é muito difícil, eu acredito que, ninguém tenha uma vida equilibrada, mas acho que a gente busca isso, equilibrar um pouco de tudo, prazer também...” (fem, 6º ano).*

Alunos dos três anos falam da sensação de bem-estar e da percepção que a pessoa tem de si mesma e do que acontece com ela, bem como daquilo que ela acredita que seja bom ou não para si como um critério para avaliar a saúde e a doença. Os entrevistados passam a refletir sobre essas questões, principalmente a partir do contato com os pacientes ou dos relatos de casos contados pelos professores: *“Às vezes eu penso nas criancinhas do GRAAC... já estão morrendo... tem uma doença muito avançada, muito grave, só que elas se **sentem** bem... eu fico pensando, será que saudável é só ela estar bem fisicamente, porque elas não estão, mas elas se sentem bem pra fazer as coisas, tem uma qualidade de vida boa, conseguem ainda fazer as atividades, brincar, participar das coisas lá com os amigos, estudar... impressionante...” (fem, 3º ano); “... eu tinha um professor de literatura que tinha câncer, ele*

morreu esse ano nas férias... você nunca imaginaria que ele tinha câncer e ele gostava tanto de dar aula... ele fazia a quimioterapia todas as quintas-feiras e o resto dos dias que ele tinha pra dar aula ele estava lá, eu achei aquilo muito marcante porque ele não desistiu, o último dia, ele morreu no sábado, ele deu aula até sexta-feira à noite... ele sempre falava pra gente: eu não estou doente enquanto eu estiver vindo aqui dar aula, eu só vou morrer no dia em que eu parar de aula...” (fem, 1º ano); *“... a pessoa pode não estar tão bem de um lado, mas está bem no outro e ela por si só não está se sentindo mal assim. Acho que se ela consegue realizar as atividades dela do dia-a-dia, ela está bem consigo assim eu acho que é uma pessoa com saúde...”* (masc, 6º ano).

O papel da prevenção, das orientações dos profissionais de saúde e a atenção aos fatores de risco são lembrados por alunos tanto do primeiro, como terceiro e sexto anos: *“Tem sempre a prevenção, se puder fazer todos os exames que ela puder, de rotina, pra qualquer doença que vier... caso familiar que tenha histórico familiar sempre, estar se cuidando pra não correr esse risco...”* (masc, 1º ano); *“Seguir as regras ditadas pelos profissionais de saúde”* (fem, 3º ano); *“Pode procurar assistência médica por menor que seja o sintoma, mas as pessoas devem se prevenir, fazer prevenção, exames rotineiros...”* (masc, 3º ano); *“Evitar todos os fatores de risco das principais doenças, fazer dieta, exercícios, cuidar do sono, proporcionar-se tempo para o lazer entre outras coisas”* (masc, 6º ano).

6.3.1 Ênfase nos aspectos biológicos

Alguns participantes compartilham de uma visão mais voltada para o biológico, como prega o modelo biomédico que localiza a doença no organismo, num órgão, no tecido, no gene e na enzima (Canguilhem, 2005). Entendem saúde e doença como um campo estritamente médico, ou seja, colocam o modelo biomédico numa posição de destaque (Traverso-Yépez e Moraes, 2004): *“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, as vezes a pessoa não sente que ela tem um câncer, mas ela tem que ter uns exames bons (ri), tudo certo, além dela também estar se sentindo bem, satisfeita com a vida” (fem, 3º ano); “Seria algum agente micro-organismo ou mesmo psicológico que afeta a pessoa em alguma coisa...” (fem, 1º ano); “Doença é o fator desencadeante do adoecer: bactéria, vírus, alteração hormonal, algum acontecimento desagradável, não se sentir bem com alguma coisa, ficar com depressão...” (masc, 3º ano); “Doença seria uma manifestação orgânica dos aspectos que levariam a pessoa a adoecer, como uma febre, depressão...” (masc, 6º ano).

Seguindo o pensamento biomédico, a ajuda médica e hospitalar para problemas orgânicos é colocada em destaque: *“Depende... procurar um médico caso seja uma doença física...” (masc, 1º ano); “Depende da doença. Para uma doença orgânica a pessoa deve procurar um médico. A pessoa pode buscar ajuda religiosa, procurar um psicólogo para um desequilíbrio emocional, se for algo locomotor pode procurar um fisioterapeuta...” (masc, 3º ano); “A pessoa pode buscar ajuda especializada para se aconselhar, um psicólogo, ou se for um problema orgânico, um médico para que possa medicá-la, ou mudar seu estilo de vida...” (masc, 6º ano).*

6.3.2 Para além do modelo biomédico

Alguns alunos tentam integrar os fatores numa visão mais biopsicossocial, mas ainda parece prevalecer o entendimento do adoecer com algo que acontece no organismo em decorrência da influencia dos demais fatores (Woloschuk e col., 2004): *“Vai um pouco além do que a 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); “Incapacidade, impedimento de fazer alguma atividade diária de costume, por algum fator desencadeante algo que acontece e tira a pessoa do seu equilíbrio, um processo que deixa a pessoa doente...” (fem, 3º ano); “é aquilo*

que afeta de alguma forma o indivíduo, a levá-lo a não viver adequadamente a sua vida, então um pobre que não lida direito com sua situação financeira, ele acaba sendo muito doente, uma pessoa que é um fanático religioso, ele acaba sendo um doente, então tudo o que está em desequilíbrio, pra mim, é uma doença” (fem, 6º ano); “... Meu avô viveu 80 anos com o caroço na virilha, ele era saudável porque ele não deixava de fazer nada... depois ele ficou doente, mas ele se adaptou super bem com a amputação, ele dependia da ajuda das pessoas, mas ele não ficava mal com isso, ele dizia que se ele precisava de ajuda pra ir daqui até aquela cadeira ali, ele pedia ajuda da filha... que ele não tinha porque ficar mal com isso...” (fem, 3º ano); “Mesmo que a pessoa tenha uma doença, mas se ela controla, consegue levar aquilo numa boa, então você está saudável. Acho que é encarar as coisas de uma maneira mais natural” (fem, 6º ano).

Para um aluno do terceiro e outro do sexto ano o cuidar e a saúde não são vistos como questões apenas médicas: *“... tentar sublimar de alguma maneira em alguma obra de arte, tentar buscar aquilo que pode servir de exemplo, a gente tem muito isso na mitologia, muito isso nas obras de arte e eu acho que isso ajuda muito, porque a partir do momento que a gente vê um exemplo igual o da gente, a gente se sente mais tranqüilo em pensar que alguma outra pessoa já passou por aquilo... isso dá uma força muito grande eu acredito” (masc, 3º ano); “... médico é uma parte do conceito de saúde, é uma parte que está bastante inserida na população, nas pessoas... ele pode ajudar em vários aspectos, tanto no emocional como no orgânico, mas que saúde não é igual a médico, saúde não é igual a hospital, saúde, é... algo muito mais inerente a pessoa do que, do que os outros assim...” (fem, 6º ano); “...alguns cânceres que a gente vê dentro da medicina, eu estou passando na hemato... foi onde eu tive esse impacto, é... alguns cânceres na hematologia não são tratáveis, o máximo que o médico pode fazer é tentar dar uma qualidade de vida melhor pro paciente, então eu percebo que a medicina as vezes, não é você só curar, é você tentar dar essa felicidade que eu disse, é você tentar proporcionar ao paciente que ele seja feliz, as vezes um paciente que está estágio terminal de câncer a maior felicidade dele é comer, morrer comendo e isso é importante pra um médico, você ter essa sensibilidade de você saber é,*

o momento de, não agora não dá mais pra eu querer curar esse paciente, a minha principal meta agora vai ser tentar dar uma qualidade de vida pra ele, então eu percebi que a cura as vezes não está tão associada com o fato de você ser médico” (masc, 3º ano).

Ao refletir sobre a doença de sua avó, aluna percebe uma relação entre os sintomas físicos da mesma com a sua vontade não satisfeita de morar sozinha e desta forma consegue ter uma visão mais integral do adoecer: *“... a minha avó morava com a minha tia mais velha e cuidava dos netos... ela queria morar sozinha, mas não falava pra ninguém com medo da reação, que fossem entender mal, mas ai ela tinha uma dor no quadril que desceu pro joelho e ela fez vários exames e não achavam nada, levaram no médico de novo e nada, quando ela tirava férias... a dor melhorava, mas ai ela voltava pra casa da minha tia e a dor voltava... acabou conseguindo conversar e explicar que queria morar sozinha... e desde que ela mora sozinha e passeia com as amigas e vai na igreja rezar que é o que ela gosta e que faz bem pra ela, ela faz tudo sozinha, tem atividades, tem um equilíbrio, eu acho que ela estava somatizando... nunca mais teve a dor, é incrível, era a mente dela mandando informação pro corpo de que algo não ia bem” (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 que você dá serotonina ou inibidor... melhora, por que tem gente que não melhora?, então é porque tem algo a mais... Eu vi muita gente da minha sala dizer que escutou barulho e ai foram lá olhar, os pacientes estavam morrendo, sabe umas coisas assim, e eu não acho impossível ter alguma coisa espiritual mesmo...” (fem, 6º ano),* sua fala nos remete ao modelo primitivo da medicina, momento em que se resolvia os questionamentos do homem a respeito dos fenômenos da natureza, e das doenças inclusive, por meio do plano divino (Ramos, 2006; Canguilhem, 2005). Nessa fala notamos ainda uma separação entre o mente e corpo e para essa aluna parece que aquilo que não se encaixa na esfera do mental e nem do corporal seria o que ela chama de espiritual.

6.4 Lidar com a doença, a morte e o sofrimento - mecanismos de defesa

Em alguns relatos, presente nos três anos, é possível notar uma postura distanciada dos alunos e uma tentativa de minimizarem o impacto gerado por certas experiências próprias ou situações pelas quais passam outras pessoas (Martins, Cruz e Botomé, 2001): *“... às vezes ignora... achando que não é de tanta importância, por estar em contato com, por exemplo, você aqui no hospital, pessoas internadas e você está com uma gripe, você nem se importa de nem tratar ela, e às vezes é uma coisa maior e a gente nem identifica... Eu acho que muda um pouco pela experiência que a gente vive... a gente achava muito grave e depois você vê que tem coisas bem piores e acaba minimizando um pouco, ou as vezes você vê prejuízos que você achava que era o fim da vida da pessoa e ai você vê gente lidando bem melhor com prejuízos bem maiores... a pessoa está mais forte do que o que eu fiquei em situações bem menores... o arsenal de como você se relacionar com pessoas doentes ou de como você ficaria, como você arcaria com isso... agora a gente vê muito os doentes como um, um olhar mais preocupado, querendo tomar bastante tempo, mas acho que quando a gente é forçado a estar aqui dentro, a ter uma carga de trabalho muito grande, submetido a muito cansaço, muito estresse, ter que fazer os atendimentos muito rápido, acho que a gente vai ser obrigado a mudar pra conseguir lidar com o problema, com o trabalho”* (masc, 3º ano); *“...pouca, umas 3 ou 5 assim, meio que vivências com a morte, sempre nas paradas cardio-respiratórias, eu ainda não vi nenhum paciente que viveu mais de dois dias depois da reanimação, ou tentativa de reanimação, mas eram sempre pacientes que eu não estava ligado a eles, sei lá chegavam na emergência, ou subiam pro andar naquele dia... eu não conhecia a pessoa... e como aluno, eu nem cheguei a falar com família nada, era sempre alguém mais graduado que fazia isso. Morte...é só, de contato assim, agora tem a nossa colega de turma que faleceu, desse trauma... é que também eu não era tão próximo a ela, então eu não senti muito...”* (masc, 6º ano).

Praticamente todos os alunos tem algum experiência com o adoecer e a

morte, quer comentem ou não, quer deem importância ou não para elas. Fica a dúvida a respeito daqueles participantes que não elegeram nenhuma experiência para contar e daqueles que disseram que não tiveram nenhuma experiência relacionada ao tema. Será que para alguns alunos essa foi uma maneira de não entrarem em contato com os sentimentos que podem ser despertados pelo tema saúde e doença? *“Isso é uma coisa engraçada assim... porque eu acho que desde que eu nasci, na minha família, eu nunca vi ninguém adoecer realmente, alguém falecer, de ficar muito tempo no hospital não cheguei a passar por isso. Então eu não teria uma experiência marcante...”* (masc, 1º ano). Para outros fica mais evidente esse distanciamento: *“Nunca tive nada sério e isso também não aconteceu com ninguém da minha família, só minha mãe ficou um pouco depressiva... ela foi ao médico, fez terapia e ficou bem, mas eu não participei muito disso tudo”* (fem, 3º ano); *“Meu pai convulsionou quando ele tinha por volta de 40 anos, foi na mesma idade em que seu pai, meu avô havia falecido por um enfarto. Acho que doença é um grande problema, mas prefiro não pensar assim para que a vida não passe a girar em torno disso... não consigo ficar muito ligada com aquilo, lógico que eu fico condoída com a situação tudo, mas eu não acho que seja tão fim do mundo assim...”* (fem, 3º ano); *“Tiveram várias pessoas da minha família que passaram por algum problema... minha mãe fez transplante de córnea, meu avô faleceu, mas na verdade não foi um adoecimento tão marcante pra eu estar me envolvendo de forma brutal...”* (fem, 6º ano).

Podemos dizer que muitos alunos utilizam a negação e a intelectualização, ao usarem cada vez mais termos e explicações médicas, como mecanismos de defesa contra os sentimentos despertados nas vivências com o adoecer e a morte: *“mudou o vocabulário, mas a visão não mudou...”* aluno do terceiro ano comenta ao responder o que teria mudado desde o primeiro ano. As defesas psíquicas previamente presentes parecem se cristalizar e se estruturar ao longo da graduação, apoiadas pelas experiências vividas durante o curso.

6.5 Diferenças entre os anos - qual o papel do curso de medicina?

Com os passar dos anos os alunos adquirem mais vivências, informações e conhecimento teórico, e dessa forma, como podemos verificar nas falas dos alunos do terceiro e mais expressivamente para os do sexto ano, que os mesmos descrevem e a passam a revalorizar o que foi vivido em ambiente familiar.

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. Nesse sentido eles se demonstram mais onipotentes diante do adoecer, da doença e da morte, dados condizentes com aspectos encontrados na literatura ao comparar-se alunos nas diferentes etapas da graduação (Griffith e Wilson, 2001; Woloschuk e col., 2004; Wolf e col., 1989): *“... porque realmente a graduação muda bastante as pessoas, você vê entre quem está entrando agora e quem sai. Ter feito uma faculdade as pessoas amadurecem bastante e eu acho que durante a graduação o lidar com temas como a morte, vou viver mais dentro do hospital... conviver com o doente, acho que isso vai mudar bastante”* (masc, 1º ano); *“... você só descobre o que é a medicina quando você está dentro dela... eu achava gratificante antes de eu fazer, era conversar com 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); *“... quando você está no vestibular você quer passar para medicina porque quer fazer cirurgia, quer ficar no pronto-socorro. Você pensa nas vidas que pode salvar. Atualmente já percebi que você pode salvar vidas, mas que também você pode melhorar a qualidade de vida dos pacientes e que nem sempre é necessário atitudes e intervenções complexas e heróicas para fazer a diferença na vida de uma pessoa”* (fem, 1º ano).

A grande maioria dos alunos do primeiro ano relatam suas experiências com a morte somente quando são questionados diretamente sobre o tema,

diferente dos alunos do terceiro e sexto ano, os últimos principalmente, contam sobre suas experiências mesmo antes de serem diretamente questionados. Os participantes do terceiro e sexto ano falam mais durante a entrevista, comentam de suas experiências com a morte, as vividas no curso e na vida de forma mais espontânea, os alunos do primeiro ano falam quando são diretamente questionados. O curso parece oferecer estímulos para os alunos pensarem e refletirem sobre suas próprias experiências.

Alunos do terceiro e sexto ano apontam para o fato de que o adoecer e a doença podem se apresentar em diferentes níveis de gravidade: “... *doença... trata-se de um não estado de saúde que pode acontecer em diferentes graus...*” (masc, 6º ano); “*Doença é um prejuízo na capacidade do indivíduo, tanto no que se refere ao orgânico como ao psíquico... que pode acontecer em diversos graus, afetando as pessoas de forma variada...*” (masc, 6º ano); “*Alguma mudança na rotina da pessoa, na qualidade de vida. Existem graus de adoecimento, tais como, desde um nariz entupido, até algo mais grave como um câncer...*” (fem, 6º ano).

No relato dos entrevistados do sexto ano percebe-se uma menor idealização da profissão médica e da medicina. No entanto, o sentimento despertado pela impotência diante da morte permanece intenso, talvez pelo fato de terem tido contato com pacientes graves, e com a morte em suas experiências no ambiente médico-hospitalar (Gilbert e col., 2006; Goldefrooij, Diermers e Scherpbier, 2010; Paro e col, 2010)

Outro ponto que chama a atenção, e pode estar relacionado ao sentimento de impotência e angústia diante do tema morte, é a experiência que os alunos do sexto ano tiveram com uma colega de classe que sofreu um acidente e esteve internada na UTI do hospital São Paulo, evoluindo com morte encefálica.

A respeito desse fato uma aluna relata como na ocasião todos comentavam do caso, inclusive pela dificuldade de se pensar e falar sobre a captação de órgãos de alguém tão próximo: “... *eu fiquei imaginando que eu também não iria querer passar pela situação de tirar os órgãos da minha amiga assim, por mais que eu já soubesse que ela estava morta... mas ao mesmo*

tempo quando eu me imaginei tendo que tirar os órgãos dela eu me imaginei matando ela assim, não sei é meio confuso isso na minha cabeça, eu fiquei pensando nisso assim, que eu iria me sentir matando ela se seu tirasse os órgãos dela...” (fem, 6º ano); *“... experiência de morte que eu tive na graduação mesmo, a pior de todas foi a de uma amiga nossa que sofreu um acidente agora no meio do ano e veio a falecer... é... foi horrível assim porque a gente não queria saber, mas sabia qual era o prognóstico dela, então foi meio ruim por causa disso... sentir um pouco na pele... é que a morte não é fracasso... do sistema de saúde, não é fracasso do profissional... eu acho que a morte é um processo natural da vida, eu acho que assim como as pessoas nascem elas vão morrer... o exercício profissional, acho que não é impedir a morte, que aqui ninguém é deus pra querer impedir a pessoa de morrer, a gente tem que ajudar a pessoa a não sofrer...”* (masc, 6º ano).

Os alunos do terceiro e sexto ano sentem-se capazes de se cuidarem sozinhos, ao contrário do relato de alguns alunos do primeiro do ano que ainda se remetem as figuras parentais: *“Quando fico doente, fico parecendo uma criança e quando eu ainda morava com meus pais, era minha mãe quem cuidava de mim...”* (fem, 1º ano); *“Chega um ponto na faculdade que já nos achamos capazes de fazermos as coisas sem procurar um médico...”* (fem, 6º ano); *“... principalmente estudante de medicina ou quem tem médico por perto, você ouve muito a opinião... você tenta se automedicar, ou pensar que já pode se cuidar de alguma forma...”* (masc, 3º ano). A diferença entre os participantes do primeiro para o terceiro e sexto ano pode estar relacionada ao aprendizado que os últimos já tiveram a respeito dos sintomas e doenças, dando-lhes maior segurança para tratarem-se sozinhos.

No entanto, se auto-medicar ou cuidar de uma pessoa muito próxima pode ser arriscado. Essa questão é abordada por um aluno ao relatar sobre um colega da turma que teve uma dor de cabeça muito forte e súbita, além de ter apresentado um episódio de vômito enquanto jogavam futebol. Todos imaginaram ser algum tipo de hemorragia cerebral e ficaram muito preocupados levando o colega para o pronto-socorro, porém os exames não acusaram nada e: *“... o professor falou, quando a gente contou esse caso, que talvez pudesse não ser nada mesmo, que pudesse ser uma dor de cabeça por*

não ter comido antes de jogar futebol e a gente nunca levou isso em consideração, eu acho que quando pega muito próximo da gente, a gente se envolve demais, acho que é por isso que criam essa barreira do médico não ver alguém muito conhecido... às vezes a gente exacerba e desvia do caminho certo, essa é minha experiência.” (masc, 3º ano).

Duas alunas do terceiro ano e uma do sexto gostaram muito de ginecologia e obstetrícia por motivos semelhantes e que chamam a atenção pela idealização que as mesmas tem dessa especialidade. Talvez numa tentativa, ou pela falsa ideia de que isso é possível, de não lidarem ou ficarem longe da dor e do sofrimento: “... você acompanha a grávida durante os 9 meses eu achei que é uma coisa gostosa, um relacionamento bom sabe, começa a ganhar confiança da paciente, depois você atua no parto, eu considero, sabe como uma ala mais alegre da medicina sabe, e foi o que me chamou mais atenção, você vai fazer um parto e vai sair bem consigo, sabe, não vai ficar vendo o dia inteiro aquela coisa da doença, que de repente pode ser, pra mim assim, pode ser um tanto ruim, então eu prefiro assim uma área mais alegre.” (fem, 3º ano); “...o que eu mais gosto na ginecologia e obstetrícia e que seria obstetrícia é que não necessariamente eu estou tratando de uma pessoa doente, essa é a parte que mais me atrai... seu paciente não é pra morrer no final, você não vai perder seu paciente porque ele morreu e sim porque ele ganhou outra vida, essa é uma das coisas que me interessam na obstetrícia, fora relação médico-paciente que você tem, que você é ginecologista da mãe, da filha, da avó...” (fem, 3º ano); “... vou prestar ginecologia, eu gosto de centro-obstétrico, de parto mesmo, e dentro da ginecologia, eu gosto mesmo da obstetrícia...eu fico pensando essa coisa do final, eu fico triste, eu me envolvo, então eu gosto do outro lado, do começo da vida, da felicidade... eu sei que obstetra também perde bebê e mãe, mas é **muito** difícil e é muito pouco, a maioria tem final feliz...” (fem, 6º ano). Nesses relatos é possível observar a questão do feminino, ligado à geração da vida, em contraposição a doença e a morte. Gilbert e col. (2006) encontraram a mesma postura nos relatos de médicos que concluíram a residência em ginecologia e obstetrícia no Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro.

Ao responderem sobre as escolhas por uma especialidade os alunos do primeiro ano não tem nada em mente, e comentam que esperam manter uma visão mais generalista. Os alunos do terceiro já comentam sobre uma ou outra especialidade que já tenham passado pelos estágios, mas também não tem nada decidido: *“Não, ainda não tenho nenhuma especialidade em mente, tudo o que eu vou vendo eu falo: nossa gostei disso, acho que eu vou querer ser. Eu penso em fazer algo mais geral... primeiro, tentar fazer, se for no caso de cirurgia, fazer cirurgia geral... depois de um tempo tentar fazer algo mais específico, mas eu não quero perder essa visão geral...”* (masc 1º ano); *“...eu procuro não ficar me atendo a algumas especialidade porque eu acho que eu estou aqui dentro pra ser médico e o nome médico abrange tudo aquilo que você pode fazer por um paciente... se eu terminasse hoje a faculdade eu faria clínica médica, apesar de achar que tem que fazer uma especialidade porque é impossível você ficar no mercado de trabalho em São Paulo sem ter uma especialidade...”* (masc 3º ano); *“... não sei o que eu vou fazer ainda, eu sei que eu não vou ser cirurgião por questão técnica mesmo, não tenho capacidade motora pra fazer aquele negócio detalhado não...”* (masc 3º ano).

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 os alunos estavam completamente decididos quanto à especialidade. É provável que, como aponta Bellodi (2004), conflitos relacionados à escolha profissional foram reavivados na decisão por uma especialidade. Quatro entrevistados contam o que pretendem seguir: clínica médica e posteriormente geriatria, urologia, neurocirurgia e ginecologia e obstetrícia. Três alunos ainda tem um pouco de dúvidas, embora já vislumbrem uma especialidade: *“...se a doença é passível de cirurgia pra ser eliminada é um grande poder que você tem na mão, eu acho que é isso que me atrai, o padrão resolutivo que a cirurgia tem...”* (masc, 6º ano); *“... eu fiz o primeiro parto e fiquei assim muito feliz, muito sabe, emocionada...”* (fem, 6º ano); *“Então de especialidade eu estou, quase decidido, quase 100% de fazer clínica médica, eu escolhi porque eu acho bem amplo, mas como sub-especialidade da clínica médica ainda não decidi, gosto muito de nefrologia, de gastro...”* (masc, 6º ano).

E uma participante do sexto surpreendentemente ainda não conseguiu decidir e comenta a esse respeito: “... *clínica, ginecologia, eu gosto de todas, então, eu não consegui ainda me decidir qual que eu quero fazer, então esse é meu dilema, essa é minha doença do momento, eu preciso decidir o que eu quero fazer*” (fem, 6º ano). Nessa fala podemos notar também o movimento feito pelos alunos de considerarem o sofrimento como equivalente a doença e vice-versa, assim como equiparam a saúde à felicidade.

6.6 Mudanças percebidas pelos alunos – desidealização

Durante a entrevista foram feitas perguntas que abordaram as mudanças percebidas pelos alunos desde o início da graduação e as possíveis transformações. A partir das respostas dos participantes dos três anos, é possível notar a mudança de atitude dos alunos em relação aos pacientes e a medicina de uma forma geral, mudanças positivas e negativas assim como outros estudos já haviam demonstrado (Fields e Toffer, 1993; Wolf e col., 1989; Griffith e Wilson, 2001). Eles se percebem mais distantes dos pacientes, menos empáticos e mais desconfiados e frios diante do sofrimento e da dor, mas por outro lado mais realistas diante do universo médico.

As mudanças são pertinentes ao ano da graduação em que se encontra o aluno. No primeiro ano as mudanças percebidas e relatadas aludem ao conhecimento adquirido principalmente sobre a estrutura e organização dos serviços de saúde do Brasil: “*Eu não conhecia como funcionava, como eram as pessoas que vinham se cuidar, como elas se sentiam, depois que você começa a ver o que acontece, você passa pelo PS e vê as pessoas sentindo dor, e você vê também a falta de estrutura, muda muita coisa...*” (fem, 1º ano); “... *acho que vai mudar bastante, acho que cada vez mais a gente vai amadurecendo com as nossas vivências, principalmente na prática, mais na prática do que na teoria, o que muda mais é você estar lá na hora observando ou fazendo, do que o professor explicando, olha é tal ou dando o artigo pra gente ler, acrescenta é claro, mas eu acho que na hora na prática muda*

bastante...” (masc, 1º ano).

Para o terceiro ano aparece também a questão da própria postura e concepção do aluno em relação ao universo médico: *“Acho que mudou porque quando eu entrei, eu tinha aquela visão muito quadradinha, saúde é o cara estar bem, eu pensava no fisiológico mesmo... os professores foram mostrando, esse lado de como que o psicossocial, que o religioso, que o bem-estar em família pode influenciar também na saúde, até o econômico...”* (fem, 3º ano); *“Mudou... eu achava que toda doença era pra ser curada e hoje eu vejo que as coisas não são assim...”* (masc, 3º ano); *“... na verdade quando você entra na faculdade de medicina você não tem muita noção do que você está fazendo, você não sabe como é a atividade do médico... entrei meio totalmente bobo, não sabia nada... tem aquelas aulas de SUS no primeiro ano, eu era totalmente ignorante quanto a legislação de saúde... por enquanto a gente tem uma carga teórica muito grande, então você sabe como é no papel, não sabe como é no dia-a-dia... acho que vai mudar muito...”* (masc, 3º ano).

E por fim no sexto ano, as mudanças são percebidas de forma bastante clara em diversos aspectos, desde o conhecimento teórico ampliado, a importância das experiências oferecidas ao longo do curso, como da postura muitas vezes mais desconfiados e menos empáticos, dos próprios alunos diante de tudo o que vivenciaram durante a graduação (Fields e Toffer, 1993; Wolf e col., 1989; e Moreira e col. 2006: *“O que mudou totalmente foi o lado que eu estou hoje, antes eu estava muito do lado do paciente... como se eu nem fosse virar médico, é estranho, no primeiro e segundo ano, eu brigava mais pelos interesses dos pacientes do que hoje... hoje eu penso muito mais como médico atendendo, de não ser processado e conseguir ajudar a pessoa que esta me procurando...”* (masc, 6º ano); *“... eu acho que eu fiquei mais fria não sei, mais maldosa, tipo desconfiada acho que é a palavra... depois que você passa pelas experiências você fica pé atrás... Você vai conhecendo as pessoas, vai atendendo mais, você vê que tem gente que quer realmente te manipular, quer que você pegue e resolva todos os problemas dela... tem outras que não, que realmente vão lá porque não querem se aproveitar de nada, não querem tirar nenhum benefício do médico que não seja resolver o problema de saúde... você acaba ficando mais atento pra isso...”* (fem, 6º ano).

No tocante a postura dos alunos frente à determinados pacientes, Griffith e Wilson (2001) tiveram achados semelhantes ao observarem que os alunos se tornaram menos idealistas em relação aos pacientes idosos e com dores crônicas, bem como menos otimistas em relação a satisfação profissional e eficácia de certas terapias: *“... passei por um momento que achava que resolvia os problemas, por um momento que achava que não tinha como fazer mais nada, então desmotivei, pra depois ver que mesmo nas piores situações o profissional tem um papel, do ponto de vista profissional... muitas vezes a gente não sai satisfeito com a condição que a gente dá uma alta, por exemplo, acha que não dá tudo que a gente poderia dar pro paciente... 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, a gente sabe desse conceito... por causa da dificuldade da saúde, do sistema de saúde acaba ficando só na teoria mesmo... A gente acaba ficando meio endurecido assim com as situações, as coisas que às vezes deixavam a gente mais abalado 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 entrarem em contato com o universo da saúde e da doença e, do profissional médico menos idealizado, alguns alunos tendem a negar ou procurar outras explicações ou concepções mais confortáveis para enfrentar a nova e dolorosa perspectiva mais real.

6.7 Os modelos e o discurso não oficial

Ao longo das entrevistas aparecem descrições de situações que demonstram a influência do currículo oculto e principalmente dos modelos (Murakami e col., 2009; Al-Bawardy e col., 2009; Lempp e Searle, 2004) na formação do aluno: *“Acho que vai mudar bastante, acho que cada vez mais a gente vai amadurecendo com as nossas vivências, principalmente na prática, mais na prática do que na teoria, o que muda mais é você estar lá na hora*

observando ou fazendo, do que o professor explicando, olha é tal ou dando o artigo pra gente ler...” (masc, 1º ano); “... durante o curso eu acho que a gente deve ir perdendo um pouco essa ideia de relacionamento, porque pelo que a gente observou... os médicos, eles vão se tornando cada vez mais frios, cada vez 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, mas acho que a maioria dos médicos que eu acompanhei tinham esse comportamento...” (masc, 1º ano); “... a gente teve um aula, 10 pessoas ai o cara falou: senta ai!, olha só, eu só vou ensinar eles aqui e depois vão te chamar pra, fazer o exame direito. Não estou imitando direito, ele tinha feito de uma maneira muito grossa. O paciente tinha feito uma traqueostomia há dois dias e tinha perdido a voz... só aceita porque é humilde e está feliz por estar num centro de referência, ninguém aceitaria isso... é o mais comum pra falar a verdade, esse tipo de atitude... falta de respeito total... isso aconteceu mais de uma vez, com várias pessoas diferentes, é claro que tem aquelas pessoas muito boas, que eu admiro...” (mas 3º ano). Por meio desses relatos é possível constatar o peso que a influência do modelo negativo pode exercer na formação do aluno, e conseqüentemente, na compreensão de saúde e doença que os mesmos desenvolvem, assim como já foi descrito na literatura previamente citada. Seguindo essa ideia, alguns alunos podem aprender, com alguns professores ou colegas mais velhos, uma postura profissional, ou um modelo de relação médico-paciente que não é o esperado (Murakami e col, 2009, p.4).

6.8 O curador ferido

Alguns alunos estavam passando por algum processo de adoecimento na ocasião da entrevista e outros já tinham ficado doentes. Os participantes relatam sobre o impacto e a forma como lidaram com o próprio adoecer: “*Eu estou um tanto doente assim, eu tenho, não sei se muita gente consideraria doença, mas eu tenho problema nos dois joelhos e nos dois cotovelos, eu tenho artrite... está uma fase difícil... eu estou tentando resolver, mas afeta*

bastante, eu fico meio deprimida... eu tenho a impressão de que eu não valorizava tanto, reclamava de muita coisa idiota antes de ficar desse jeito... quando você fica doente você aprende a valorizar bem mais a saúde que você tinha antes... é isso, uma limitação, não é nem a dor, você não poder fazer esporte, não poder fazer alguma atividade que use os membros...” (fem, 1º ano); *“... estou achando que eu estou tendo algum problema no sono, que não está sendo reparador e eu busquei assistência aqui na escola... por muito tempo eu tentava dar uma negada... não deve ser nada...”* (masc, 3º ano); *“... drenagem pleural tal, eu lembro, é que eu era criança, então minha cabeça era só um inferno... mas hoje eu fiquei bem... tenho só uns 5% de seqüela em hemi-tórax, mas de campo pulmonar, dá pra respirar bem... depois disso eu só fui ter uma Artrite Reumatóide Juvenil com 16 anos, mas... tomei corticóide, dois, três meses, quatro meses, nunca mais recorreu ai eu fiquei bom...”* (masc, 6º ano); *“... apesar de saber que 95%, na minha idade praticamente 100% dos pólipos naquelas condições seriam de evolução benigna, na minha cabeça eu seria aquele único da vida que fez maligno, eu comecei a surtar com aquilo... e na minha cabeça o lugar onde tirou o pólipo podia fazer uma fibrose, por menor que ela fosse, e se um dia eu engravidasse... se o meu embrião quisesse grudar exatamente naquele lugar, eu não ia conseguir engravidar... nossa umas pirações... depois da cirurgia, eu fiz duas vezes, recidivou, ai eu surtei mesmo... eu fiz outra cirurgia, outra histeroscopia... eu fiquei **bem** encanada, eu achando que ia ter câncer e ia morrer e estava ficando metastática... era só um pólipo e eu estava achando que eu estava morrendo”* (fem, 6º ano).

A relação médico-paciente pode se tornar menos polarizada, quando os, neste caso, futuros médicos, já estiveram do outro lado dessa relação. É como se pudessem olhar para a própria ferida (Gelbeck, 1992; Gilbert e col., 2006) e dessa forma estabelecer uma relação médico-paciente mais harmônica, por compreenderem o que se passa com o outro: *“Tive um episódio depressivo mesmo durante a faculdade no segundo ano, acabei esperando muito pra procurar ajuda... depois que eu fui entender, fiz terapia... isso que me fez perceber que tem diversos graus, assim que a pessoa pode estar doente mesmo e não procurar auxílio”* (masc, 6º ano); *“Quando eu era pequena, eu tive uma reação vacinal muito rara... a vida inteira a minha mãe meio que me*

protegia porque ela tinha medo de que isso pudesse ter alguma coisa e então eu tinha uma perspectiva de que eu era uma criança doente... mas dentro de mim tinha essa imagem, que eu não podia fazer o que as outras crianças faziam, e hoje eu tenho uma vida absolutamente normal... as vezes quando eu vejo as pessoas que tem alguma restrição, é... eu tenho mais ou menos a sensação... eu tenho um pouco da noção que as 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 uma aluna do sexto ano os seus sintomas depressivos e a depressão de suas colegas são entendidos como uma reação ou uma consequência do curso de medicina: “... inclusive teve até meninas que estavam tomando antidepressivo e não é só no meu ano, todo ano isso acontece... outra menina que eu conheço que agora está no terceiro ano, ano passado ela estava até afastada da escola, tomando anti-depressivo...” (fem, 6º ano).

O fato dos alunos falarem muitas vezes sobre o tema “depressão”, aliado ao relato de histórico de depressão, uso de medicação antidepressiva e a observação de um tom de voz, postura física e emocional perante os temas da entrevista que demonstravam a presença de sofrimento entre os alunos nos chama a atenção para a saúde mental dos estudantes.

E por fim, para alguns participantes ainda não é possível se imaginarem no lugar dos pacientes, talvez pela própria ausência de uma experiência mais concreta ou pela necessidade de manter um 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 muito 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, digo suposta, pois parece haver muito mais uma auto-referência do que uma auto-reflexão a respeito do que acontece consigo mesmo.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo foi realizado por uma psicóloga que trazia em sua bagagem uma formação voltada para os aspectos subjetivos, condizente com uma visão psicodinâmica. Embora tenha sido utilizado um roteiro com perguntas guias para direcionar a entrevista estive sujeita a destacar ou permitir que determinados aspectos das falas dos participantes me chamassem mais a atenção do que para outro pesquisador, com outra formação e história de vida.

Os alunos por sua vez tem uma ideia sobre o profissional psicólogo e do que o mesmo gostaria de escutar como respostas às suas perguntas. Desta forma alguns participantes podem ter direcionado suas falas de acordo com o imaginário ao meu respeito, a minha profissão e a minha pesquisa, bem como podem ter se preocupado em me agradar com certas respostas.

Este trabalho é um corte no tempo, no ano de 2008; trata-se de alunos diferentes em diferentes momentos. Nesse sentido poderíamos dizer que avaliamos muito mais o primeiro, o terceiro, e o sexto anos de 2008 do que a evolução dos alunos ao longo da graduação. Acredito que seria interessante e importante 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.

As experiências e as características pessoais de cada participante influenciam na visão que possuem de saúde e doença, na escolha profissional, pela medicina e posteriormente por determinada especialidade.

Os graduandos demonstram necessidade de se protegerem dos sentimentos despertados, experiências pessoais e familiares relacionadas à doença, à morte, à dor e ao sofrimento, bem como pelos mesmos sentimentos desencadeados pelas vivências durante o curso de medicina. Observa-se que o modo como previamente lidaram com o tema saúde e doença é muito

parecido com o jeito com que os alunos acabam lidando durante a graduação.

Além das vivências pessoais anteriores à entrada na faculdade, as experiências curriculares e extracurriculares, bem como o currículo oculto tem marcada influência na concepção dos alunos sobre saúde e doença, seja pela reflexão provocada por essas experiências e pelo contato ou necessidade de distanciamento dos sentimentos despertados pelas mesmas. A mais marcante influência é a cristalização de defesas psíquicas relacionadas com o processo de escolha profissional pela medicina e pela especialidade.

Podemos notar também, certo esfriamento na relação médico-paciente, percebido por uma postura de maior desconfiança dos alunos em relação aos pacientes, ao longo da graduação. Os alunos relatam se sentirem cada vez menos impactados diante da dor, do sofrimento e da morte, devido à grande exposição a esses fatores. O que nos leva a pensar que se trata de defesas coletivas utilizadas pelo grupo para lidar com o tais temas.

Alguns participantes, principalmente 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. Em muitos relatos, mas principalmente na fala dos alunos do primeiro ano, parece haver uma repetição de um discurso oficial.

Fica claro que os alunos possuem o conhecimento de uma visão mais global e humana do paciente, em que caberia a dor e o sofrimento. No entanto, é como se cognitivamente os mesmos 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 refletir a respeito do mito do Curador Ferido, 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.

Quando a dificuldade em lidar com a possibilidade da doença, do

sofrimento, da dor e da morte em si mesmos está presente, e mais estruturada forem as defesas psíquicas dos alunos, mais prejudicada pode ficar a percepção desses aspectos no outro, quer sejam nos pacientes ou nos colegas. Nesse sentido os estudantes podem sentir maior dificuldade na interação com os pacientes e na manutenção de uma visão mais integral e humana.

Contra-transferencialmente foi despertada uma vontade de alertá-los sobre esta dinâmica, bem como quanto às fantasias onipotentes relacionadas ao papel do médico.

É necessário que os profissionais vinculados à educação médica se empenhem também em cuidar do lado ferido do futuro médico, ensinando-os a entrarem em contato com essa esfera, para que os mesmos possam, primeiramente, olhar e cuidar de si, e assim possam compreender e cuidar melhor da saúde e da doença dos pacientes com os quais entrarão em contato, sem tanto temor e medo de 'contágio'.

Anexo I

Questionário sócio-demográfico

Iniciais do nome

Sexo

Data de nascimento - idade

Filiação religiosa

Etnia

Ano de ingresso na graduação

Você está cursando o: 1ºano() 3ºano() 6ºano()

Você cursou o ensino fundamental: Escola Pública () Particular() Ambas()

Você cursou o ensino médio em: Escola Pública() Particular() Ambas()

Procedência

Naturalidade

Estado Civil

Profissão dos pais e avós paternos e maternos

Ocupação dos pais e avós paternos e maternos

Número de irmãos

Profissão e ocupação dos irmãos

Você costuma utilizar o Sistema Público de Saúde: Sempre() As vezes()
Nunca()

Possui plano particular de assistência médica: Sim() Não()

Há quanto tempo?

Você cursou alguma outra faculdade anteriormente: Sim() Não() Qual?

Se sim, concluiu o curso: Sim() Não()

Por que decidiu cursar medicina depois?

Anexo II

Roteiro entrevista

O que significa adoecer para você?

O que você compreende por doença?

O que uma pessoa pode fazer quando se sente doente?

O que você faz quando se sente doente?

Você ou alguém da sua família já esteve doente, conte um pouco como foi.

O que significa estar saudável para você?

O que é doença para você?

O que é saúde para você?

O que uma pessoa pode fazer para manter-se saudável ou evitar adoecer?

Conte alguma experiência sua relacionada ao tema.

Você tem alguma experiência para contar sobre a morte?

Você tem alguma coisa a mais para contar sobre o tema.

Como foi sua escolha pela Medicina? Fale um pouco sobre sua escolha profissional

Você já pensou se pretende fazer alguma especialidade? Qual seria?

Você acha que mudou ou mudará a sua visão sobre saúde e doença do começo até o final da graduação?

Anexo III

Termo de Consentimento livre e Esclarecido

- 1 – “O significado de saúde e doença para o aluno de medicina ao longo da graduação”.
- 2 – Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, cujo objetivo é examinar o significado de saúde e doença para os alunos de medicina ao longo da graduação;
- 3 – Para cumprir com o objetivo do estudo será realizada uma entrevista gravada com perguntas referentes ao tema saúde e doença e será aplicado um questionário sócio-demográfico que visa caracterizar os participantes quanto: idade, sexo, filiação religiosa, etnia, situação conjugal, procedência, naturalidade, ano letivo atual na graduação, história da formação escolar (pública ou privada), utilização ou não do Sistema Público de Saúde, aquisição de plano de saúde privado, escolaridade e ocupação dos pais, avós e irmãos, e escolha profissional.
- 4 – Os desconfortos presentes no item 3 são mínimos;
- 5 – Não haverá nenhum benefício imediato para o participante. Os eventuais beneficiários de alguma contribuição do estudo serão os alunos que ingressarem no curso após a finalização deste estudo, ou os que ainda estiverem cursando e possam usufruir de eventuais mudanças no conteúdo de alguma disciplina;
- 6 – Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a psicóloga Tatiana Gottlieb Lerman que pode ser encontrado no endereço: Rua Borges Lagoa, 570, 1º andar – Departamento de Psiquiatria – UNIFESP/EPM. Pelos telefones: 5576-4160 ou 5579-2828. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@epm.br
- 7 – É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
- 8 – Direito de confidencialidade – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros participantes, não sendo divulgadas as identificações;
- 9 – Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo.
- 10 – O pesquisador tem o compromisso de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li, descrevendo o estudo: “O significado de saúde e doença para o aluno de medicina ao longo da graduação”. Eu discuti com Tatiana Gottlieb Lerman sobre a minha decisão em participar neste estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo.

Assinatura do participante

Data ____ / ____ / ____

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____ / ____ / ____

9 REFERÊNCIAS

Adler, R E. ***Médicos revolucionários: de Hipócrates ao genoma humano***. Ediouro, 2006.

Aktekin, M; KaRaman, T; Senol, Y Y; ERdem, S; 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.**

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 – www.med-ed-online.org.**

Balint, M. ***O médico, seu paciente e a doença***. 2ª. Edição, São Paulo, Atheneu, 2005

Bauer, MW & Gaskell, G. ***Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som***. 6ª. Edição. Petrópolis, Rio de Janeiro, Editora Vozes, 2007.

Bellodi, P L; Mertinho, T; Massaroppe, B; Martins, M A; Silva dos Santos, M A. *Temas para um Programa de Tutoria em Medicina: uma Investigação das Necessidades dos Alunos da FMUSP*. **Revista Brasileira de Educação Médica, 2004; 28 (2): 119-127.**

Bleger, J. ***Temas de Psicologia: entrevista e grupos***. 2ª. Edição. São Paulo, Martins Fontes, 1998.

Bourdieu, P. ***Razões Práticas: Sobre a teoria da ação***. Campinas, SP, Papyrus, 1996.

Canguilhem, G. ***Escritos sobre a medicina***. 1ª. Edição. Forense Universitária, 2005.

Canguilhem, G. **O normal e o patológico**. 6ª. Edição. Forense Universitária, 2006.

Caponi, S. *Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud*. **História, Ciências, Saúde**, 1997; **4**:287-307.

Caprara, A; Franco, A L S. *A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica*. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 1999; **15 (3)**: 647-654.

Cassorla, R M S. *Dificuldades no lidar com aspectos emocionais da prática médica: estudo com médicos no início de grupos Balint*. **Revista ABP-APAL**, 1994; **16(1)**:18-24.

Castro, F C. *Os Temores na Formação e Prática da Medicina: Aspectos Psicológicos*. **Revista Brasileira Educação Médica**, 2004; **28(1)**: 38-45.

De Marco, M e col. **A Face humana da Medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial**. Casa do Psicólogo, 2003.

Ferreira, R A; Peret Filho, L A; Goulart, E M A; Valadão, M M A. *O estudante de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais: perfil e tendências*. **Rev Ass Ned Brasil**, 2000; **46(3)**:224-231.

Fields, S A; Toffler, W L. *Hopes and concerns of a first-year medical school class*. **Med Educ**, 1993; **27**: 124-129.

Filho, E J S. *A interação médico-cliente*. **Rev Ass Med Brasil**, 1998; **44(1)**: 35-42.

Fiore, M L De M; Yazigi, L. *Especialidades Médicas: Estudo Psicossocial*. Psicologia: **Reflexão e Crítica**, 2005; **18(2)**: 200-206.

Frank, E; Carrera, J S; Rao, J K; Anderson, L A. *Choice among US medical students*. **Arch International MED**, 2008; **168(15)**: 1712-1716.

Geertz, C. **“Ethos, Visão de mundo, e a análise de símbolos sagrados”**. In, **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro, Zahar

Editores, 1978.

Gelbeck F L. *Processo saúde doença: à procura da essência*. **Texto e Contexto Enf.**, 1992; 1(2): 4-19.

Gilbert, A C B; Cardoso, M H C de A; Wuillaume S M. *Médicos residentes e suas relações com/e no mundo da saúde e da doença: um estudo de caso institucional com residentes em Obstetria /Ginecologia*. **Interface – comunicação, saúde, educação**, 2006; 9(18):103-116.

Glaser, B G; Strauss, A L. ***The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research***. Chicago, Aldine Publishing Company, 1967.

Godefrooij, M B; Diemers, A D; Scherpier, A J J A. *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; 10:28.

Griffith, C H; Wilson, J F. *The loss of student idealism in the 3rd-year clinical clerkships*. **Evaluation & The health professions**, 2001 24(1):61-71.

Groesbeck, C J. *A imagem arquetípica do Médico Ferido- The archetype of the wounded-healer*. **Journal of Analytical Psychology**, 1975; 20(2): 72-95.

Haidet, P; Dains, J E, Paterniti A D; Hechtel, L; Chang, T; Tseng, E; Rogers, J C. *Medical student attitudes toward the doctor-patient relationship*. **Medical Education**, 2002; 36: 568-574.

Koifman, L. *O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense*. **História, Ciências e Saúde – Manguinhos**, 2001; 8(1): 48-70.

Kovacs, M J. *Educação para a morte*. **Psicologia, ciência e profissão**, 2005; 25(3): 484-497.

Langdon, E. J. ***A Doença como Experiência: A Construção da Doença e seu Desafio para a Prática Médica*** - Palestra oferecida na Conferência 30 Anos Xingu, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 23/08/1995. Disponível na Internet:

[<http://www.cfh.ufsc.br/~nessi/A%20Doenca%20como%20Experiencia.htm>]

Lemmp, H; Searle, C. *The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching*. **BMJ, 2004; 329: 770-773.**

Martins, S R, Cruz, R M, Botomé, S P. *A (In)sustentável banalização do ser*. **rPOT, 2001;1(1): 173-179.**

Millan, L R e Col. ***O Universo Psicológico do Futuro Médico: vocação, vicissitudes e perspectivas***. Casa do Psicólogo, 1999.

Moreira, S N T; Silva, C A N; Tertulino, F F; Tertulino, F M F; Vilar, M J P; Azevedo, G D. *Processo de Significação de Estudantes do Curso de Medicina diante da Escolha Profissional e das Experiências Vividas no Cotidiano Acadêmico*. **Revista Brasileira de Educação Médica, 2006; 30(2): 14-19.**

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 – www.pfmj.com/content/8/1/9**

Paro, H; Morales, N; Silva, C; et al. Health-related quality of life of medical students. **Medical Education, 2010; 44(3): 227-235.**

Ramos, D G. ***A psique do corpo: a dimensão simbólica da doença***. Summus editorial, 2006.

Reeves, S; Lewin, S; Zwarenstein, M. *Using qualitative interviews within medical education research: why we must raise the “quality bar”*. **Medical Education, 2006; 40: 291-292.**

Ribeiro, M M F; Krupat, E; Amaral, C F S. *Brazilian medical student's*

attitudes towards patient-centered care. Medical Teacher, 2007; 29: e204-208.

Segre, M; Ferraz, C F. *O conceito de saúde. Revista de Saúde Pública, 1997; 31(5): 538-542.*

Sontag, S. *A doença como metáfora.* Graal editora, Rio de Janeiro, 2002.

Souza, A R N D. *Formação médica, racionalidade e experiência: o discurso médico e o ensino da clínica.* Tese de Doutorado apresentada para obtenção do Grau de Doutor em Ciências da Saúde - Área de Concentração em Psiquiatria, do Curso de Pós-Graduação em Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. 1998.

Spink, M J. *Psicologia Social e Saúde: Práticas, saberes e sentidos.* Editora Vozes, 3ª. Edição, 2003.

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.*

Trivinos, A. N. S. *Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em Educação.* São Paulo, Atlas, 1987.

Turato, E R. *Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa.* 2ª. Edição. Editora Vozes, 2003.

Vaillant, G E. *Some psychological vulnerabilities of physicians. New England J. Med, 1972; 372-375.*

Winnicott, D W. *Natureza Humana.* Imago Editora, 1990.

Wolf, T M; Balson, PM; Faucett, M; Randall, H M. *A retrospectivestudy of attitude change during medical education. Medical Education, 1989; 23: 19-23.*

Woloschuk, W; Harasym, H P; Temple, W. *Attitude change during medical school: a cohort study*. **Medical Education**, 2004; 38: 522-534.

Zoccolillo, M; Murphy, G E; Wetzel, R D. *Depression among Medical Students*. **Journal of Affective Disorder**, 1986; 11: 91-96.

Projeto pedagógico do curso de graduação em medicina – UNIFESP/EPM: <http://grad.unifesp.br/alunos/cursos/med/ppc2005-med-110706.pdf>

Abstract

The concepts of medical students about health and illness in the early graduation depends on your knowledge and past experiences as well as the degree of contact with medical practice and the reality that surrounds this issue. The aim of this study was to understand the vision of health and illness that pervades the minds of future doctors and delineate the relationships established between the notion of health and illness, the school curriculum, personal experiences and trajectory of social and professional student throughout the course. It was conducted a qualitative study, using a psychosocial questionnaire and semi-structured interviews with students from first, third and sixth year 2008 the Federal University of São Paulo (UNIFESP-EPM). The material was subjected to content analysis. The experiences and personal characteristics of each participant, as well curricular and extracurricular experiences, and the hidden curriculum influence both the vision they hold for health and disease as their career choice. We can note certain coldness in the doctor-patient relationship, and greater distrust of patients throughout the course. Students graduating demonstrate a need to protect the feelings aroused by the experiences during the medicine course. It is clear that students have the knowledge of global and human care patients. However, it seems that they know cognitively, but emotionally they could not put it into practice. This issue would be linked to fact that they are having difficulty contacting these aspects in themselves.

Bibliografia Consultada

Boehs, A E; Monticelli, M; Wosny, A M; Heidemann, I B S; Grisotti, M. *A Interface Necessária Entre Enfermagem, Educação Em Saúde E O Conceito De Cultura*. **Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2007; 16(2): 307-14.**

Gonçalves, E L. *Ser médico: uma longa trajetória*. **Revista HU-USP, 2001; 11(1/2): 22-29.**

Grosseman, S; Patrício, Z M. *A Relação Médico-Paciente e o Cuidado Humano: Subsídios para Promoção da Educação Médica*. **Revista Brasileira de Educação Médica, 2004; 28(2): 99-105.**

Hatem, D; Ferrara, E. *Becoming a doctor: fostering humane caregivers through creative writing*. **Patient Education and Counseling, 2001; 45: 13-21.**

Nogueira-Martins, L A; Nogueira-Martins, M C F. *O exercício atual da Medicina e a relação médico-paciente*. **Rev Bras Clin Terap, 1998; 24(2): 59-64.**

Nogueira-Martins, L A. **Residência Médica: Estresse e crescimento**. Casa do Psicólogo, 2005.

Nogueira-Martins, M C F; Nogueira-Martins, L A; Turato, E R. *Medical students' perceptions of their learning about the doctor-patient relationship: a qualitative study*. **Medical Education, 2006; 40: 322-328.**

Ramos-Cerqueira, A T A; Lima, M C P. *A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina*. **Interface, 2002; 6(11): 107-116.**

Rother, E T e Braga, M E R. **Como elaborar sua tese: estrutura e**

referências. 2ª. Edição, São Paulo, 2005.

Singh, G; Hankins, M; Weinman A J. *Does medical school cause health anxiety and worry in medical students?* **Medical Education, 2004; 38: 479-481.**

Turato, E R. *Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa.* **Revista de Saúde Pública, 2005; 39 (3): 507-514.**

Turato, E R. *Introdução à Metodologia da Pesquisa Clínico-qualitativa – Definição e Principais Características.* **Revista Portuguesa de Psicossomática, 2000; 2 (1): 93-108.**