

O Aluno de Medicina e Estratégias de Enfrentamento no Atendimento ao Paciente

Medicine Students and Coping Strategies in Patient Care

Leda Maria Delmondes Freitas Trindade¹
Maria Jésia Vieira¹

PALAVRAS-CHAVE:

- Aluno de Medicina;
- Ensino Médico;
- Relação Interpessoal;
- Estratégias de Enfrentamento.

KEYWORDS:

- Medicine Students;
- Medical Education;
- Interpersonal Relationships;
- Coping Strategies.

RESUMO

Objetivo: Conhecer as situações estressantes e as estratégias de enfrentamento utilizadas por alunos de medicina na relação de atendimento ao paciente. **Método:** Estudo exploratório, descritivo e qualitativo realizado na Universidade Federal de Sergipe com 50 alunos do 10º período do curso médico. Utilizou-se questionário autoaplicável com perguntas abertas e fechadas. Os dados foram interpretados pela análise de conteúdo categorial. **Resultados:** As relações interpessoais aluno-professor, aluno-paciente e aluno-familiar do paciente proporcionaram aos estudantes vivências embaraçosas e constrangedoras, fazendo-os sentir-se expostos e vulneráveis. O sofrimento do paciente também constituiu uma situação estressora que mobilizou nos estudantes a adoção de estratégias de enfrentamento (aceitação de responsabilidade, resolução de problemas, suporte social, reavaliação positiva, fuga-esquiva e religiosidade) para controlar e minimizar seus sentimentos. **Conclusão:** O estudo revelou as situações e fatores estressantes inerentes à vivência acadêmica, os quais levaram o estudante a desenvolver comportamentos adaptativos identificados como estratégias de enfrentamento. A pesquisa também sinalizou a importância de se dar atenção às especificidades e necessidades do aluno e do docente.

ABSTRACT

Objective: To understand stressful situations and coping strategies used by medicine students in relation to patient care. **Methods:** Exploratory, descriptive and qualitative study conducted at the Federal University of Sergipe with fifty 5th year medicine students. A self-report containing open-ended and closed questions was used. The data was interpreted through categorical content analysis. **Results:** The interpersonal relationships between student-teacher, student-patient, and student-patient's family led to undergraduates experiencing embarrassing and awkward situations, making them feel exposed and vulnerable. Patient suffering was a really stressful situation, forcing students to adopt coping strategies (acceptance of responsibility, problem solving, social support, positive reappraisal, escape-avoidance, and religious belief) to control and minimize their feelings. **Conclusion:** The study revealed situations and stressors inherent to the academic experience, which led the student to develop adaptive behaviors identified as coping strategies. The survey also indicated the importance of giving attention to the specificities and needs of the student and the teacher.

Recebido em: 24/10/2012

Aprovado em: 26/02/2013

INTRODUÇÃO

O curso médico, em função da dinâmica pedagógica, conteúdo curricular, tempo de graduação, relação aluno-professor e aluno-paciente, expõe o aluno a situações estressoras, que podem comprometer sua qualidade de vida^{1,2,3,4}. Entretanto, ao adentrar a universidade, ele não traz essa percepção, porque existe um sonho: ser médico. No decorrer de sua formação profissional, novos contextos e valores são agregados, inclusive aqueles que propiciam o contato com fatores estressantes. Estudos^{5,6,7} apontam que esses fatores estão associados à formação médica, não somente pelo contato mais próximo com a dor, sofrimento, morte, pela intimidade emocional e corporal, mas também pela excessiva carga horária, por incertezas e limitações que levam o aluno a ter medo de errar e causar danos ao paciente. Segundo Trindade⁸, embora esses fatores sejam uma constante ao longo do curso, as motivações que levam o estudante a fazer sua escolha tornam-se estímulos para a criação de condições de enfrentamento. Nessa questão, está também em jogo o desejo de realização pessoal e de reconhecimento.

As motivações, segundo Maslow⁹, impulsionam a ação de suprir estados de privação, referem-se a tudo aquilo que dirige e sustenta o comportamento humano, desde as necessidades fisiológicas, de afeto e de estima, às necessidades de crescimento, como o autodesenvolvimento e a autorrealização. Pessoas saudáveis e criativas buscam satisfazer suas necessidades a partir do seu próprio potencial. Elas se expressam através do impulso de se tornarem sempre mais do que são e de virem a ser tudo o que têm capacidade de ser.

Ter contato com o paciente é a grande expectativa do aluno desde que inicia o curso. Sem preparo para esse contato, chega ao quinto período, quando inicia o estudo da clínica propedêutica, esperando que o professor o oriente e, assim, saiba não apenas atender o paciente, mas também lidar com as situações advindas desse aprendizado¹⁰. Angústia, frustrações, insegurança, dúvidas e medos fazem parte do processo de formação¹¹. Nesse contexto, a expectativa do aluno é frustrada por atitudes inadequadas de alguns docentes ao conduzirem o processo de ensino-aprendizagem, o que constitui agressão psicológica³. Pesquisadores¹² afirmam que a patogênese desse tipo de agressão é o chamado "trauma acumulativo", resultado de pequenas violências cotidianas que podem comprometer os relacionamentos pessoal e interpessoal e promover desde dificuldade de aprendizagem até distúrbios psicossomáticos. A experiência com esse tipo de comportamento pode levar o aluno a se isolar e a se sentir solitário. As agressões podem configurar um abuso, isto é, um maltrato ao estudante, provocando também maior vulnerabilidade ao estresse¹³.

As respostas ou formas de adaptação dos indivíduos às circunstâncias adversas são percebidas como estratégias de enfrentamento (*coping*). "Enfrentar" se entende como "defrontar-se com algo", "encarar com coragem", "lidar com" ou "adaptar-se". Assim, as estratégias de enfrentamento consistem em esforços individuais para poder lidar com situações da vida, sejam elas mudanças ou circunstâncias estressoras internas ou externas. Vários estudos^{14,15,16} definem estratégias de enfrentamento como um processo transacional e defendem-nas sob perspectivas cognitivistas, comportamentais ou de traços de personalidade.

O indivíduo busca condições internas ou externas para lidar com certos eventos que representam para ele algum tipo de ameaça, incômodo, desconforto. Depois de avaliá-los, escolhe a forma de agir que supõe mais adequada. Em outras palavras, escolhe a estratégia para enfrentá-lo, seja focalizando o problema em si, seja focalizando as emoções. Quando focada no problema, constitui uma estratégia ativa, cuja finalidade é controlar ou alterar o evento estressor; quando focada nas emoções, intenta regular a resposta emocional diante da situação estressora¹⁷.

Lazarus e Folkman¹⁴ organizaram um elenco de pensamentos e ações utilizadas pelo indivíduo diante de eventos estressores específicos, e elaboraram um inventário de estratégias de enfrentamento que serviu de base para esta pesquisa: confronto; aceitação de responsabilidade; resolução de problemas; suporte social; reavaliação positiva; fuga-esquiva; afastamento; autocontrole.

Autores¹⁸ se referem também a um outro tipo de estratégia de enfrentamento – religiosa e espiritual – que foi utilizado neste estudo. Trata-se de importante recurso para pessoas que se encontram em situações difíceis e de grande impacto em sua vida¹⁹.

Sabe-se que qualquer indivíduo pode desenvolver formas pessoais de lidar com eventos percebidos como estressores, e que essas formas podem gerar atitudes e comportamentos inadequados, contribuindo como fatores preditivos de estresse^{3,4,7,20,21}. Acredita-se não ser diferente o que ocorre com os alunos do curso médico. Eles precisam desenvolver habilidades para exercer a prática da medicina, tendo que lidar com a própria imaturidade e as circunstâncias inerentes ao modelo de ensino.

O cotidiano acadêmico do aluno vem recebendo crescente atenção por parte dos estudiosos no que se refere ao ensino médico e às vivências ao longo de sua formação^{5,6,7}.

Considerando a importância desse tema e de suas repercussões tanto na vida pessoal quanto no exercício da prática médica, este trabalho buscou conhecer as vivências, situações

adversas, razões e modos de enfrentamento e de superação de alunos internos (décimo período) no atendimento ao paciente e no contato com a dor do outro.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esta pesquisa foi realizada na Universidade Federal de Sergipe (UFS) com alunos de medicina que estavam cursando até o segundo mês do décimo período e, portanto, estariam vivenciando situações similares. A amostra foi constituída de 50 estudantes (21 mulheres e 29 homens com idades entre 22 e 26 anos) que aceitaram participar da pesquisa. O projeto (nº 0024.0107.000-05) foi aprovado pelo CEP e todos os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Coleta, Análise e Tratamento dos Dados

A presente investigação teve natureza exploratória, descritiva e qualitativa. Como instrumento de coleta de dados, utilizou-se um questionário autoaplicativo, com questões abertas e fechadas, tais como: "Sente preparado(a) técnica e psicologicamente para o contato direto com o paciente?"; "Sente-se envolvido(a) pelo sofrimento do seu paciente?"; "O que fez?"; "pediu ajuda?; de que tipo?; sente-se embaraçado (a) ou constrangido (a) com o/a paciente?; por quê? As questões abertas possibilitaram a obtenção de relatos sobre o tema, de forma livre e espontânea.

Para preservar o anonimato dos participantes, criou-se um código para individualizá-los: a numeração inicial corresponde à ordem alfabética do nome do aluno na lista nominal; a letra "I" identifica "internato"; a seguir, em subscrito, o número que corresponde ao grupo a que o aluno pertence.

O questionário foi submetido à apreciação de interlocutores acadêmicos durante seminários de pesquisa na instituição. Eles opinaram sobre consistência, coerência com os objetivos, adequação e linguagem. Por fim, foi aplicado em sala de aula, com prévia permissão dos professores.

O processamento dos dados ocorreu em três fases: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados. Na pré-análise, realizaram-se a leitura flutuante, a leitura dirigida, a transcrição dos questionários para arquivo e a preparação do material a partir de recortes de falas. Definiu-se o *corpus* da pesquisa pelos critérios de exaustividade, representatividade, pertinência e uniformidade.

Na etapa de exploração do material, as questões abertas foram submetidas à análise de conteúdo categorial²² visando a obter, mediante procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitiram a inferência de conhecimentos. Nessa etapa, efetuaram-se os seguintes procedimentos: iden-

tificação dos núcleos de sentido com suas unidades de registro, agrupamento desses elementos em subcategorias e, por aproximação entre elas, a identificação das categorias analíticas.

Na fase de tratamento dos resultados, foram feitas a interpretação, com discussão, inferência e contagem das unidades de registro contidas nos núcleos de sentido. Os componentes adaptativos desenvolvidos pelo alunado, os quais constituíram subcategorias, foram classificados com base nas estratégias de enfrentamento^{14,16,18,19}.

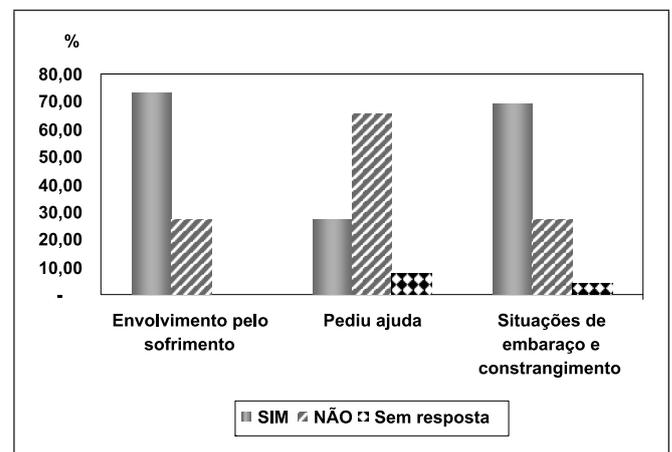
O conteúdo dos resultados foi novamente submetido a interlocutores acadêmicos, durante seminário de pesquisa.

RESULTADOS

Os dados revelaram que, embora 62% dos alunos afirmassem se sentir preparados psicologicamente para o contato direto com o paciente, 73,08% envolveram-se com o sofrimento deste, e apenas 26,92% pediram algum tipo de ajuda, mediante aconselhamento com terapeutas, colegas e familiares próximos. Apenas um aluno citou o professor como referência de ajuda. Mais de 60% (69,23%) relataram vivência de situações embaraçosas e constrangedoras (Gráfico 1).

GRÁFICO 1

Percepção de alunos do 10º período sobre envolvimento, vivência de situações de embaraço e constrangimento durante atendimento ao paciente. Curso de Medicina UFS



A análise dos questionários a partir dos núcleos de sentido resultou na elaboração de duas categorias: Vivências de embaraço e constrangimento de internos durante o atendimento ao paciente: situações de estresse e razões (Quadro 1) e Estratégias de enfrentamento de internos ao se sentirem envolvidos pelo sofrimento do paciente (Quadro 2).

QUADRO 1

Vivências de embaraço e constrangimento de internos durante atendimento ao paciente: situações de estresse e razões

SITUAÇÕES DE ESTRESSE	RAZÕES		SUBCATEGORIAS
	NÚCLEOS DE SENTIDO		
Questões éticas entre professor-aluno	Atitude inadequada do docente/preceptor	<ul style="list-style-type: none"> • Atitude inadequada do professor ao atender a paciente no pós-aborto. • Situação constrangedora entre médico assistente e paciente, provocando sentimento de culpa e de vergonha. 	QUANTO À RELAÇÃO PROFESSOR-ALUNO
Questões éticas entre aluno-paciente-familiar	Atitude inadequada do paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Tenta a cumplicidade do aluno para ocultar ingestão de medicação abortiva. • Tenta induzir o aluno a assumir posição de juiz diante de questões familiares. • Abordagens e formas de tratamento inadequadas para a relação médico-paciente excessivamente íntimas e de teor sexual ou constrangedora para os alunos. 	QUANTO À RELAÇÃO ALUNO-PACIENTE-FAMILIAR
	Ser enganado e rejeitado pelo paciente e familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Não atender à expectativa do paciente. • Paciente engana o aluno quanto às informações fornecidas. • Paciente não quer ser atendido por estudante. • Paciente se nega a realizar procedimentos invasivos por estagiários. • Cobranças familiares de pacientes portadores de doenças crônicas. • Familiar do paciente corrige o aluno publicamente. 	
Contato direto aluno-paciente	Vergonha Embaraço Constrangimento	<ul style="list-style-type: none"> • Não atender à expectativa do paciente. • Atitude agressiva do paciente durante a consulta. • Falta de condições do paciente para seguir o tratamento. • Ter que assumir as limitações do sistema diante das necessidades do paciente. • Ter que abordar aspectos sexuais do paciente. • Solicitar ao paciente despir-se para ser examinado. • Submeter o paciente a exames ginecológico, urológico e proctológico. 	QUANTO À RELAÇÃO ALUNO-PACIENTE
	Despreparo técnico do aluno	<ul style="list-style-type: none"> • Diante de questionamentos do paciente em face de certas situações. • Inexperiência para realizar exames físicos. • Não saber conduzir diagnóstico. 	
	Medo de doenças	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente conhecido portador de HIV. 	

DISCUSSÃO

Após ter vivenciado o ciclo clínico, que vai do quinto até o nono período, o aluno chega ao décimo período com expectativas e demandas diferentes. As expectativas dizem respeito à possibilidade de lidar com a técnica, tornar-se responsável pelo paciente e vivenciar a realidade médica. Neste estudo, alunos relataram dúvidas quanto à realização de procedimentos, insegurança diante de tomadas de decisão e frustração perante a realidade, enquanto outros citaram que o contato com o paciente dependia de professores e orientadores:

“Meu primeiro contato com o paciente foi no 5º período, e em virtude da arrogância e prepotência do professor de propedêutica, foi frustrante. Agora, no internato, minhas expectativas se renovaram e foram de certa forma correspondidas pelo carinho e confiança que os pacientes me ofereciam” (8/I₃)

“O contato direto vai depender mais dos orientadores do que dos alunos. Espero que sejam melhores que os ocorridos nos ambulatórios” (1/I₃)

A vivência do aluno junto ao paciente também é apontada na literatura como fonte de estresse^{3,4,7,20,21}. Para Guimarães²¹, o curso médico é e será sempre um fator de estresse para o aluno, e resta a ele aprender a lidar com os diversos agentes estressores.

Quando as Relações Humanas Tornam-se Vivências de Embaraço e Constrangimento

As exigências do curso médico são percebidas pelos alunos como uma sobrecarga emocional. Nos primeiros anos, a própria imaturidade, a escolha profissional precoce, a mudança de vida, a construção de novas relações, a competitividade, o

QUADRO 2

Estratégias de enfrentamento de internos ao se sentirem envolvidos pelo sofrimento do paciente

NÚCLEOS DE SENTIDOS	SUBCATEGORIAS		
	ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO		
<ul style="list-style-type: none"> Assumiu as próprias limitações reconhecendo as limitações do sistema. Sentiu medo de perder a capacidade de ser sensível. Sentiu-se incapaz de ajudar o paciente, mas procurou ajuda. Ficou próximo, mas sem saber o que fazer. 	ACEITAÇÃO DE RESPONSABILIDADE		FOCALIZADO NO PROBLEMA
<ul style="list-style-type: none"> Refletiu sobre o sofrimento da paciente. Tentou confortá-lo com palavras. Criou vínculo otimista. Tentou aconselhar e ajudar de acordo com recursos disponíveis. Mostrou ao paciente que ele não estava sozinho. Ajudou o máximo que pôde. Procurou confortar o paciente psicologicamente e prescreveu remédios para a dor física. 	Acolhimento Solidariedade	RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	
<ul style="list-style-type: none"> Implorou ao médico providências quanto à assistência ao paciente. 	Razões instrumentais	SUPORTE SOCIAL	FOCALIZADO NA EMOÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> Conversou com familiares e amigos sobre a situação do paciente. Procurou ajuda de terapeuta. 	Razões emocionais		
<ul style="list-style-type: none"> A situação mobilizou maior motivação. 	Mudança pessoal	REAVALIAÇÃO POSITIVA	FOCALIZADO NA EMOÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> Conteve-se. Chorou e controlou a exacerbação de sentimentos. Tentou manter-se estável. Procurou demonstrar sentimentos e dificuldades o mínimo possível. 	Autocontrole		
<ul style="list-style-type: none"> Trabalhou consigo mesmo. Tentou resolver da melhor forma. Sentiu-se responsável pelo paciente. 	Autossuficiência	FUGA-ESQUIVA	FOCALIZADO NA EMOÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> Teve vontade de abraçá-lo, mas evitou. Retirou-se da situação quando percebeu ser uma situação difícil. Seguiu em frente. 			
<ul style="list-style-type: none"> Orou. Pedi ajuda a Deus. Acreditou em uma "dimensão" espiritual. 		RELIGIOSIDADE	

contato com o sofrimento e a morte favorecem situações estressoras^{7,8,11}. Nos últimos anos do curso (internato), embora se sintam mais aliviados com algumas dessas questões, surgem novas situações que se associam à insegurança.

Neste estudo, observou-se que algumas relações pessoais e interpessoais podem tornar-se fatores limitantes para a construção da verdadeira relação aluno-paciente. Questões como: relações difíceis entre professor-aluno, devidas a atitudes inadequadas do docente, falta de orientação por parte do professor para lidar com a prática assistencial ao paciente, inexperiência do aluno, interferência de familiares do paciente, entre outras, foram apontadas como fatores que mobilizaram situações embaraçosas e constrangedoras (Quadro 1).

Esses dados foram citados por Taquette et al.²³, ao identificarem que diversas situações vivenciadas por estudantes de medicina estão relacionadas não só ao aprendizado, mas

também à prática médica com o paciente, a questões legais e a políticas de atendimento à saúde.

Segundo Rocco²⁴, independentemente do modelo (bom ou mau) que um professor apresente, a forma como ele articula e facilita o ensino da prática e a vivência médica fará a diferença na aprendizagem. O aluno busca, na figura do professor, aprender a aprender. Quando isso não acontece, segundo o aluno 1/I₁:

"[...] é mais do que isso, acaba virando um jogo: eles fingem que ensinam, a gente finge que aprende".

Chaves e Grossemann²⁵ afirmam que professores médicos, no que diz respeito ao ensino-aprendizagem e aos processos de formação, carecem de uma formação didático-pedagógica sistemática, o que provoca uma lacuna no processo de ensino.

Além disso, o modelo biomédico promove um aprendizado centrado no diagnóstico e no tratamento de doenças.

O contato dos alunos com o paciente, embora considerado um momento de satisfação, provocava medos, angústia e insegurança, deixando-os, em algumas situações, embaraçados (atrapalhados, perplexos) e constrangidos (coagidos, acanhados). Críticas sarcásticas e humilhação, feitas por docente, preceptor e familiares dos pacientes, foram sentidas como inadequadas, uma vez que é no contato professor-aluno que este pode superar algumas dificuldades e estabelecer uma boa relação²⁶. A colocação de questões éticas diante do paciente também foi considerada atitude inapropriada do professor, provocando no aluno constrangimento e vergonha:

"[...] por causa da 'atitude ríspida e grosseira' de uma médica ao atender uma paciente que havia acabado de sofrer um aborto e que estava visivelmente abalada, senti vergonha pela médica e por mim, e me senti culpada por não ter intervindo diante da situação, ficando apenas calada" (1/I₁)

A relação hierárquica professor-aluno, no atual modelo de ensino, não permite que os estudantes exponham suas dificuldades²⁷. Eles e os pacientes são expostos a emoções negativas, frustrações e medo, configurando, segundo Costa¹², situações de abuso (maus-tratos):

"Tive dificuldade em lidar com e aceitar a falta de humildade dos meus colegas e professores. É absolutamente notável a necessidade de afirmação de alguns deles de ambos os lados. Com os professores, então, isso é acompanhado de atitudes absurdas para se impor, em nome de não perder a autoridade, perde-se o respeito. Isso é notável e constrangedor. Há também aqueles que querem valer-se do jeitinho brasileiro para resolver situações. [...] Sou muito reservado. Eu acredito que estou aprendendo ainda a viver nesse meio sem perder as minhas convicções e discernimento" (9/I₃)

"Na realidade não foi com o paciente, mas pelo paciente, devido à forma como ele estava sendo atendido no ambulatório [...]" (1/I₁)

No processo dialógico, Cruz²⁷ considera que o professor torna-se exemplo e transmissor de experiências, devendo estar ciente e preparado para perceber a importância da sua relação com o aluno e o paciente. Esse aluno só poderá desenvolver a percepção do paciente como pessoa se ele, aluno, for percebido e considerado como pessoa:

"Tive professores, principalmente na pediatria, que me ajudaram a compreender e encarar melhor esses desafios" (4/I₂)

Noto et al.²⁸ afirmam que, "quando o educador respeita a dignidade do aluno e o trata com compreensão e ajuda construtiva, desenvolve a capacidade do aluno procurar em si mesmo as respostas para seus problemas, tornando-o responsável e, conseqüentemente, agente de seu próprio processo de aprendizagem".

Ser enganado, rejeitado e desrespeitado pelo paciente e/ou familiar foram situações consideradas embaraçosas pelos participantes da pesquisa:

"O paciente achava que ele estava me enganando (dizendo não fumar no hospital) e ficava rindo com outros pacientes. Outra chegou ao consultório após uso de Cytotec e queria que eu diminuísse a culpa que estava sentindo afirmando que seu feto estava bem" (15/I₂)

"Porque fui corrigido por uma mãe de um paciente, quando relatava o caso do filho dela para um médico durante um plantão" (17/I₂)

"Alguns demonstram que não gostam de ser atendidos por estudantes, algumas consultas envolvem questões familiares (ex: mãe x filho) e tentam fazer com que nos posicionemos favoráveis a um contra o outro ('juiz'). Isso nos faz ver a necessidade de contornarmos as mais diversas situações que venham a ocorrer" (5/I₂)

Alunos referiram que pacientes ambulatoriais deixavam-nos embaraçados devido à abordagem e formas de tratamento excessivamente íntimas e de teor sexual ou constrangedoras. O aluno 23/I₂ relatou:

"Um paciente sentou-se muito próximo de mim, ao ponto de fazer brincadeiras e me dar 'apelidos'"

Autores¹¹ consideram que brincadeiras de tal natureza são causas de abuso sexual. O mesmo aluno sinalizou que tais situações seriam evitadas se houvesse no curso

"contato mais precoce com o paciente e aula sobre como se comportar normalmente diante dele", e se os professores apresentassem "interesse para com os alunos, visto que alguns sentem falta de orientação quanto à prática de atendimento ao paciente"

Alguns sentiam-se também envergonhados e constrangidos quando era necessário despi-lo, realizar exame ginecológico, urológico e proctológico, ou ter que fornecer informações sobre suas doenças:

“Apenas nos momentos de fornecer informações sobre seu estado de saúde ou durante procedimentos invasivos à sua ‘intimidade’ pessoal, quando eles se negavam ou questionavam o procedimento” (18/I₂).

Em outro caso, o constrangimento foi atribuído ao despreparo e à insegurança do estudante:

“Sinto-me constrangido quando atendo um paciente que não sei conduzir ou diagnosticar” (11/I₂).

O medo de doença apontado como situação constrangedora relacionava-se a sentimentos hipocondríacos e sintomas somáticos. Estudos^{29,30} citam que, no final do curso, tais sentimentos se tornam menores em função das informações científicas.

Quando a Dor do Paciente Torna-se a Dor do Aluno

No internato, o contato do aluno com o paciente é mais intenso e próximo. É o momento de pôr em prática o que aprendeu e parece inevitável o envolvimento emocional:

“Até o 9º período, na maioria das vezes, o meu contato com o paciente era supervisionado pelo médico todo o tempo. Eu me sentia ansiosa para ver se conseguiria fazer uma boa anamnese e exame físico a sós com o paciente [...]” (2/I₂).

Para lidar com as situações decorrentes da relação com o paciente, o aluno, ao se sentir envolvido pelo sofrimento em atendimento ambulatorial ou em ambiente hospitalar, buscou respostas adaptativas ou modos de enfrentamento focalizados não só no problema em si, mas também na emoção que o evento provocava.

“Sofri. Não só uma vez, mas várias vezes eu me sinto envolvido com o paciente. Isso se passou principalmente no meu estágio em UTI, quando o sofrimento chega ao extremo e o afastamento dos profissionais na maioria das vezes também [...]. Eu pude perceber isso claramente e agi com respeito com ele, explicando o porquê dele necessitar daquele atendimento e tentei acalmá-lo [...]” (12/I₃).

É possível que esse sofrimento se torne velado, quando o aluno se sente impotente diante de circunstância em que nada ou quase nada pode fazer, mas decide enfrentar. Ao entrar em contato com ansiedade, medo e insegurança, mobiliza estratégias de enfrentamento para lidar com esses sentimentos.

Para Folkman³¹, estratégia de enfrentamento é a resposta às condições de vida, reais ou não, que nos causam desconforto, com vistas ao bem-estar geral. Entende-se que o papel

do enfrentamento é amenizar os efeitos provocados por um evento estressor, favorecendo um processo adaptativo, o qual depende da maneira como o indivíduo vai lidar com as demandas internas e externas. Ele pode se utilizar de habilidades para solucionar problemas nos quais esteja envolvido, ou buscar alterar a forma de experimentar uma determinada situação, quando esta não pode ser modificada. Isso lhe permitirá aguardar a mudança da situação, ou o tempo necessário para compreendê-la.

As respostas adaptativas referentes à relação de atendimento ao paciente, desenvolvidas pela amostra estudada, foram dos tipos: aceitação de responsabilidade; resolução de problemas; suporte social; reavaliação positiva; fuga-esquiva e religiosidade (Quadro 2).

Supe³², estudando 238 alunos de medicina do primeiro, segundo e terceiro anos, identificou que fatores acadêmicos, fatores emocionais, sociais e familiares foram indutores de estresse, e que os alunos buscavam estratégias do tipo reavaliação positiva, fuga-esquiva e suporte social, a depender do ano em que se encontravam. Segundo o autor, o estresse é comum no curso médico, entretanto, o grau de estresse vai depender de formas pessoais de estratégias de enfrentamento.

Ao utilizar a estratégia **aceitação de responsabilidade**,¹⁷o aluno 12/I₃ aceitou a realidade e se engajou no processo de lidar com a situação estressante assumindo as limitações pessoais, à medida que se organizou internamente na busca de aspectos que o favorecessem emocionalmente e, assim, pudesse amenizar a carga emocional:

“Quantas são as patologias em que nós, impotentes, iremos assistir à morte dos pacientes [...]”. Observou-se que esse aluno não perdeu a consciência da responsabilidade, escolhendo lançar mão do que sabia fazer: “Agi com respeito com ele, explicando o porquê dele necessitar daquele atendimento e tentei acalmá-lo. [...] A nossa mente muitas vezes se transforma para nos proteger [...]”.

Ele continua:

“Eu confesso que tive medo. Tive medo de que ele se machucasse. Mas tive mais medo da capacidade que temos de perder a nossa sensibilidade. Eu não quero perder. Quero continuar a ver os pacientes como vi aquele homem naquela noite na UTI”.

Ao assumir essas atitudes, o aluno enfrentou sentimentos de autocrítica e pôde reconhecer sua vulnerabilidade.

O mesmo indivíduo pode lançar mão de algumas estratégias, não se fixando, *a priori*, em nenhuma delas, mas se

utilizando das suas habilidades de acordo com a situação. Segundo Folkman³¹, na estratégia **resolução de problemas**, a possibilidade de se planejar de forma adequada dependerá dos recursos materiais, culturais, crenças, habilidades e apoio social de cada indivíduo. Ao pensar e refletir sobre o que o paciente estava vivenciando, o aluno escolheu atitudes de acolhimento e solidariedade como forma de ajudar e minimizar a situação, ou seja, ele buscou resolver o problema que o afligia modificando sua atitude, embora o sofrimento tenha sido inevitável. Atitudes semelhantes também foram identificadas nos relatos de outros alunos:

“Apenas tentei conversar um pouco mais. Tentei confortá-la. Muitos de nós acabamos por ficar deprimidos, em dúvida se era isso o ideal [...]” (21/I2).

“Tentei compreender como sendo algo que poderia ser resolvido pelo tratamento e tentei não absorver como sendo meu sofrimento, mas tentando sempre ajudar o paciente” (21/I3).

Alunos buscaram ajuda de profissionais (médicos, preceptores, colegas residentes, terapeuta, serviço social), amigos e familiares, como apoio educacional, social ou emocional, não só para se informarem quanto à conduta a ser tomada, mas também para se sentirem amparados emocionalmente ao relatar os eventos, e, assim, aliviar o efeito indesejado do estresse. Essa atitude diz respeito à estratégia de enfrentamento **suporte social**, que teve seus estudos desenvolvidos a partir de Cassel (1976) e Cobb (1976). Eles relacionaram o aumento da vulnerabilidade ao adoecimento e mal-estar vivenciado pelo indivíduo, quando ele se colocava em situações de ameaça³³.

Outros autores³³ definem, categorizam e classificam suporte social em quatro tipos: 1) quanto à conceituação e quanto ao tipo de medida focalizada, que dizem respeito aos aspectos estruturais e funcionais do suporte; 2) quanto à disponibilidade e tipo de apoio que o indivíduo recebe e o quanto produz satisfação, ou seja, trata-se de medidas suportivas de caráter subjetivo, que se referem às necessidades e às expectativas de apoio social da pessoa; 3) quanto ao componente funcional, de tipo instrumental ou operacional, e emocional ou de estima – o suporte instrumental se configura pela procura de conselhos, busca de auxílio para resolver situações práticas do cotidiano, enquanto o suporte emocional ou de estima diz respeito à busca de apoio moral, compaixão, entendimento, provendo na pessoa a sensação de estar sendo cuidada; 4) quanto ao suporte de informação. Neste estudo, os dados dizem respeito aos tipos três e quatro de suporte: indivíduo busca conselhos e informações para poder conduzir eventos estressores e difíceis.

“Chorei! (sozinha) [...]. Conversei com meus pais e amigos [...]” (18/I₁).

“Pedi ajuda a algum médico que fosse habilitado a realizar o ato que pudesse aliviar o sofrimento do paciente” (8/I₁).

“Tentei ajudar falando com médicos para implorar que tomassem uma conduta, que dessem atenção, que o serviço social ajudasse etc.” (14/I₂).

“Contei a situação à minha terapeuta (psicóloga) e pedi para que ela me aconselhasse sobre como agir nestas situações” (1/I₁).

“Tive professores, principalmente na pediatria, que me ajudaram a compreender e encarar melhor esses desafios” (4/I₁).

Alguns alunos reavaliaram a situação para manter o controle das emoções e buscaram em si motivação para enfrentar seu problema, configurando-se uma estratégia de **reavaliação positiva**, que consiste em encontrar uma forma de enfrentar o problema por mérito próprio, a partir de reflexões sobre as evidências, como forma de reintegração, crescimento e mudança pessoal¹⁷.

“De certa forma não é a primeira vez que lido com o paciente. Isso já faz muito tempo, contudo nunca tivemos tanta responsabilidade com relação à pessoa do paciente como agora. Eu acho que isso é uma nova motivação. Sinto-me responsável por ele e por isso há um novo vigor em aprender. Confesso que estava precisando dessa motivação” (12/I₁).

Quando o aluno buscava em si o autocontrole e a autossuficiência para enfrentar situações estressoras, conseguia controlar as suas emoções:

“Contive-me” (11/I₁).

“Chorei (sozinha). Aos poucos, fui tentando controlar as exacerbações de sentimentos...” (18/I₁).

“Tentei me manter estável e firme. Um apoio ao paciente” (12/I₁).

“Trabalhei comigo mesmo e percebi que não podia misturar as coisas, mas também não podemos ser totalmente frios” (2/I₁).

Momentos de reflexão foram significantes para que os alunos pudessem minimizar e superar o evento:

“Tentei ajudar a paciente e depois pensar o porquê do sofrimento da paciente” (10/I₁).

Diante de eventos em que nada podiam fazer, enfrentavam a situação buscando compreender o sofrimento do paciente, conversavam sobre a doença, choravam, colocavam-se disponíveis, enquanto outros ficavam deprimidos, nada faziam ou afastavam-se da situação.

“Tentei conversar com ele, tentando mostrar apoio, mas em outras situações não soube lidar e preferi ficar calada, somente ouvindo o que este falava” (1/I₅).

O aluno 15/I₂, ao se sentir envolvido com o sofrimento do paciente escreveu:

“Mantive a ética médica sendo um bom profissional”.

O que ele entendia por ética médica? Forma de controlar seus sentimentos e identificar-se como “um bom profissional”? Segundo Guimarães²¹, para ser um bom profissional da medicina é preciso valorizar e acolher as dificuldades emocionais do paciente.

A atitude adaptativa **fuga-esquiva**¹⁷ se apresenta para o indivíduo como busca de possíveis respostas ou soluções, embora não parta para a ação, no sentido de modificar aquilo que o incomoda ou o faz sofrer. Considerada estratégia centrada na emoção, torna-se negativa na medida em que, pela dificuldade em identificar as condições que o incomodam, o indivíduo tende a protelar a busca por ajuda. Os efeitos negativos do ambiente dos hospitais públicos universitários, segundo Borges³⁴, provocam lenta dessensibilização nos alunos, podendo levar à perda da capacidade de se indignar com o atendimento desumano dado aos pacientes.

“[...] fico evitando-os o tempo inteiro, por medo de cometer algum erro e acabar prejudicando o paciente, o que me fez chegar ao 10º período sem saber fazer quase nenhum procedimento” (1/I₁).

“Às vezes até me senti afastado dele inconscientemente” (6/I₂).

“Tentei demonstrar o mínimo possível e me retirei da situação [...]” (19/I₃).

“Tive vontade de abraçá-lo, mas não o fiz” (1/I₂).

Para Seidl¹⁸, o enfrentamento do tipo **religiosidade e espiritualidade** está associado a estratégias de enfrentamento ativo, planejamento, reinterpretação positiva e suporte social instrumental e emocional. Existem controvérsias entre os construtos que compõem esse modelo de enfrentamento, o que requer análise cuidadosa quanto aos significados. Autores^{18,19,35}

tratam de religiosidade e espiritualidade de formas distintas. Apresentam a religiosidade como prática de uma religião, incluindo aspectos individuais e adesão a crenças, enquanto a espiritualidade diz respeito à relação que uma pessoa apresenta com um ser ou entidade superior em que ela acredita e se liga a aspectos transcendentais.

Neste estudo, aplicou-se o conceito de estratégia de religiosidade quando o aluno buscava se conformar diante de situações difíceis, acreditando em outra *dimensão* e na existência de um deus. Segundo Fornazari e Ferreira¹⁹, o enfrentamento religioso configura-se em estratégias cognitivas ou comportamentais que utilizam da fé, da religiosidade e da espiritualidade para enfrentar eventos estressores”.

“É difícil, às vezes. Você tenta não se envolver tanto, mas há casos que não dá para ser tão imparcial, você pede ajuda a Deus (espiritual/religiosa)” (27/I₂). [destaque do aluno]

Embora a literatura faça diferença entre o que é religioso e o que é espiritual, seria necessário ampliar os conceitos trazidos pelo aluno para que se pudesse esclarecer o tipo de estratégia expressa em sua resposta. Para melhor situar a resposta do aluno, considerou-se como religiosidade a estratégia presente no discurso tanto de quem se referiu às suas crenças, quanto de quem acreditou em algo transcendental, como foi o caso do aluno 11/I₂:

“Já chorei, mas me confortei ao trazer bons pensamentos sobre o paciente e uma nova ‘dimensão’ onde ele repousaria”. [destaque do aluno]

A graduação em si promove diversos eventos estressores, mobilizando no aluno um repertório de estratégias de enfrentamento que o tornam mais hábil para lidar com diversas situações. Cada indivíduo apresenta ou não uma condição de adaptação, e essa condição depende não só de suas características, mas de fatores culturais, vivências anteriores e emocionais.

A literatura tem proposto mudanças necessárias à formação médica^{28,29}. É possível que currículos mais integrados, metodologia de ensino-aprendizagem mais centrada no aluno, docentes menos resistentes às mudanças possam propiciar uma relação aluno-paciente mais humanizada.

CONCLUSÕES

A dinâmica curricular e pedagógica do curso médico apresenta características próprias, que levam o aluno a vivenciar diversas situações consideradas geradoras e/ou mantenedoras de estresse. Relações interpessoais, inexperiência, especificidades

individuais, vivência com o paciente, contato com enfermidades são alguns elementos que promovem maior vulnerabilidade, deixando os estudantes suscetíveis a comportamentos adaptativos, enquanto estratégias de enfrentamento.

Certamente, o conhecimento mais preciso das respostas adaptativas dos alunos em situações vividas ao longo de seus estudos universitários, favorece a criação de medidas que contemplem a melhor orientação do aluno para seu cotidiano e possam evitar abusos (maus-tratos) por parte do docente, do paciente e do seu familiar.

Considera-se também relevante que docentes e discentes sejam ouvidos e valorizados, que se conheçam suas necessidades e peculiaridades de modo a tornar o espaço e o tempo de formação acadêmica menos estressantes.

REFERÊNCIAS

- Nogueira-Martins LA. A saúde do profissional de saúde. In: De Marco MA, ed. A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.
- Aguiar SM, Vieira APGF, Vieira KMF, Aguiar SM, Nóbrega JO. Prevalência de sintomas de estresse nos estudantes de medicina. J. Bras. Psiquiatria [periódico na internet]. 2009 [acesso em 26 jul. 2012]; . 58(1):34-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v58n1/a05v58n1.pdf>
- Jaykaran P, Yadav P, Bhardwaj A, Panwar N. Chavda: Perception of faculties regarding the stress in medical education – a qualitative study. The Internet J Epidemiology [periodic na internet]. 2009 [acesso em 26 jul. 2012];7(1). Disponível em: <http://www.ispub.com/journal/the-internet-journal-of-epidemiology/volume-7-number-1/perception-of-faculties-regarding-the-stress-in-medical-education-a-qualitative-study.html>
- Barikani A, MD MPH. Stress in Medical Students. J Med Educ [periodic na internet]. 2007 [acesso em 25 jul. 2012]; 11(1/2). Disponível em http://www.sid.ir/en/VEWSSID/J_pdf/101420070206.pdf
- Quintana AM, Rodrigues AT, Goi CMD, Bassi, LA. Humanização e estresse na formação médica. Rev AMRIGS. 2004;48(1):27-31.
- Millan LR, Rossi E, De Marco OLN. A psicopatologia do estudante de medicina. In: Millan L. O universo psicológico do futuro médico. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999. p. 83-94.
- Silva FB, Mascia AR, Lucchesei AC, De Marco MAF, Nogueira, MCF, Nogueira Martins, LAM. Atitudes frente a fontes de tensão do curso médico: um estudo exploratório com alunos do segundo e do sexto ano. Rev Bras Educ Med [periódico na internet]. 2009 [acesso em 2 set. 2012];33(2). Disponível em: www.scielo.br/pdf/rbem/v33n2/10.pdf
- Trindade LMD, Vieira MJ. O curso de medicina: motivações e expectativas de estudantes iniciantes. Rev Bras Educ Med. 2009;33(4): 542-54.
- Maslow AH. Introdução à psicologia do ser. Rio de Janeiro: Eldorado Tijuca; 1968.
- Trindade LMD. Motivações, expectativas e percepções de um grupo de alunos do curso de medicina da Universidade Federal de Sergipe em relação à sua formação acadêmica. Aracaju; 2008. Mestrado [Dissertação] – Universidade Federal de Sergipe.
- Quintana AM, Rodrigues AT, Arpini DM, Bassi LA, Cecim OS, Santos MS. A angústia na formação do estudante de medicina. Rev Bras Educ Med. [periódico na internet]. 2008 [acesso em 15 jan. 2010];32(1):7-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n1/02.pdf>
- Costa LSM, Pereira CAA. O abuso como causa evitável de estresse entre estudantes de medicina. Rev Bras Educ Med [periódico na internet]. 2005 [acesso em 10 out. 2008]; 29(3):185-90. Disponível em: http://www.educacaomeditica.org.br/UserFiles/File/2005/volume293/abuso_causa.pdf
- Silver HK, Glick AD. Medical student abuse: incidence, severity and significance. J Am Med Association. 1990;(263): 527-32.
- Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer; 1984.
- Antoniazzi AS, Dell'Aglio DD, Bandeira DR. O conceito de coping: uma revisão teórica. Estud Psicol [periódico na internet]. 1998 [acesso em 16 jul. 2009];3(2): 273-94. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v3n2/a06v03n2.pdf>.
- Damião EBC, Rossato LM, Fabri LRO, Dias VC. Inventário de estratégias de enfrentamento: um referencial teórico. Rev Esc. Enferm USP [periódico na internet]. 2009 [acesso em 19 mar. 2011];43(2):1199-203. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nsp2/a09v43s2.pdf>
- Pais JR. Coping: Estratégias para redução do stress. Executive Health and Wellness. [periodic na internet]. 2009 [acesso em 11 ago. 2009];1(9):28-9. Disponível em: http://sigarra.up.pt/fpceup/pubs_web.show_publ_file?p_id=52433
- Seidl EMF, Trócoli BT, Zannon CML. Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. Psicol Teoria Pesq [periódico na internet]. 2001 [acesso em 5 maio 2011]; . 17(3):225-34. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722001000300004&lng=en&nrm=iso

19. Fornazari AS, Ferreira RER. Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. *PsicolTeoria Pesq* [periódico na internet]. 2010 [acesso em 5 maio 2012]; . 26 (2):265-72. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722010000200008...sci...
20. Silva LCG, Rodrigues MMP. Eventos estressantes na relação com o paciente e estratégias de enfrentamento: estudo com acadêmicos de medicina. *J Bras Psiquiatria* [periódico na internet]. 2004 [acesso em 10 nov. 2009];53(1):185-96. Disponível em: www.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/.../36/65
21. Guimarães BKS. Incidência de estresse e formação médica. *Rev PsicolUNESP* [periodico na internet] 2006. [acesso em 2 set. 2011]; 5(1):4. <http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewArticle/36/64>
22. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2006.
23. Taquette SR, Rego S, Schrann FR, Soares LL, Carvalho SV. Situações eticamente conflituosas vivenciadas por estudantes de medicina. *Rev Assoc Med Bras* [periódico na internet]. 2005 [acesso em 17 mar. 2011]; . 51(1):23-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v51n1/a15v51n1.pdf>
24. Rocco RP. Relação estudante de medicina-paciente. In: Mello Filho J. *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. p.45-56.
25. Chaves ITS, Grosseman S. O Internato médico e suas perspectivas: estudo de caso com educadores e educandos. *Rev Bras Educ Med* [periódico na internet]. 2007 [acesso em 18 jun. 2008]; 31(3):212-22. Disponível em: [http://www.educacaomedica.org.br/UserFiles/File/2007/volume31%203/internatomedico\(1\).pdf](http://www.educacaomedica.org.br/UserFiles/File/2007/volume31%203/internatomedico(1).pdf)
26. Moreira SNT, Silva CN, Tertuliano FF, Tertuliano FME, Vilar MJP, Azevedo GD. Processo de significação de estudantes do curso de medicina diante da escolha profissional e das experiências vividas no cotidiano acadêmico. *Rev Bras Educ Med* [periódico na internet]. 2006 [acesso em 23 maio 2007];30(2):14-9. Disponível em: http://www.educacaomedica.org.br/UserFiles/File/volume30_2/processo_de_significacao.pdf
27. Cruz EMTN. Formando médicos da pessoa: o resgate das relações médico-paciente e professor-aluno. *Rev Bras Educ Med*. 1997; 21(2/3): 22-8.
28. Nuto SAS, Noro LRA, Cavalsina PG, Costa ICC, Oliveira AGRC. O processo ensino-aprendizagem e suas consequências na relação professor-aluno-paciente. *CiêncSaúde Coleta*. [periódico na internet]. 2006 [acesso em 23 maio 2007];11(1):89-96. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/630/63011116.pdf>
29. Castro FC. Os temores na formação e prática da medicina: aspectos psicológicos. *Rev Bras Educ Med* [periódico na internet]. 2004 [acesso em 18 jun. 2008];28(1):38-45. Disponível em: http://www.educacaomedica.org.br/UserFiles/File/2004/volume28_1/temores_na_formacao.pdf
30. Mato A, Jorge MR. Medos, atitudes e convicções de estudantes de medicina perante as doenças. *Rev Psiqui Med*. 2000;33(1): 2-9.
31. Folkman S. Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *J Pers Soc Psychol*. 1984;46(4):839-52.
32. Supe AN. A study of stress in medical students at Seth G.S. Medical College. *J Postgrad Med* [periódico na internet]. 1998 [acesso em 27 jul. 2012];44:1-6. Disponível em: <http://www.jpgmonline.com/text.asp?1998/44/1/1/389>
33. Seidl EMF, Troccoli, BT. Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em HIV/aids. *Psic TeorPesq*. [periódico na internet]. 2006 [acesso em 17 mar. 2011];22(3). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722006000300008
34. Borges DR. Transformando a educação médica: ideias soltas, compromisso firme. *Psiqui Med*. 2000;33(3):3-4.
35. Faria JB, Seidl EMF. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. *Psicol-Reflexão e Crítica* [periódico na internet]. 2005 [acesso em jun. 2012];18(3):381-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n3/a12v18n3.pdf>

CONTRIBUIÇÃO DO AUTOR

Esclarecemos que todos os autores contribuíram na concepção, coleta e análise dos dados, bem como na revisão final do artigo.

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rua Reginaldo Passos Pina, 125
Parque dos Coqueiros
Inácio Barbosa – Aracajú
CEP. 49040-000 SE
E-mail: deltrin@infonet.com.br