



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM –
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

TRÍCIA FEITOSA NOGUEIRA

**QUALIDADE DE VIDA DOS INTERNOS DE MEDICINA DE
UMA UNIVERSIDADE DO NORDESTE**

**FORTALEZA
2009**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

TRÍCIA FEITOSA NOGUEIRA

QUALIDADE DE VIDA DOS INTERNOS DE MEDICINA DE
UMA UNIVERSIDADE DO NORDESTE

Dissertação submetida à coordenação do Curso de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem e as Políticas Públicas de Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Dalva Santos Alves

Fortaleza
2009

N 716q Nogueira, Trícia Feitosa

Qualidade de vida dos internos de medicina de uma universidade do Nordeste / Trícia Feitosa Nogueira. – Fortaleza, 2009.

108 f.: il ; 34 cm.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza (CE), 2009.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Dalva Santos Alves

1-Educação Médica–Brasil, Nordeste. 2-Qualidade de Vida. 3-Estudantes de Medicina–psicologia. 4-Desenvolvimento pessoal. 5-Relações Médico-Paciente. 6-Internato e Residência. 7-Atitude do Pessoal de Saúde. I-Alves, Maria Dalva Santos (Orient.). II-Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III-Título.

CDD: 610.70981

TRÍCIA FEITOSA NOGUEIRA

QUALIDADE DE VIDA DOS INTERNOS DE MEDICINA DE
UMA UNIVERSIDADE DO NORDESTE

Dissertação submetida à coordenação do Curso de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 30/12/2009.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria Dalva Santos Alves (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a. Dr^a. Maria Suêuda Costa
Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza

Prof^a. Dr^a. Ângela Maria Alves e Souza
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a. Dr^a. Maria Neile Torres de Araújo
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Aos meus pais, Tarcísio Tavares Nogueira e Francisca Silvânia Feitosa Nogueira. Ao primeiro, médico como eu, por ter me transmitido o gosto por duas artes – a literatura e a medicina. À minha mãe, por ter me inculcado o valor da coragem.

Aos meus irmãos Tiago, Mayara e Naiana, pelo reconhecimento, admiração e aposta em mim.

À minha avó Esmeraldina e ao meu tio Cícero, primeiros a me acolherem em Fortaleza quando fui estudante de medicina, pelo apoio silencioso.

Ao meu sobrinho, Tércio, pela doçura, e à minha cunhada, Elaine, pela gentileza de trazê-lo para me visitar.

Ao meu marido, Auricélio, por me proporcionar alegria.

Aos amigos Franklin e Carmem Cecília, que sempre me trazem de volta com a força de seu afeto os estudantes que fomos e as pessoas que nos tornamos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelas possibilidades.

À Prof^ª. Dr^ª. Maria Dalva Santos Alves, minha orientadora de mestrado, pela feliz interlocução.

Ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da UFC, ora coordenado pela Prof^ª. Dr^ª. Lorena Barbosa Ximenes, por ter se disponibilizado a fazer os ajustes necessários à viabilização do meu mestrado. E aos seus docentes, que me acolheram e dialogaram preservando a particularidade da minha discussão.

À Walma Laena Teixeira Costa, secretária da Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da UFC, pela disponibilidade.

Aos meus colegas do mestrado. Na impossibilidade de nomear todos, cito como seus representantes Adriana Nogueira, Stelio (doutorando), Rose (doutoranda), Joyce, Alyssan, Angélica Marinho e Maria Rodrigues.

Aos membros da Banca Examinadora, pelas contribuições ao aperfeiçoamento de minhas idéias e propostas.

À Maria do Céu, pela revisão de português, à Tatiana, pelas sugestões e ao Dr. Edmundo Rocha, pela organização dos dados estatísticos.

Ao Prof. Dr. Gerardo Cristino Filho, Coordenador do curso de Medicina/UFC - Campus de Sobral, pelo apoio à pesquisa.

À Santa Casa de Misericórdia de Sobral, cenário onde os estudantes se encontravam neste estudo, aos seus diretores, ao corpo clínico e à Dr^ª. Regina Carvalho, diretora de Pesquisa e Extensão da referida instituição, por terem aceito ser avaliados e me apoiarem durante a coleta de dados.

Ao Antônio Vanderley Moreira, secretário do internato, pela gentileza e prontidão na ajuda e pela compreensão dos objetivos da pesquisa.

À Regina Gláucia Ripardo do Nascimento, secretária do curso de Medicina/UFC – Campus de Sobral, pelo atencioso auxílio em todas as etapas do mestrado.

À Prof^ª. Ana Helena Bonfim Queiroz, pela disponibilidade e viva empolgação com que se debruçou no estudo da metodologia e na coleta de dados.

Aos estudantes de medicina que participaram desta pesquisa, pela humanidade e beleza de seus relatos e pela confiança em mim depositada que aumentou minha responsabilidade como pesquisadora.

À Prof^ª. Dr^ª. Maria Suêuda Costa, pela generosidade com a qual partilhou seu saber.

À Prof^a. Dr^a. Ângela Maria Alves e Souza, pela presteza.

À Prof^a. Dr^a. Escolástica R. F. Moura, pelo exemplo de amor ao ensino.

Aos psicanalistas de Minas Gerais e do Ceará com quem convivi, por terem me proporcionado refúgio onde pude manter vivo um desejo que gerou esse trabalho. Especialmente Cristina Vidigal, Ana Maria Costa Lino Figueiró e João Marcelo Portela Ramos.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para que eu pudesse chegar ao fim deste empreendimento.

À minha família, por ter cooperado com suas possibilidades para eu alcançar meu projeto, o que nos aproximou, paradoxalmente, apesar das ausências.

“Não, o sertão dava medo – podia – se cair nele a dentro, como em vazios de miséria e do sofrimento. Talvez toda a quantia de bondade do mundo não bastasse, para abraçá-lo.”

Guimarães Rosa

"Conceber uma medicina cujo modelo integre ciência e arte, incorporando a dimensão estética para consolidar, dessa forma, uma prática profissional guiada por componentes de uma ética do afetivo.”

Suely Grosseman e Zuleica Maria Patrício

“[...] este setor pode nos dar lições e aprendizados para a vida médica. (...) Essa descoberta veio quando peguei um leito em que se encontrava uma jovem de mais ou menos 20 anos, puérpera, e que não tinha tido oportunidade ainda de amamentar porque saiu do parto para ser internada e investigar uma hepatomegalia que deformava seu abdôme de tal forma que parecia estar ainda grávida. [...] Contudo, a paciente não resistiu e faleceu. Fiquei muito triste, chorei por ela, e essa foi minha primeira perda de um paciente na enfermaria, que é um ambiente em que desenvolvemos laços afetivos, diferente da emergência, quando já pegamos o paciente perto da morte.”

Depoimento de um interno do estudo

RESUMO

O ensino de habilidades de tornar um encontro médico-paciente efetivo envolve aspectos subjetivos e culturais. Buscamos, então, problematizá-los à luz da promoção em saúde. Os objetivos foram: aferir a qualidade de vida dos internos do Curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará/Sobral, com enfoque no desenvolvimento pessoal; avaliar a qualidade de vida dos internos por meio do WHOQOL – Bref; descrever como elaboram os sentimentos advindos do contato com os enfermos, avaliando a repercussão na promoção da saúde dos internos. Trata-se de pesquisa com abordagem quanti-qualitativa. A coleta de dados aconteceu por meio do WHOQOL – Bref e entrevista. Para a análise dos dados quantitativos, utilizamos o software SPSS versão 16.0, com enfoque na estatística descritiva. Adotamos as linhas narrativas com vistas a organizar os dados qualitativos. Enquanto o universo foi de 77 alunos, a amostra quantitativa foi de 50 alunos e, destes, 13 foram entrevistados. Procedemos à análise tomando como referencial teórico o conceito de identidade relacionado à cidadania para entender o papel do médico que está sendo construído, quanto à relação médico-paciente, usando o conceito de *self-awareness*, ambos articulados às estratégias de enfrentamento/modelo de resiliência. Sobre os resultados do WHOQOL – Bref, quanto à percepção da qualidade de vida (QV) geral, 48 % referiram ser boa e 30% nem ruim, nem boa. A maior média foi à relativa ao domínio físico (63,93), seguida do domínio psicológico (62,42), social (62,00) e a mais desfavorável foi a ambiental (60,86). Na abordagem qualitativa, identificamos oito categorias: 1.perfil do paciente considerado difícil pelo interno; 2.modo de interação, papel do interno; 3.facilidades e dificuldades; 4.rede de apoio/suporte; 5.planos para o futuro; 6.comunicação; 7.solidariedade e 8.religiosidade. Dos pacientes, os mais difíceis são aqueles que lembram pessoas queridas, os terminais, os reinvidicantes, os idosos com muitas comorbidades, os que chegam graves por terem sido mal conduzidos. A investigação permitiu perceber existirem fatores emocionais – sentimentos de raiva, tristeza, frustração e abandono. Sinais de estresse que devem ser reconhecidos e manejados para evitar *burnout*. Nas falas há queixas sobre a qualidade do ensino, a falta de preceptores, residentes “mediócras”, especialistas “desinteressados”, enfermagem “impessoal”, num ambiente que dispensa pouca atenção às “dores físicas e emocionais dos pacientes”. Outra dificuldade é em relação aos extremos de vida, cujas alternativas são problemáticas. As atitudes diante dos estressores vão desde evitar envolvimento emocional, acreditar que na pediatria o ato é mais pedagógico que médico, se frustrar pelo que poderia ter sido e não foi realizado em termos de conduta. Contudo, há satisfação de ser aceito pelo paciente com quem desenvolveu um vínculo. Diante dos pacientes que se recusam a seguir as orientações revelam impasses daquilo que ele encara como a ética médica em ação. Os suportes principais são os colegas internos, os exemplos familiares e a opinião de “alguém de fora”. A qualidade do ensino e o abuso moral são percebidos por quase todos como as maiores fontes de estresse da tarefa assistencial. É preciso identificar os sinais de estresse precocemente, bem como criar espaços onde seja possível valorizar a empatia e estimular a reflexão sobre os impasses éticos como forma de prevenir *burnout* nessa população.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Estudantes de medicina. Educação médica.

ABSTRACT

Teaching skills to make a doctor-patient meeting effective involves subjective and cultural aspects. We thus seek to examine them from a health promotion perspective. The objectives were: determine the quality of life of residents at the Federal University of Ceará/Sobral's School of Medicine, focusing on personal development; assess the quality of life of interns using the WHOQOL - Bref; describe how they elaborate feelings from contact with the sick, evaluating the repercussion in promoting resident health. This is a study that uses a quantitative-qualitative approach. Data was collected using WHOQOL - Bref and interviews. SPSS version 14.0 software, with a focus on descriptive statistics, was used to analyze quantitative data. We adopted narrative lines aimed at organizing qualitative data. While the universe included 77 students, the quantitative sample had 50, and 13 of those were interviewed. We went forward with the analysis using the concept of identity related to citizenship as a theoretical reference in order to understand the role being constructed for the doctor in terms of the doctor-patient relationship, using the concept of self-awareness, both tied to confrontation / model of resilience strategies. With regard to WHOQOL – Bref results, in terms of the perception of overall quality of life (QV), 48 % said it was good and 30% neither bad nor good. The highest average related to the physical domain (63.93), followed by the psychological (62.42) and social domains (62.00), with the most unfavorable being the environmental (60.86). We identified eight categories in the qualitative approach: 1. patient profile considered difficult by the resident; 2. mode of interaction, resident role; 3. facilities and difficulties; 4. support network; 5. plans for the future; 6. communication; 7. solidarity and 8. religiosity. Of the patients, the most difficult are those who remember dear ones, terminal cases, claimants, the elderly with many comorbidities and those who arrive in serious conditions after receiving poor care. The study revealed the existence of emotional factors - feelings of anger, sadness, frustration and abandonment. These are signs of stress that must be recognized and managed to avoid burnout. They complain of the quality of teaching, lack of preceptors, "mediocre" residents, "disinterested" specialists and "impersonal" nursing in an environment that gives little attention to the "patients' physical and emotional pain". Another difficulty relates to life's extremes, where the alternatives are problematic. Behavior in face of stress factors ranges from emotional involvement, believing that in pediatrics the act is more pedagogical than medical and being frustrated by what could have been and was not carried out in terms of conduct. However, there is satisfaction in being accepted by the patient with whom a bond has been established. Impasses develop from what he / she perceives as medical ethics in action in face of patients who refuse to follow directions. The main supports are resident colleagues, family examples and the opinion of "outsiders". Quality of teaching and moral abuse are perceived by almost all as the main sources of stress stemming from the care task. Signs of stress must be identified early on, and spaces must be created where it is possible to valorize empathy and stimulate reflection on ethical impasses as a means to prevent burnout in this population.

Key Words: Quality of life. Students of medicine. Medical education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Modelo de análise do WHOQOL abreviado em quatro domínios.....	41
Tabela 1 – Problema de saúde atual dos internos. 2009. n=50	46
Tabela 2 – Avaliação da qualidade de vida pelos internos. 2009. n=50	47
Tabela 3 – Satisfação do interno com a saúde. 2009. n=50	47
Tabela 4 – Análise geral dos domínios do WHOQOL-Bref	48
Tabela 5 – Análise dos domínios do WHOQOL-Bref por sexo	48
Gráfico 1 Análise dos domínios do WHOQOL-Bref por sexo. Média e desvio padrão dos domínios por sexo.....	49

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	21
2.1	Objetivo geral	21
2.2	Objetivos específicos	21
3	REVISÃO DE LITERATURA	22
3.1	Promoção da saúde e qualidade de vida	22
3.2	Grupos Balint e a educação médica	24
3.3	Qualidade de vida e estudantes de medicina	26
4	METODOLOGIA	35
4.1	Tipo de estudo	35
4.2	Local	35
4.3	Participantes	35
4.4	Período de coleta	36
4.5	Fase quantitativa	37
4.6	Fase qualitativa	42
4.7	Relação entre pesquisa qualitativa e quantitativa	44
4.8	Aspectos éticos e legais da pesquisa	45
5	RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS	46
5.1	Caracterização dos participantes	46
5.2	Categorias <i>a priori</i> – produção de sentidos e interpretação	49
5.2.1	Perfil do paciente considerado difícil pelo interno	49
5.2.2	Atividades do interno em relação ao perfil do paciente	53
5.2.3	Modo de interação do interno com o paciente	57
5.2.4	Facilidades e dificuldades do interno	62
5.2.5	Rede de apoio (suporte) no enfrentamento das dificuldades emocionais do interno	67
5.2.6	Planos do interno para a vida profissional	70
5.3	Categorias <i>a posteriori</i> – produção de sentidos e interpretação	74

5.3.1	Comunicação	74
5.3.2	Religiosidade	75
5.3.3	Solidariedade	76
5.4	WHOQOL e narrativas	77
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
	REFERÊNCIAS	84
	APÊNDICES	89
	ANEXOS	102

1 INTRODUÇÃO

A crescente transformação dos setores de saúde e dos padrões de adoecimento e, conseqüentemente, a necessidade da redefinição do perfil do médico a ser formado resultou na criação, nos anos 1990, da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM). Essa comissão “[...] assumiu, em nível nacional, o papel de articular, técnica e politicamente, um movimento em prol da reforma do ensino médico” (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ-UFC, 2001, p.16-17).

Nessa perspectiva, a educação médica sofreu modificações, das quais a principal foi a criação do Módulo de Desenvolvimento Pessoal pela CINAEM em 2001. Esse módulo tem por objetivo:

Estimular nos alunos o compromisso com a defesa da vida, para que possam desenvolver suas atividades e tomar decisões a partir de valores e convicções éticas e morais. Isto requer não só a aquisição de conhecimentos, mas o desenvolvimento de habilidades e atitudes que favoreçam uma visão integral do ser humano (UFC, 2001, p. 32).

Com esta finalidade, destacamos a peculiaridade do ensino que envolve aspectos subjetivos e culturais, entre outros, para problematizá-los à luz da promoção em saúde dos próprios estudantes de medicina.

Observamos na experiência docente e institucional o quanto a tarefa assistencial coloca o profissional de saúde em contato com realidades sociais tão precárias e violentas. Situações onde os extremos do sofrimento têm lugar e somem-se a isso a dor física e psíquica, o corpo e suas vicissitudes (MILLAN, 2003).

Como se posicionar nesse ambiente de modo a suportar as pressões e manter coerência em relação à condução do caso? A resposta óbvia seria dizer que é preciso ser objetivo, mas com tantos elementos subjetivos perpassando a situação, a que objetos estariam se referindo?

Como colocar em evidência a subjetividade no ensino médico sem parecer carente de cientificidade, conservando, porém, uma lógica própria e, dessa forma, apta a capacitar o futuro médico a lidar com essas questões?

Com base na psicanálise, Freud (1976) questiona o homem da razão ocidental, afirmando que o ego (eu) não é senhor nem mesmo em sua própria casa. Lacan (1985) mais tarde enfatiza o desconhecimento e a alienação como constitutivos da subjetividade. Além disso, o corpo para a psicanálise tem um estatuto diverso daquele dado pela medicina, pois reconhece o inconsciente como um constituinte fundamental. De que elementos, então, o campo inconsciente constitui a assistência médica?

É essa seara de entendimento de subjetividades que o presente estudo resolveu pesquisar. Em que lógica a saúde se baliza para abordar a subjetividade? Como ela pode dialogar com a subjetividade no contexto da educação médica e da psicanálise e, dessa forma, instrumentalizar o futuro médico a exercer o perfil esperado?

O paradigma psicossocial defendido por Engel (1977) tem sido o referencial utilizado recentemente como proposta de saúde mais abrangente. Sua estrutura hierárquica requer a integração da informação sobre a pessoa do paciente, incluindo seu meio social e o fenômeno biológico para alcançar um diagnóstico completo que viabiliza uma atenção apropriada.

Pela peculiaridade de permitir uma relação mais duradoura com o paciente a atenção primária propiciou ao psicanalista Michael Balint (1967/2007) a oportunidade de observar algumas categorias fundamentais em jogo na relação médico-paciente. Entre elas, destacamos a falta básica e o papel sacerdotal do médico, bem como o investimento mútuo.

Estas categorias partiram do modo específico como o indivíduo reage a situações de estresse. Autores contemporâneos as articulam às tensões geradas pela relação médico-paciente na atualidade, cujo papel de médico, um agente duplo, contrapõe a autonomia do paciente no referente à atenção baseada em evidências (BALINT; SHELTON, 2002, p. 340).

Os pacientes podem se exigir demais ou demandar demais de seus médicos em termos de suporte resultando em tensões maiores. A reação do médico a essas diferentes apresentações vai ser determinada pela sua própria falta básica.

Longe de resgatar o perfil do médico como uma nostalgia de tempos melhores, procuramos conhecer quem é esse médico ora em formação e quais as

dificuldades decorrentes da relação com o paciente a fim de articular com a contribuição possível da psicanálise no contexto de uma universidade do Nordeste.

Assumir o papel de médico tem relação com a qualidade de vida (QV) na medida em que a satisfação do indivíduo é permeada pela conquista de suas aspirações. Mas o papel de médico sonhado coincide com aquele que o usuário de fato precisa?

Exercer esse papel suposto pelo estudante traz dificuldades?

De que forma a realidade desse encontro vai modificar as atitudes e moldar o perfil do médico?

Esse encontro é composto de quais elementos? Como são manejados, percebidos?

Esse cenário apresenta lugar para a psicanálise? De que forma ela pode se articular e contribuir?

Para dialogar nesse universo e poder articular possibilidades, outras definições de subjetividade foram buscadas. Quais os elementos culturais, institucionais hoje disponíveis no Nordeste e qual o uso que cada um desses internos faz deles? Quem pesquisa mais a subjetividade no Nordeste em sua imbricação com a saúde? De que subjetividade ela se serve para tanto? Como ela pode contribuir para enriquecer o olhar dessa subjetividade como conceito psicanalítico?

A enfermagem como campo que privilegia a saúde e sua promoção foi o interlocutor escolhido, sobretudo porque a medicina também traz como competência do futuro médico a habilidade de promovê-la. Se por um lado têm conceitos comuns, por outro têm na interdisciplinaridade uma importante ferramenta capaz de captar o objeto comum sem forçar um enquadramento estanque e capaz de nos auxiliar nessa empreitada.

Para tanto, escolhemos a qualidade de vida por permitir em seu campo a busca de elementos subjetivos dentro de um contexto sociocultural e histórico. E como método a pesquisa qualitativa, por propiciar ao pesquisador uma posição semelhante à do psicanalista ainda que em busca de elementos diferentes, mas que possibilita uma aproximação do objeto mais afeita à realidade complexa (MORIN et al., 2003).

A subjetividade neste contexto é mutável e passível de intervenções, pois depende do contexto dialógico. Para a psicanálise, o sujeito pode se inventar

numa lógica para além do inconsciente, e daí sua aposta no desejo como possibilidade para cada um.

Destacamos do campo da saúde, então, a promoção, a educação e a qualidade de vida para estudar como o campo da saúde e as políticas públicas vêm se organizando em face da operacionalização do paradigma biopsicossocial.

A promoção da saúde como educação em saúde descortina e articula elementos e pode nos trazer uma perspectiva cujo alvo pode gerar sofrimento, mas resgata valores passíveis de dar suporte ao estudante.

Nesse percurso, podemos ressaltar ainda quais os elementos componentes da saúde. Considerando ser o sentido uma construção social (SPINK, 1999), podemos descortinar saberes reproduzidos nas linhas do discurso do paciente e do profissional de saúde, tomado como uma produção construída pela vivência de ambos, a qual não é a mesma reconhecida pelo biológico, por exemplo. É na relação médico-paciente que se atualiza este campo de forças retratador da vivência da saúde atravessando os corpos em suas maneiras de experimentá-los e de assisti-los.

E o que esse estudante vivencia dentro dessa instituição de ensino para construir o seu papel de médico? Que resposta a esse encontro eles têm construído? Eles próprios sabem o que é qualidade de vida? Qual a percepção desses fatores neles mesmos? E como eles perpassam seus sistemas de decisão? O próprio processo vivenciado no Módulo de Desenvolvimento Pessoal é promotor de valores no desenvolvimento pessoal? Responder a essas questões é a proposta da dissertação.

Conforme observado, a qualidade de vida tem sido um parâmetro utilizado para avaliar a saúde no contexto de mudança de paradigmas sugeridos pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Nesse caso, seu conceito mais atual seria “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1994, p.41).

No concernente à QV, o marco conceitual foi a Carta de Ottawa (BRASIL, 2002), cujo avanço foi delimitar o campo da promoção de saúde como conceito e prática que busca explicações e respostas pretensamente integradoras para esta questão. Promove a defesa da saúde, a capacitação e a mediação como as três estratégias fundamentais da promoção da saúde.

De modo geral, a promoção da saúde visa assegurar igualdade de oportunidades e proporcionar os meios (capacitação) que permitam a todas as pessoas realizar completamente seu potencial de saúde. Segundo preconizado, os indivíduos e as comunidades devem ter oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde, ambientes favoráveis, acesso à informação. Além disso, habilidades para viver melhor, bem como oportunidades para fazer escolhas mais saudáveis estão entre os principais elementos capacitantes.

Como é notório, a reforma curricular dos cursos de medicina no Brasil é recente (BRASIL, 2001) e os métodos de avaliação das novas estratégias de ensino no referente aos aspectos subjetivos como o de Desenvolvimento Pessoal (DP) são escassos. Considerando ser o próprio DP um dos indicadores de qualidade de vida (COELHO NETO; ARAÚJO, 1998), avaliar o impacto desse indicador seria avaliar de maneira abrangente a dimensão desses aspectos durante a formação médica.

Tendo em vista introduzir o conceito de QV, podemos dizer que nos últimos anos novos parâmetros de saúde vêm se consolidando. Fatores tais como autonomia, cultura e ambiente vêm apresentando maior visibilidade, embora sua incorporação às práticas dos trabalhadores de saúde ainda esteja em processo de construção.

A promoção de saúde nesse contexto resgata a educação como uma de suas principais ferramentas ao incluir os fatores sociais que afetam a saúde, abordando os caminhos pelos quais diferentes estados de saúde e de bem-estar são construídos socialmente (SHALL; STRUCHINER, 1999).

E o que seria QV? Como localizá-la em relação à educação em saúde?

Determinados autores articulam a QV à felicidade. Epicuro na antiguidade, em sua carta sobre a felicidade, versava sobre a conduta humana tendo em vista alcançar a tão almejada “saúde do espírito”. Diz inclusive ser necessário vencer o medo da morte e que ninguém deve temê-la, pois não há vantagem em viver eternamente: o que importa não é a duração, mas a qualidade de vida (EPICURO, 2002).

Além disso, o conceito de qualidade de vida se aproxima daquele dado à felicidade: “A felicidade é uma emoção básica caracterizada por um estado emocional positivo, com sentimentos de bem-estar e de prazer, associados à percepção de sucesso e à compreensão coerente e lúcida do mundo” (FERRAZ,

2007). Ademais, para Fleck (2008) e a autora citada, a felicidade e a sensação de bem-estar estão relacionadas a aspectos subjetivos, concernentes mais a temperamento e postura do que a fatores externamente determinados.

No contexto do curso médico, a satisfação é entremeada pelo enfrentamento das situações das quais o estudante sai vitorioso pela conquista da vida por meio do conhecimento científico. Ao mesmo tempo, permeiam a doença, a saúde e a morte fatores psicológicos e sociais, cuja perspectiva tem sido abordada por olhares enriquecedores.

No tocante à qualidade de vida de acadêmicos de medicina, existe um alto nível de estresse documentado entre os alunos do quarto ano do curso (FIEDLER, 2008). Tal cenário, acrescido das dificuldades inerentes a um subgrupo de estudantes, cujas características psicológicas fazem deles uma população de risco, coloca a promoção de saúde como condição de relevância nessa população (NOGUEIRA-MARTINS et al., 2004).

Outro exemplo é a saúde mental do médico no Brasil. Segundo dados de Nogueira-Martins (1996), esta é de uma alta prevalência de suicídio, depressão, estresse, *burnout* (síndrome do trabalhador descuidado), uso de substâncias psicoativas, distúrbios conjugais e disfunções profissionais em médicos, assim como altos índices de estresse e depressão em residentes e pós-graduandos de medicina (FAGNANI NETO et al., 2004; NOGUEIRA-MARTINS et al., 2004).

No curso de medicina escolhido para a pesquisa, o internato é um período obrigatório desenvolvido no Hospital Geral, na Emergência e na Saúde Comunitária em um programa de dois anos de supervisão direta.

A promoção da saúde neste cenário (internato) se faz intrinsecamente imbricada com o desenvolvimento da habilidade de tornar o encontro médico-paciente eficaz.

Como docente do Curso de Medicina da Universidade Federal – no Nordeste do Brasil – Ceará, observamos que a promoção da saúde no internato é oportuna e se faz intrinsecamente imbricada com o desenvolvimento da habilidade de possibilitar o encontro médico-paciente eficaz. Afinal, para podermos contribuir para a qualidade de vida de outro é necessário termos a nossa em condições mínimas. Em especial, evidenciamos haver dificuldades psicológicas que vivenciamos como profissional e docente, a nosso ver, aparentemente inerentes ao grupo de internos de medicina.

Consoante percebemos, como docente e psiquiatra, a QV torna-se fragilizada em particular, na seguinte circunstância: quando jovens que estudam para passar em vestibulares de cursos da saúde, especificamente medicina, ao qual precisam dedicar exaustivas horas para entrarem na faculdade, após conseguirem esta meta, continuam em outro ritmo ainda mais acelerado e de muitas cobranças (GUIMARÃES, 2007).

No esteio dessas mudanças quanto ao ensino médico, existem duas facetas: uma do ensino da própria QV ao estudante no intuito de expandir sua avaliação de eficácia clínica em relação ao paciente (CALVERT; SKELTON, 2008). A outra questiona a própria qualidade de vida desses estudantes (FIEDLER, 2008), com destaque para o processo de aprendizagem durante a graduação.

Quanto ao ambiente do aprendizado, aspectos do cotidiano do trabalhador de saúde em relação à morte, por exemplo, têm sido estudados à luz da cultura e das produções sociais (GOMES; RUIZ, 2006), hoje incorporados à Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2006). Questionamos o que podemos oferecer na condição de professores ao graduando de medicina com vistas a inseri-lo nesse cenário vivenciado no internato?

Nesse estágio, o encontro médico-paciente torna-se mais intenso para a formação da identidade de médico e as atitudes profissionais começam a tomar forma mais definida.

Ao mesmo tempo, também podem ter início as deformações das atitudes quanto à condução dos pacientes, às maneiras de organizar o próprio tempo diante das demandas idealizadas de se tornarem médicos em instituições onde há um grande silêncio sobre as dificuldades, dúvidas e estressores de tal exercício (BOTEGA, 2006).

Em virtude de haver dificuldades psicológicas nessa população, em parte inerentes ao grupo em estudo e anteriores ao próprio ingresso na faculdade (NOGUEIRA-MARTINS, 1996), este estudo visa destacar a QV mediante enfoque do domínio psicológico, entre outros. Dessa forma, esperamos subsidiar estratégias educacionais que contemplem tais aspectos.

Apesar de haver iniciativas realizadas em outras faculdades do país, na população em estudo são escassos os estudos dessa natureza.

A partir dessas considerações, confirmamos a possibilidade de utilização do WHOQOL, instrumento usado pela OMS e validado para o Brasil, cujo avanço é

abarcam os domínios subjetivos e socioculturais em sua avaliação. No campo qualitativo, buscamos destacar as questões que interferem no domínio psicológico.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Aferir a qualidade de vida dos internos do Curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará/Sobral, com enfoque no desenvolvimento pessoal.

2.2 Objetivos específicos

Avaliar a qualidade de vida dos internos por meio do WHOQOL – Bref;
Descrever como elaboram os sentimentos advindos do contato com os enfermos, avaliando a repercussão na promoção da saúde dos internos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Discorreremos, nesta etapa, sobre as seguintes temáticas: a promoção de saúde, os Grupos Balint (GB) e a educação médica, bem como, a qualidade de vida, com a finalidade de apontar os dados da literatura relativos aos conceitos pertinentes a tais campos e à articulação que a pesquisa pretende explorar.

3.1 Promoção da saúde e qualidade de vida

A promoção da saúde tem como documentos básicos fundadores as Cartas de Promoção da Saúde, constituídas por sete consensos promovidos pela Organização Mundial da Saúde e cujo objetivo é propor diretrizes para o desenvolvimento da promoção em saúde. Destes documentos sobressai a conferência de Alma-Ata – 1978, ao oficializar o paradigma Saúde para Todos no ano 2000. A partir daí, se realizaram várias Conferências sobre Promoção de Saúde. Destas, mencionamos quatro principais ocorridas nos últimos doze anos – em Ottawa-1986, Adelaide-1988, Sundsvall-1991 e Jacarta-1997, que desenvolveram as bases conceituais e políticas da promoção da saúde atual (BRASIL, 2002).

Conforme consta na mesma fonte, de acordo com a Carta de Ottawa, promoção da saúde é definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle deste processo.

Das sete cartas, esta foi a escolhida para nortear o trabalho em discussão por destacar entre suas cinco estratégias o incremento do **poder técnico e político das comunidades** (*empowerment*), bem como o **desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais** favoráveis à saúde em todas as etapas da vida e que se encontra entre os campos de ação da promoção da saúde. Esse componente da Carta de Ottawa resgata a dimensão da educação em saúde, embora aqui também avance com a idéia de *empowerment*, ou seja, o processo de capacitação (aquisição de conhecimentos) e de poder político por parte dos indivíduos e da comunidade.

Ainda como observamos, o parâmetro de avaliação escolhido para a promoção da saúde é analisado predominantemente pelo fator estilo de vida (BRASIL, 2002).

Apesar desses fundamentos, a avaliação da promoção da saúde como impulsionadora de qualidade de vida enseja determinadas questões. Para Buss (2000), demonstrar que a qualidade/condições de vida afeta a saúde e que esta influencia fortemente a qualidade de vida não é o único desafio. Embora sobejamente demonstradas, restam muitas questões a serem resolvidas e respondidas neste campo de investigação, inclusive no referente às intervenções que, a partir do setor saúde, possam, mais eficazmente, influenciar de forma favorável a qualidade de vida.

Na busca de novas respostas, os estudos sobre o tema prosseguiram. Num esforço de construção de instrumentos para avaliação de qualidade de vida, em virtude, principalmente, da indefinição do conceito de QV, a busca de um consenso para tanto foi o primeiro passo. Dessa forma, o Grupo WHOQOL (1994, p.41) se reuniu e definiu qualidade de vida como a “percepção individual da posição de um indivíduo na vida, a partir de seu contexto cultural e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, padrões e preocupações”.

Esse conceito enfatiza a natureza subjetiva da QV e a necessidade de explorar todos os aspectos da vida nela considerados de impacto significativo (BERLIM; FLECK, 2003).

Portanto, conforme a mesma fonte, a definição de QV da OMS é uma das primeiras que “incorpora formalmente componentes culturais importantes como integrados em sua base teórica mais que o reconhecimento da influência cultural como uma variável externa” (BERLIM; FLECK, 2003, p.250).

No tocante ao estudante de medicina, aspectos psicológicos podem limitar essas habilidades. Entre eles, a literatura mostra estudos (VAILLANT; SOBOWALE; MCARTHUR, 1972; JOHNSON, 1991) sobre as características psicodinâmicas que conduzem os indivíduos para a carreira médica e foi possível concluir o seguinte: “Somente os médicos com adaptações instáveis na infância e adolescência revelaram vulnerabilidade às solicitações da profissão” (NOGUEIRA-MARTINS, 1996, p.1). Logo, como é possível concluir, no relacionado ao estudante de medicina, aspectos psicológicos podem limitar as habilidades pessoais.

Outras produções científicas tratam do tema. Mencionamos, especificamente, Fiedler (2008) com seu estudo sobre os fatores de estresse da graduação, cujos resultados apontam para uma QV ruim em uma percentagem significativa dos estudantes (45%). Como principais fatores relatados, incluem-se estes:

Não aproveitam a vida como poderiam, não se alimentam bem e não cuidam da sua saúde. São comuns os sentimentos de tristeza e desânimo, insatisfação com a vida afetiva e sexual, principalmente nas mulheres e nos estudantes do 3º e 4º anos. Os estudantes de medicina afirmaram que ter a supervisão em atividades práticas, participar de projetos de desenvolvimento social, boas aulas, professores com didática e o contato com o paciente melhoram a qualidade de vida no curso (FIEDLER, 2008, p. 181).

3.2 Grupos Balint e a educação médica

Michael Balint, psicanalista, criou na Inglaterra nos anos 1950 grupos denominados Balint que eram desenvolvidos originalmente com médicos generalistas. Segundo a literatura, embora os Grupos Balint sejam uma estratégia primariamente educativa e não terapêutica, parecem possuir papel preventivo, principalmente no tocante a *burnout* e no desenvolvimento de habilidades psicológicas.

Nestes grupos, promoviam-se seminários realizados na Tavistock Clinic em Londres. Neles foi explorada a ciência clínica do uso profissional da relação médico-paciente (JOHNSON, 2001).

Balint introduziu a metáfora “a droga, médico” – no sentido de que o paciente responde não somente à substância farmacológica, mas à pessoa do médico, à atmosfera gerada pelo médico e o que a interação significa para ambos. Tais grupos são conduzidos por um líder, originalmente psicanalista (hoje também médicos de família e psicoterapeutas assumem este papel), cuja característica importante, entre outras, é o seu próprio estilo. Nesse caso, uma das estratégias pedagógicas compreende a capacidade do próprio docente servir como modelo.

Ao se utilizar da psicanálise, Balint não focaliza a solução de problemas, nem coloca o médico numa posição de alguém com todas as respostas, atitude fonte de estresse.

Um exemplo é dado pela experiência australiana, na qual

os componentes do grupo são encorajados a apresentar casos onde eles experimentaram reações como frustração, surpresa, dificuldade ou incerteza. O caso é apresentado sem notas, brevemente, enfatizando a natureza da relação médico-paciente e incluindo os sentimentos do médico, reações e associações (MARION, 2006, p.639).

Dessa forma, as dificuldades desse encontro são discutidas sem interpretações diretas à pessoa do médico, que se sente menos exposto. “O crescimento na personalidade dos participantes se dá por meio do foco em suas interações profissionais e não através da revelação explícita de suas vidas pessoais” (MARION, 2006, p. 640).

Com muita propriedade, o mesmo autor ressalva o tipo de treinamento proposto: “Não se trata de uma forma de terapia para médicos nem tem como objetivo tornar os médicos psicoterapeutas ou psiquiatras de segunda linha” (p.640). Sobre a aplicação desse método a estudantes de medicina, A literatura registra que a Alemanha é o país onde essa estratégia faz parte do currículo oficial das escolas médicas, e onde esse movimento é mais forte em âmbito mundial. Nos Estados Unidos, cerca de 30% das residências em Saúde da Família se utilizam desse método em seu treinamento.

Conhecer as dificuldades geradas no encontro médico-paciente seria uma forma de avaliar quais categorias são engendradas nesse campo (QV) e que têm intersecção com a psicanálise.

A articulação de psicanálise e educação em saúde, numa perspectiva transdisciplinar, busca definir os conceitos em discussão, além de descobrir estratégias nas quais esse cenário seja problematizado. Assim, demonstra que o médico pode, com base na utilização do vínculo médico-paciente, promover a saúde deste último.

Do ponto de vista da psicanálise, partimos dos Grupos Balint como estratégia que se vale da relação médico-paciente como ferramenta terapêutica.

Quanto à educação em saúde, a tendência caracterizada como promoção da saúde pela Organização Mundial da Saúde inclui os

fatores sociais que afetam a saúde, abordando os caminhos pelos quais diferentes estados de saúde e de bem-estar são construídos socialmente. Articulá-las seria, portanto, uma tarefa transdisciplinar, ao promover diálogo e cooperação entre diferentes áreas do conhecimento (SHALL; STRUCHINER, 1999, p.4).

O objetivo da educação em saúde é propiciar uma reflexão da prática educativa do médico na relação médico-paciente, dando a esta atividade importância semelhante à de qualquer outro procedimento médico. Após pesquisarmos determinadas fontes, concluímos serem escassos os trabalhos encontrados, e ainda mais raros os que discutam o impacto dessa estratégia no usuário.

Na ótica de Goldbaum (2000), a interdisciplinaridade é um caminho profícuo para o estudo da qualidade de vida, pois fornece a possibilidade do diálogo com a educação médica, a saúde e a doença.

Mas a transdisciplinaridade, uma metodologia que, com base em novos níveis de realidade, trabalha no espaço vazio entre as disciplinas e além delas (DOMINGUES, 2001), não deixa de ser um horizonte possível para a relação entre Balint e educação em saúde. Isto na medida em que deixa em aberto certa tensão criadora e fornece elementos para articular o objeto com definições emprestadas de diferentes ciências para objetos encontrados em outros campos lançando luz sobre estes objetos.

Um avanço no referente às pesquisas transdisciplinares foi um consenso conhecido como **Síntese do Congresso de Locarno**, de 1997. Nele foram considerados três pilares para a metodologia transdisciplinar – os níveis de realidade, a lógica do terceiro incluído e a complexidade. Dessa forma, “a Transdisciplinaridade tem como ambição a unificação, em suas diferenças, do objeto e do sujeito: o sujeito conhecedor faz parte integrante da natureza e do conhecimento” (ALVARENGA; SOMERMAN; ALVAREZ, 2005, p. 21).

3.3 Qualidade de vida e estudantes de medicina

Além das questões da educação em saúde e da psicanálise no tocante à relação do interno com o paciente, a QV se mostra como um campo privilegiado por incluir várias dimensões da vida, entre estas, o contexto sócio-histórico.

A qualidade de vida é uma noção que tem sido aproximada ao grau de satisfação social e ambiental. Apresenta, portanto, forte componente relativo e, logo, individual, cujas referências seriam pelo menos três – histórica, cultural e classes sociais – segundo Minayo, Hartz e Buss (2000).

Para avaliar a qualidade de vida, foram desenvolvidos parâmetros destinadas à avaliação quantitativa e qualitativa. No primeiro caso, os instrumentos devem conter indicadores sociométricos, demográficos, ocupacionais, de bem-estar psicológico, sintomas mentais, saúde física, relações de suporte social, finanças e atividades cotidianas.

Quando avaliada qualitativamente, busca aspectos individuais e subjetivos, principalmente no tocante à maneira como as situações são percebidas, pois parte da definição segundo a qual a QV é a percepção do indivíduo. Os parâmetros qualitativos podem ser observados mediante resolução de problemas reais, conhecendo os sonhos, as aspirações e ideais do indivíduo (DOMINGUES, 2001).

Do ponto de vista da escolha do método quantitativo, o WHOQOL apresenta-se como uma das mais bem-sucedidas maneiras de avaliar a subjetividade quantitativamente. Instrumento transcultural e genérico (questionário de base populacional, não leva em conta patologias) criado pela OMS e validado para o Brasil (FLECK, 1999), partiu do conceito de subjetividade fruto de um consenso do WHOQOL GROUP (1994), conforme consta na introdução desta dissertação.

Para operacionalizar o conceito de QV, consoante citado, inclui em seu construto três características indispensáveis para a avaliação da qualidade de vida: a multidimensionalidade, a subjetividade e a bipolaridade (inclui aspectos positivos e negativos).

Esses aspectos são contemplados pelos seis domínios do WHOQOL em sua versão completa, e quatro, na sua versão breve. Os escores discriminados de acordo com o domínio permitem uma avaliação mais abrangente das várias dimensões em estudo.

Na literatura, encontramos como os conceitos de cidadania, identidade, estratégias de enfrentamento, resiliência, *self-awareness* (capacidade de reflexão) estão relacionados à educação médica, relação interno-paciente e à QV.

A seguir, tecemos uma breve exposição, com a finalidade de nos localizarmos quanto à lógica da avaliação e os parâmetros de cientificidade desta lógica.

Enfatizamos: uma das estratégias da promoção da saúde é o emponderamento, cujo objetivo é formar cidadãos. Conforme a literatura, o

conceito de cidadania atual é aquele capaz de se fazer reconhecer pelas diferenças. Como afirma Canclini (1995), a cidadania e os direitos não falam unicamente da estrutura formal de uma sociedade; além disso, indicam o estado da luta pelo reconhecimento dos outros como sujeitos de interesses válidos, valores pertinentes e demandas legítimas.

Veiga Neto (2002) tenta mostrar como existe um crescente afastamento das universidades no concernente a esses ideais. Para tanto, conceitua posições identitárias e espaços, sendo o espaço da universidade na contemporaneidade também modificado.

Dado que hoje estamos vivendo uma ruptura radical nas formas de significar, representar e usar o espaço e o tempo, o currículo pode nos ser “útil” tanto para conhecermos o papel da escola na virada para o pós-moderno quanto para mudarmos alguns rumos das políticas da diferença nessa virada.

[...] a expressão *processo identitário* marca um deslocamento no sentido de entender que aquilo que mais interessa são os processos que operam nas marcações e demarcações (sempre transientes) das identidades que são atribuídas a nós, ou que nos atravessam, ou que nós assumimos, ou nas quais nós nos colocamos etc. E como justamente se trata de *demarcações* e *posições* – que são atribuídas a nós, ou que nos atravessam etc. –, tudo isso pode ser entendido como uma questão de espaços, agora no campo simbólico. Assim, os processos identitários são da ordem da cultura e da geometria (VEIGA NETO, 2002, p. 178).

Quanto ao estresse, esse é definido como um processo temporário de adaptação que compreende modificações físicas e mentais (PEREIRA, 2002). O estresse é diferente do agente estressor na medida em que o estresse é uma necessidade de aumentar a resposta ao grau de perturbação que o agente provoca na homeostase do indivíduo ou no nível de demanda que o indivíduo sofre com a finalidade de voltar ao equilíbrio.

Existem determinadas fontes de estresse, as quais se dividem em física, emocional e cognitiva.

A resposta varia de indivíduo para indivíduo e, no mesmo indivíduo, de acordo com a circunstância. Essas diferenças se dão em razão de experiências anteriores, características da personalidade, predisposições genéticas, condições atuais de vida. Acabam por modular a reação ao estresse. Nem sempre, necessariamente, o estresse é nocivo ao organismo.

Por exemplo, o *burnout* ou a síndrome do trabalhador descuidado é a resposta ao estresse crônico principalmente no trabalhador assistencial. “Todos os

pesquisadores assinalam a influência direta do mundo do trabalho como condição para a determinação desta síndrome” (PEREIRA, 2002, p. 33). Tal síndrome apresenta sintomas físicos, emocionais, comportamentais e defensivos.

Em contrapartida, quando não se pode eliminar a fonte de estresse, é preciso manejá-lo. Nesse caso, entra o conceito de resiliência quando aplicado ao campo psicológico e médico.

Segundo Tavares (2001), a resiliência tem três aspectos, entre eles o médico e o psicológico. No primeiro, a resiliência seria a capacidade de um sujeito resistir a uma doença, a uma infecção, a uma intervenção, por si próprio ou com a ajuda de medicamentos.

E, no segundo, a resiliência também é uma capacidade de as pessoas, individualmente ou em grupo, resistirem a situações adversas sem perder o seu equilíbrio inicial, isto é, a capacidade de se acomodar e reequilibrar constantemente.

Neste contexto, as estratégias de enfrentamento se referem a realizações individuais, tanto comportamentais como psicológicas, que as pessoas desenvolvem para minimizar e tolerar eventos.

As estratégias de enfrentamento formam outra vertente importante para a qualidade de vida e sua relação com o encontro interno-paciente. Encontramos na literatura uma relação interessante desses aspectos no conceito de *self-awareness*.

Conforme Benbassat e Baumal (2005) *self-awareness* faz parte de uma tendência individual a tomar consciência de suas próprias emoções, atitudes e comportamento em resposta a situações específicas. No caso dos médicos, seria o *insight* de como a sua reação emocional pode influenciar o cuidado com o paciente. Contudo, tal *insight* pode contribuir para o profissionalismo em virtude dos efeitos da emoção de confundir o julgamento clínico.

Logo, o objetivo de promovê-lo na graduação é a mudança de atitude, além de uma forma de autocuidado, maneira de lidar com o estresse e prevenir *burnout*. Citam até mesmo como estratégia de ensino para o *self-awareness* os GB.

Finalmente, com o objetivo de introduzir o conceito de pesquisa qualitativa e sua pertinência ao objeto estudado, discorreremos como ele foi construído a partir do referencial tomado das ciências sociais. Este passou a

ocupar lugar privilegiado no campo da saúde ao longo do século passado, como se pôde observar, quando destacamos o desenvolvimento do construto promoção da saúde.

Com vistas ao desenvolvimento do trabalho, convém estabelecer um método, que seria uma série de regras para tentar resolver um problema (COSTA, 2007). A qualidade de vida se insere numa realidade complexa, e esta, segundo Morin, Ciurana e Motta (2003, p. 31), exige métodos condizentes:

Em seu diálogo, o pensamento complexo não propõe um programa, mas um caminho (método) no qual ponha à prova certas estratégias que se revelarão frutíferas ou não no próprio caminhar dialógico. O pensamento complexo é um estilo de pensamento e de aproximação à realidade. Nesse sentido, ele gera sua própria estratégia, inseparável da participação inventiva daqueles que o desenvolvem. É preciso pôr à prova metodologicamente (no caminhar) os princípios gerativos do método e, simultaneamente, inventar e criar novos princípios.

Assim, conforme se pode explicar, para que uma pesquisa seja científica, deve ter como critério a verdade consensual (BERTEN, 2004). Com base nesta, torna-se aceita em determinada comunidade científica por apresentar em sua justificativa elementos que racionalmente sustentem sua aceitação de acordo com os critérios praticados nessa época.

Sobre o assunto, o estudo da Pragmática universal de Habermas permite entender por que o consenso obtido em um discurso é um consenso verdadeiro.

Para Costa (2002), ao elaborar o que a linguagem permite captar, Habermas elege uma circunstância chamada situação ideal de fala, onde a coação sem coerção do melhor argumento garante ao discurso seu poder legitimador das pretensões de validade.

Ambas evidenciam a dimensão interativa ou performativa da linguagem, ou seja, sua capacidade transformadora e não se determinada proposição é falsa ou verdadeira (COSTA, 2002).

A ciência é ordem e tem como objetivo a captação de regularidades. Porém, quando o objetivo é captar irregularidades como a ação humana, o objeto deste conhecimento passa a ser histórico (DEMO, 1987).

Dessa forma, Köche (2005) já pode afirmar que a pretensão possível para a ciência é uma colaboração entre convivência crítica e ideologia. Para isso, serão necessários cuidados específicos que levarão ao resultado desejado que

seja a ciência. Categorizam-se esses cuidados em critérios externos e internos de cientificidade. Estes advêm da obra científica e aqueles da opinião sobre ela.

No texto sobre a construção científica faz um levantamento dos critérios internos (formais – coerência e consistência – e de conteúdo – originalidade e objetivação), fundamentais para a demarcação científica. Bem como os critérios externos, concernentes principalmente à intersubjetividade.

Pela perspectiva das ciências sociais quanto ao objeto, sabe-se que ele participa de uma interação. Sobre o assunto, Demo (1987) defende que a ciência trabalha com o objeto construído. Desse modo, deve-se considerar a ausência de um contato direto com a realidade e que só se pode discorrer acerca dela a partir das interpretações tidas a seu respeito. Assim, conforme propõe o mencionado autor, “a relação entre sujeito e objeto é uma interpretação de cunho dinâmico, dialético, e de mútua influência” (DEMO, 1987, p.48).

Por fim, é possível chegar às hipóteses de trabalho que norteiam o trabalho científico. Tais hipóteses são as ofertas de suspeitas explicativas ou sugestões provisórias de tal maneira que a explicação teria possibilidade de ser bem-sucedida.

Em resumo, este estudo pode se apropriar da metodologia das ciências sociais por possuírem em comum, segundo Demo, 1987:

- Objeto socialmente condicionado;
- O objeto das ciências sociais é histórico, tendo como marca básica a característica de nunca serem definitivamente, mas de estarem de passagem, em transição. E realidades históricas têm sua identidade não na estabilidade, mas nas formas variáveis de sua transição.
- Consciência histórica;
- Identidade entre sujeito e objeto;
- Realidades sociais se manifestam de formas mais qualitativas do que quantitativas, dificultando procedimentos de manipulação exata;
- Imbricação com a prática – se entendemos bem o significado de ideologia e sua presença interna no conhecimento social, torna-se conclusão consequente o reconhecimento da prática como traço intrínseco.

Na abordagem qualitativa utilizada, “a função das teorias é a delimitação do problema de pesquisa, construção dos indicadores empíricos, observação e interpretação das provas empíricas” (KÖCHE, 2005, p.27).

A abordagem qualitativa tem como objetivo abranger aspectos sociais, culturais, contextualizando os indivíduos e sua problemática. Para tanto, ela aborda o sentido do problema para estes sujeitos. Os critérios de validade e fidedignidade para tal abordagem são indexicalidade, conclusividade, reflexividade (SPINK, 1999):

INDEXICALIDADE: vinculação com o contexto. Validade, grau de correspondência entre a medida e o que está sendo medido; a fidedignidade, por sua vez, é definida pela replicabilidade das medidas. Os dois critérios estão associados ao instrumento de medida ou de acesso à realidade. No construcionismo, deve-se descrever o contexto de pesquisa. Daí a triangulação metodológica abandonar a validação a favor do enriquecimento da interpretação.

INCONCLUSIVIDADE: a complexidade (variabilidade da experiência) leva a uma seleção de amostragem, que se por um lado compromete a generalização vista como conteúdo, por outro, enriquece a complexidade ao ilustrar as inúmeras possibilidades de sentido. Os critérios de escolha dos participantes devem ser explicitados e explorados.

REFLEXIVIDADE: procura-se chegar o mais próximo possível do relato, explorando-se as maneiras pelas quais a subjetividade do pesquisador estruturou a forma em que o fenômeno foi definido. “A objetividade, elemento primeiro e fundador da verdade e da validade das teorias científicas, pode ser considerada como o último produto de um consenso sociocultural e histórico da comunidade/sociedade científica (MORIN, 1985, p.16).”

Ressalvamos que os riscos de se incorrer em uma subjetivação excessiva são enormes e essa não é uma questão completamente resolvida (BRITO; LEONARDOS, 2001).

A subjetividade do pesquisador torna-se objetiva ao socializar o processo interpretativo. Os dados brutos da pesquisa provenientes da postura reflexiva devem ser assumidos e socializados, bem como a maneira como o pesquisador construiu o processo interpretativo.

Como sabemos, a pesquisa qualitativa permite e teoriza a participação do próprio pesquisador na pesquisa. Subjetividade, então, é articulada ao próprio

interesse e percepção particular do investigador. Ao mesmo tempo, a subjetividade faz parte da construção da teoria do entrevistado. Nesse esteio, é preciso considerar que a pesquisa qualitativa guarda afinidade com o campo da psicanálise de diversas formas.

Uma delas é a atitude do pesquisador que encontra os contornos do objeto na medida em que a linguagem acontece e, para tanto, é necessário uma postura de atenção flutuante para que o sentido inconsciente aflore.

Diferente da psicanálise, procura quais os significados que o interno empresta ao seu ato na relação com o paciente construído na dialogia implícita no quotidiano com suas referências históricas, institucionais, relações de poder, etc.

Assim, para se promover a avaliação do aspecto subjetivo do objeto, a análise qualitativa é a mais pertinente, porquanto é capaz de detectar os aspectos subjetivos ora citados.

Podemos concluir o seguinte: a relação médico-paciente volta a ocupar destaque com a tecnologia, a qual não trouxe a satisfação esperada. Antes, porém, de oferecer o enfoque na habilidade de estabelecer um encontro médico-paciente eficaz como uma resposta à crise atual da medicina, é preciso conhecer os elementos da população em discussão e situar nela qual a relevância da questão e como se delinea no contexto onde a proposta é oferecida.

Optamos por estudar a QV e não uma pesquisa do inconsciente, pois o tempo do mestrado não seria suficiente para conduzir um Grupo Balint com o objetivo de tornar o interno apto a servir como uma “droga” (“o médico, a droga”), ou capaz de mostrar efeitos benéficos neles próprios no exercício da profissão. Assim, escolhemos um recorte a partir da saúde e da qualidade de vida como alternativa apresentada no esteio da crise atual da medicina.

Dessa forma, a opção pelo método deu-se por causa da sua relação com o objeto pesquisado.

Nessa perspectiva, pode-se dizer que, a partir da crise da saúde nos últimos trinta anos, a alternativa da OMS foi a mudança do paradigma centrado na doença para um paradigma cujo foco fosse a saúde. Além disso, admitiu-se que o perfil do médico deveria mudar sob esse enfoque.

Em face da nova realidade, os currículos atuais (BRASIL, 2001) trazem como competência médica habilidades na promoção da saúde. Por entender que a

saúde abrange como determinantes questões sociais, ambientais e subjetivas, a qualidade de vida tem servido como um dos parâmetros de avaliação de saúde.

Como a formação da identidade do médico contém em seu cerne as significações que empresta a seu ato, e por ser o evento médico-paciente um momento crucial para essa formação, nada mais adequado para estudar esse, que o evento interno-paciente. Esperamos demonstrar que nessa interação elementos passíveis de intervenção educacional podem ser conhecidos.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Pesquisa com abordagem quali-quantitativa dividida em fases. Na primeira fase realizamos a pesquisa quantitativa e, na segunda, a qualitativa.

4.2 Local

A pesquisa ocorreu no auditório do Hospital Geral de uma instituição do Nordeste onde é desenvolvida uma prática de internos. Lá mensalmente os internos de todos os serviços se reúnem para assistir a uma atividade comum.

4.3 Participantes

Os participantes deste estudo foram alunos matriculados no Curso de Medicina de uma universidade no Nordeste brasileiro no quinto e sexto anos (período correspondente ao internato), que aceitaram participar da pesquisa. Dos convidados, 60, de um grupo de 77, os 17 com os quais não conseguimos manter contato estavam ausentes por questões de mobilidade interna, licença médica, férias.

Dos 60 que aceitaram participar, 50 responderam a pesquisa quantitativa e, dos 14 alunos escolhidos por sorteio, 13 responderam a pesquisa qualitativa (um dos escolhidos por sorteio faltou).

Esses 13, 7 alunos do quinto ano e 6 do sexto ano realizaram a pesquisa em outro horário e local, respeitando as regras de privacidade e anonimato. Eles foram solicitados a escreverem um depoimento cujas perguntas enfocavam as atividades implementadas no internato que possibilitam refletir sobre o processo de formação dentro da escola médica quanto aos aspectos interrelacionais da consulta e em outras dimensões subjetivas (APÊNDICE C). Para tanto, foram feitas perguntas com a finalidade de coletar narrativas concernentes aos sentimentos envolvidos no encontro médico-paciente no âmbito do internato em uma parte da amostra.

A amostragem utilizada na pesquisa qualitativa é teórica, ou seja, escolhida de acordo com a capacidade de gerar *insight* para a teoria em construção na pesquisa. Dessa forma, a resposta se prolonga, uma vez que a teoria está se formando à medida que a análise da amostra é feita (FLICK, 2009).

4.4 Período de coleta

Antes de proceder à coleta, apresentamos a proposta na reunião do colegiado do internato, composta pelo coordenador da Faculdade de Medicina de Sobral (FAMED) e da coordenadora de ensino e pesquisa do hospital, bem como os coordenadores das clínicas médica, GO, cirurgia, pediatria e saúde comunitária e os representantes estudantis do internato.

Após a aprovação, enviamos um convite para os e-mails de todos os alunos do internato com resumo do projeto de pesquisa.

Quanto à coleta de dados, ficou sob responsabilidade de outra docente e as orientações dadas aos estudantes foram as seguintes:

Em uma primeira fase quantitativa, aplicamos para todos os estudantes do internato presentes na reunião mensal realizada no hospital onde a maior parte deste estágio se realiza o WHOQOL de acordo com o manual de aplicação (FLECK et al., 2000).

Em uma segunda fase qualitativa, para a coleta dos dados utilizamos a entrevista narrativa. No intuito de estimular a narrativa, usamos o seguinte texto:

“Gostaria de solicitar que você escrevesse como está sendo essa fase de internato na sua vida, comentando sobre as dificuldades e facilidades em relação ao aspecto pessoal e pedagógico, utilizando as perguntas orientadoras. Você pode levar o tempo que for preciso, podendo entrar em detalhes e contar situações que você considere relevantes.”

Alguns alunos apresentaram dúvidas e as orientações foram sintetizadas: Contar como está sendo o internato, abordando as perguntas orientadoras.

Para tanto, houve o uso de um instrumento e uma técnica: o primeiro foi a versão em português da avaliação da QV, World Health Organization Quality of Life assessment instrument - Bref (WHOQOL – BREF, 1998) (ANEXO B).

A técnica para coleta de dados foi a entrevista narrativa, pois, “com a aceitação da postura construcionista, não definimos quais métodos têm mais possibilidades de traduzir como os fatos o são” (SPINK, 1999, p.61).

Como afirma Spink (1999, p.117):

As narrativas estão presentes até mesmo em contextos que não são explicitamente narrativos. Por exemplo, as respostas às perguntas de um questionário fechado, podem ser entendidas como encadeamentos resultantes de posicionamentos identitários que decorrem de uma narrativa subjacente sobre “quem sou eu” na situação de pesquisa.

4.5 Fase quantitativa

Os dados quantitativos foram coletados com os 50 alunos mediante uso do instrumento WHOQOL – Bref versão em português da World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument - Bref (1998) (ANEXO B).

O WHOQOL é um instrumento da OMS que contempla questões consideradas como pertencentes à QV em múltiplas culturas. Inclui no conceito de QV um aspecto da subjetividade importante, qual seja, a posição do indivíduo em seu sistema de valores. E como tal propicia o entendimento dessa posição em diferentes momentos e ambientes para o mesmo indivíduo, por exemplo. Essa possibilidade de variação pode ajudar a descrever o objeto que procuramos, na medida em que tal nuance (da passagem pelo internato) pode se deixar entrever a partir dos dados coletados por este instrumento.

Permite descrever a população em discussão, isto é, delinear o objeto pesquisado, em um dado momento e, a partir destes resultados, delinear estratégias diversas para a mesma população em momentos diferentes.

O WHOQOL – Bref foi criado para avaliar a QV, sob uma perspectiva internacional, traduzido em 50 idiomas e adotado em mais de 50 países. No Brasil, esse instrumento foi validado no Rio Grande do Sul sob a coordenação do professor Marcelo Fleck, em 1998.

Este instrumento traz avanço por ser multidimensional e com uma escala de escore mais alargada, abordagem hierarquizada. Ademais, é dividido em domínios e facetas que avaliam diferenças em virtude de particularidades subjetivas. Permitem ainda avaliar, por produzir escores individuais, variações de diferentes momentos em um mesmo indivíduo.

O WHOQOL – Bref consta de 26 perguntas estruturadas. Destas, 24 dentro de quatro domínios, os quais avaliam diversas facetas, derivadas do instrumento original, o WHOQOL 100. O critério de seleção de itens com a finalidade de manter o carácter abrangente do instrumento original foi conceitual. Por isso, pelo menos um item de cada uma das 26 facetas deveria ser preservado.

Para o nível psicométrico foram selecionadas as questões que mais se correlacionavam com o escore da faceta do WHOQOL-100. Estas questões foram submetidas a um painel de especialistas para verificar se representavam conceitualmente o domínio de onde as facetas provinham. Uma análise fatorial confirmatória foi aplicada a fim de avaliar se continuavam pertencendo ao modelo teórico pretendido originalmente (FLECK, 2008). Os quatro domínios e respectivas facetas são estes:

1. Físico:

- Dor e desconforto
- Energia e fadiga
- Sono e descanso
- Mobilidade
- Atividades da vida cotidiana
- Dependência de medicação e de tratamentos e capacidade de trabalho;

2. Psicológico:

- Sentimentos positivos
- Pensar
- Aprender
- Memória e concentração
- Autoestima
- Imagem corporal e aparência
- Sentimentos negativos
- Espiritualidade/religião/crenças pessoais

3. Relações sociais:

- Relações pessoais
- Apoio social
- Atividade sexual

4. Meio ambiente:

- Segurança física e proteção

- Ambiente no lar
- Recursos financeiros
- Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
- Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
- Participação em e oportunidades de recreação/lazer
- Ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima)
- Transporte.

Além destas, mais duas questões de domínio geral:

1. Qualidade de vida global
2. Percepções de saúde geral.

Todas as perguntas são compostas por escala graduada tipo Likert cujos escores variam de 1 a 5 pontos. Fleck et al. (1999, p.21), descrevem a escala de avaliação das respostas do WHOQOL da seguinte forma:

As questões do WHOQOL foram formuladas para uma escala de respostas do tipo *Likert*, com uma escala de *intensidade* (nada - extremamente), *capacidade* (nada - completamente), *frequência* (nunca - sempre) e *avaliação* (muito insatisfeito - muito satisfeito; muito ruim - muito bom). Embora estes pontos âncoras sejam de fácil tradução nos diferentes idiomas, a escolha dos termos intermediários apresenta dificuldades de equivalência semântica (por exemplo, entre as âncoras "nunca" e "sempre" existe "às vezes", "frequentemente", "muito frequentemente", "muitas vezes" etc).

Como observado, o sistema de pontuação baseado em um domínio-nível pode oferecer um perfil útil de escores, pois pode produzir um índice geral acumulado a partir da escala.

Os dados do WHOQOL – Bref foram processados pelo software SPSS versão 16.0 e analisados por meio da estatística descritiva. No estudo, os resultados da análise dos dados quantitativos foram expressos por frequências e percentuais ou por médias e desvios-padrão e ilustrados por gráficos e tabelas. Em todos os instrumentos de avaliação aplicados, os escores foram transformados para a escala percentual de 0 a 100%. Onde foi feito teste t significa que a distribuição da variável em discussão se aproxima de uma normal, pela aplicação dos testes de Komolgorov-Smirnov e pelo teste de Levene.

Para as variáveis cuja distribuição não acompanha uma curva normal, aplicamos o teste de Mann-Whitney.

Percorremos os seguintes passos:

1. Conferência dos itens: trata-se da conferência dos 26 itens, os quais devem conter respostas com valores inteiros de 1 a 5. Respostas com valores diferentes ou em branco foram consideradas dados perdidos.
2. Reversão das perguntas com frase na negativa: os escores dos domínios são escalonados numa posição positiva (maiores escores denotam maior qualidade de vida). Portanto, as questões expressas na negativa (questões 3, 4 e 26) foram recalculadas da forma invertida: (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1).
3. Computação dos escores por domínios: o WHOQOL – abreviado contém um total de 26 questões. Dessas, derivam-se quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente). Assim, obtêm-se quatro médias, que denotam a percepção individual de qualidade de vida em cada domínio. Em seguida, cada média é multiplicada por 4, com vistas a tornar os escores dos domínios comparáveis aos escores usados no WHOQOL - 100. Portanto, esta escala possui uma amplitude de valores variáveis entre 4 e 20. Existem dois itens que são avaliados separadamente dos domínios: questão 1, que pergunta sobre a percepção geral individual da qualidade de vida, e questão 2, que pergunta sobre a percepção geral individual da saúde. Da mesma forma, calculou-se a média de cada pergunta, multiplicando o resultado por 4.
4. Os escores são transformados numa escala de 0 a 100 (escore mais favorável possível) de maneira que todos os domínios fiquem padronizados, por meio da seguinte fórmula: $[(\text{Média} - 4) \times (100/16)]$.
5. Incluí na análise do WHOQOL somente os indivíduos com a totalidade das respostas válidas.
6. Após o cálculo dos escores, aplicou-se estatística descritiva e testes de comparação de médias (DORIA FILHO, 1999; FIEDLER, 2008; FLECK, 2008; MORENO et al., 2006). Na figura a seguir, consta o modelo de análise de WHOQOL abreviado em quatro domínios.

Item 3 – Dor e desconforto	Físico
Item 4 – Dependência de medicação	
Item 10 – Energia e fadiga	
Item 15 – Mobilidade	
Item 16 – Sono e repouso	
Item 17 – Atividade da vida cotidiana	
Item 18 – Capacidade de trabalho	

Item 20 – Relações pessoais	Relações sociais
Item 21 – Atividade sexual	
Item 22 – Apoio social	

Item 5 – Sentimentos positivos	Psicológico
Item 6 – Espiritualidade	
Item 7 – Pensar, aprender	
Item 11 – Imagem corporal	
Item 19 – Autoestima	
Item 26 – Sentimentos negativos	

Item 8 – Segurança física	Meio ambiente
Item 9 – Ambiente físico	
Item 12 – Recursos financeiros	
Item 13 – Informação	
Item 14 – Recreação e lazer	
Item 23 – Ambiente no lar	
Item 24 – Cuidados de saúde	
Item 25 – Transporte	

Figura 1 – Modelo de análise do WHOQOL abreviado em quatro domínios

4.6 Fase qualitativa

A abordagem qualitativa tem como objetivo abranger aspectos sociais, culturais, contextualizando os indivíduos e sua problemática. No âmbito da abordagem escolhida, o enfoque do resultado abandona “a questão da validade e fidedignidade trazendo para o cenário a polissemia, a reflexividade e a ética” (SPINK, 1999, p. 8).

Para a autora, a produção de sentidos estudada situa-se dentro de uma perspectiva construcionista; toma o sentido como uma construção social e trabalha com as práticas discursivas, definidas a partir de três dimensões básicas: linguagem, história e pessoa.

Como afirma Spink (1999, p.60), o que a avaliação das práticas discursivas enfoca com base em uma postura construcionista social é “passar das estruturas sociais e mentais para a compreensão das ações e práticas sociais e, sobretudo, dos sistemas de significação que dão sentido ao mundo”.

Conforme a literatura, a perspectiva construcionista é um dos eixos teóricos da pesquisa qualitativa. Ela toma o sentido como uma construção social. Dessa forma, as categorias são assim definidas:

As categorias, expressas por meio de práticas discursivas, são estratégias linguísticas delineadas para conversar, explicar, organizar e dar sentido ao mundo, cujas especificidades estão vinculadas ao contexto que as produzem.

Como capacidade para traduzir fenômenos, a categorização desloca-se do plano conceitual para a função no âmbito das práticas sociais.

Contudo, as categorias têm um âmbito pragmático que extrapola o semântico, na medida em que são adaptáveis à situação na qual ocorre a conversa, aos requisitos necessários para as descrições e às diferenças de perspectivas.

Ainda como esclarece Spink (1999, p.102), “o rigor na perspectiva construcionista é concebido como a possibilidade de explicitar os passos da análise e da interpretação de modo a propiciar o diálogo” e “a objetividade é ressignificada como visibilidade. Dessa forma, as técnicas de análise precisam ser caminhos de visualização” (p.104).

Para compor as perguntas, utilizamos como categorias *a priori* os indicadores de QV, tais como os de Coelho Neto e Araújo (1998, p.55) – “satisfação/autoestima/desenvolvimento pessoal” e aquelas relativas ao domínio II - domínio psicológico do WHOQOL: sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos, espiritualidade/religião/crenças pessoais.

Dirigimos essas questões para o encontro médico-paciente onde o conceito de *self-awareness* engloba com pertinência a articulação dessas categorias. As perguntas enfocam as atividades realizadas no internato que possibilitam refletir sobre o processo de formação dentro da escola médica quanto aos aspectos interrelacionais da consulta e em outras dimensões subjetivas (APÊNDICE B).

Entre os conceitos usados para a análise dos dados, está a hermenêutica. A interpretação hermenêutica não toma como verdade última as associações, construção do discurso comum. Ela analisa as condições sócio-históricas em que ela se dá, considerando que os posicionamentos não são ingênuos (MINAYO, 2004).

Porém, a hermenêutica-dialética não é uma tecnologia de interpretação do texto, mas um caminho de pensamento. Ela propicia a autocompreensão dos dados – a explicação e interpretação de um pensamento – não uma técnica de tratamento de dados. Daí a utilização de outras técnicas, emprestadas do campo social, com este fim (MINAYO, 2004).

Entre estas últimas, escolhemos como técnica de organização dos dados as linhas narrativas com análise realizada mediante abordagem teórico-metodológica da produção de sentidos e práticas discursivas (SPINK, 1999) e o diálogo com a literatura a respeito da relação interno-paciente no tocante a questões emocionais, fatores estressores, resiliência, estratégias de enfrentamento.

A técnica de análise são caminhos de visualização (SPINK, 1999, p.104), cujo pressuposto básico é a intersubjetividade. Pode-se indicar como suas categorias os seguintes elementos: “produção de sentidos – encontro entre entrevistador e a voz do entrevistado, e o sentido da interpretação – no encontro entre pesquisador e seus pares”.

Para a análise dos dados qualitativos escolhemos como técnica as linhas narrativas de Spink (1999), cujo objetivo não é a replicabilidade e sim a especificidade, e optamos por utilizar as narrativas concernentes aos sentimentos envolvidos no encontro médico-paciente.

Segundo a autora:

Sempre que no contexto de uma entrevista ou texto, emergir uma narrativa, pode-se usar a linha narrativa como recurso analítico. Constitui, sem dúvida, uma imposição de linearidade, visto que busca situar cronologicamente (numa linha horizontal) os eventos marcadores da história contada (Idem, (SPINK, 1999, p.117).

Na análise, há a avaliação das respostas aos depoimentos e é feito um levantamento das categorias *a priori* e *a posteriori*. Em seguida, delinearemos a linha narrativa em busca dos repertórios utilizados nessa construção e da dialogia implícita na produção de sentidos. Isso permite descobrir as razões que fazem aparecer tal como é um depoimento de determinado locutor e, dessa forma, apreender o que o sujeito quis dizer, isto é, a “significação da fala”.

4.7 Relação entre pesquisa qualitativa e quantitativa

A correlação das questões qualitativas com os dados gerados pelo WHOQOL não significa validade concorrente. Ou seja, para os escores do WHOQOL existiria uma correspondência significativa com os dados gerados pela entrevista. Desse modo, o foco do atual trabalho seria o da complementariedade, uma vez que o estudo é descritivo e as questões suscitadas para compreender melhor os dados quantitativos são mais bem estudadas com a abordagem qualitativa (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

Utilizamos a triangulação de dados e de métodos da seguinte forma:

A triangulação é usada para designar a combinação de diversos métodos, grupos de estudo, ambientes locais e temporais e perspectivas teóricas distintas para tratar um fenômeno. Dentre as quatro formas de triangulação, destacamos duas:

Triangulação de dados – para se aproximar da amostragem teórica, preconiza que o fenômeno seja estudado em datas diferentes e com pessoas diferentes.

Triangulação metodológica – neste caso, o foco tem se deslocado sobretudo em função de enriquecer e complementar ainda mais o conhecimento e de superar os potenciais epistemológicos do método individual que de validar os resultados utilizados com métodos individuais.

Dessa forma, a fundamentação da pesquisa não significa avaliar os resultados, mas ampliar e complementar sistematicamente as possibilidades de produção do conhecimento (FLICK, 2009).

4.8 Aspectos éticos e legais da pesquisa

A coleta dos dados ocorreu em julho de 2009, após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sob o parecer de número 155/09 de 25 de junho de 2009.

Conforme determinado pelas normas éticas, foi assinado um termo de consentimento livre e esclarecido com a descrição dos objetivos da pesquisa qualitativa e quantitativa, bem como a explicação sobre o retorno da pesquisa para os próprios estudantes e a universidade.

Como estes dados podem contribuir para a melhora da educação neste setor, internato, e conseqüente promoção de saúde dos alunos, o preenchimento

dos dados e a resposta à narrativa foram autorrealizadas por uma população adulta e responsável, sob a garantia do anonimato. Para preservar o anonimato dos estudantes usou-se a letra E, seguida de número (1 a 13) para diferenciá-los.

Também como exigido, o termo de consentimento foi assinado pelo pesquisador e datado e assinado pela docente e pelo aluno (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

5 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente apresentaremos os dados do WHOQOL em cinco tabelas e a partir da Tabela 3 descritos de acordo com os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

5.1 Caracterização dos participantes

Dos 50 entrevistados, 29 (58%) eram do sexo feminino. A média de idade foi de $25,16 \pm 2,03$ anos. A grande maioria, 47 (94%) dos entrevistados, é solteira. Além disso, 24 afirmaram apresentar algum problema de saúde atual e 6 mencionaram problema nervoso crônico ou emocional. Dos 24, apenas 13 estão em tratamento ambulatorial e os demais sem tratamento.

Tabela 1 - Problema de saúde atual dos internos. 2009. n=50

Problema de saúde atual	Frequência	Porcentagem
Nenhum	26	52,0
Problema de coração	1	2,0
Problema nervoso crônico	6	12,0
Problema crônico de pé	1	2,0
Hemorroidas ou sangramento no ânus	1	2,0
Gravidez	2	4,0
Depressão	3	6,0
Doenças de pele	3	6,0
Problemas de álcool ou drogas	1	2,0
Outros	6	12,0
Total	50	100,0

Conforme indicado na Tabela 1, 48% dos entrevistados afirmaram apresentar algum problema de saúde atual. Destes, 6 (12%) indicaram problema nervoso crônico.

Vale ressaltar que a gravidez foi relacionada pela OMS como um problema de saúde sem caracterizar se era gravidez de risco.

Tabela 2 – Avaliação da qualidade de vida pelos internos. 2009. n=50

	F	%
Muito ruim	2	4,0
Ruim	8	16,0
Nem ruim, nem boa	15	30,0
Boa	24	48,0
Muito boa	1	2,0
Total	50	100,0

Na Tabela 2, dos internos estudados, 24(48%) avaliaram a qualidade de vida como boa. Considerando que 10(20%) indicaram como ruim e muito ruim e 1(2%), muito boa, somando-se aos 15 (30%) que não souberam discernir se é boa ou ruim, seria possível inferir que o futuro médico iniciará sua vida profissional com um referencial de QV carente de reorientação para não adoecer.

Tabela 3 – Satisfação do interno com a saúde. 2009. n=50

	F	%
Muito insatisfeito	2	4,0
Insatisfeito	11	22,0
Nem insatisfeito nem satisfeito	11	22,0
Satisfeito	26	52,0
Total	50	100,0

As respostas da Tabela 3 assemelham-se às da Tabela 2, pois embora 52% estejam satisfeitos com sua saúde, os demais 48% consideraram-se muito insatisfeitos e insatisfeitos, perfazendo 26%, enquanto os outros 22% consideraram-se neutros, isto é nem insatisfeitos, nem satisfeitos.

Na análise dos domínios do WHOQOL - Bref, utilizando-se os escores transformados em escala de 0 a 100, segundo observou-se, nas médias dos vários domínios, os achados revelaram menor percepção de qualidade de vida nos domínios de meio ambiente (60,86) e social (62,00). Já o domínio psicológico apresenta quase o mesmo resultado (62,42) guardando semelhança com os relatos de sentimentos negativos gerados na pesquisa qualitativa. E o melhor resultado foi no domínio físico (63,93). Lima, Messias e Carvalho (2007) pesquisaram a qualidade de vida de estudantes de medicina comparando à de estudantes de odontologia entre os alunos da Universidade Federal do Ceará em Fortaleza. Conforme descobriram, exceto no domínio meio ambiente, o índice de QV do estudante de medicina é significativamente inferior ao de odontologia e aos valores estimados para a população (FLECK, 2000).

No referente aos dados coletados por Fiedler (2008) tanto nas escolas públicas quanto nas privadas e no quinto e sexto anos, todos os domínios da população enfocada por este estudo obtiveram os piores escores.

Além disso, se comparados aos alunos do primeiro ano de outro estudo, os escores também são menores. Em comparação com um estudo realizado por Vieira et al. (2004) no Curso de Medicina da USP, entre alunos do primeiro ano do curso, os escores também são menores, revelando uma pior qualidade de vida em relação aos alunos do primeiro ano desta população. Tal tendência foi observada por Fiedler (2008) onde houve queda dos escores ao longo dos anos, embora não significativa. Para futuras comparações, necessitamos de estudos nos demais

anos do curso da mesma faculdade, com o objetivo de avaliar os pontos passíveis de intervenção.

Tabela 4 – Análise geral dos domínios do WHOQOL-Bref

Domínios	Média	Desvio-padrão	Mediana
Físico	63,93	13,8	64,29
Psicológico	62,42	12,528	62,50
Relações sociais	62,00	16,680	62,50
Meio ambiente	60,86	12,286	62,50

Tabela 5 – Análise dos domínios do WHOQOL-Bref por sexo

Dominio	Feminino	Masculino	Valor de p
	Média +- dp	Média +- dp	
N	20	30	
Físico	64,05 +- 12,755	63,75 +- 15,601	0,941 b
Psicológico	61,53 +- 12,169	63,75 +- 13,252	0,544 b
Meio ambiente	61,79 +- 11,645	59,46 +- 13,377	0,518 b
Relações sociais	60,56 +- 18,037	64,17 +- 14,585	0,459 b

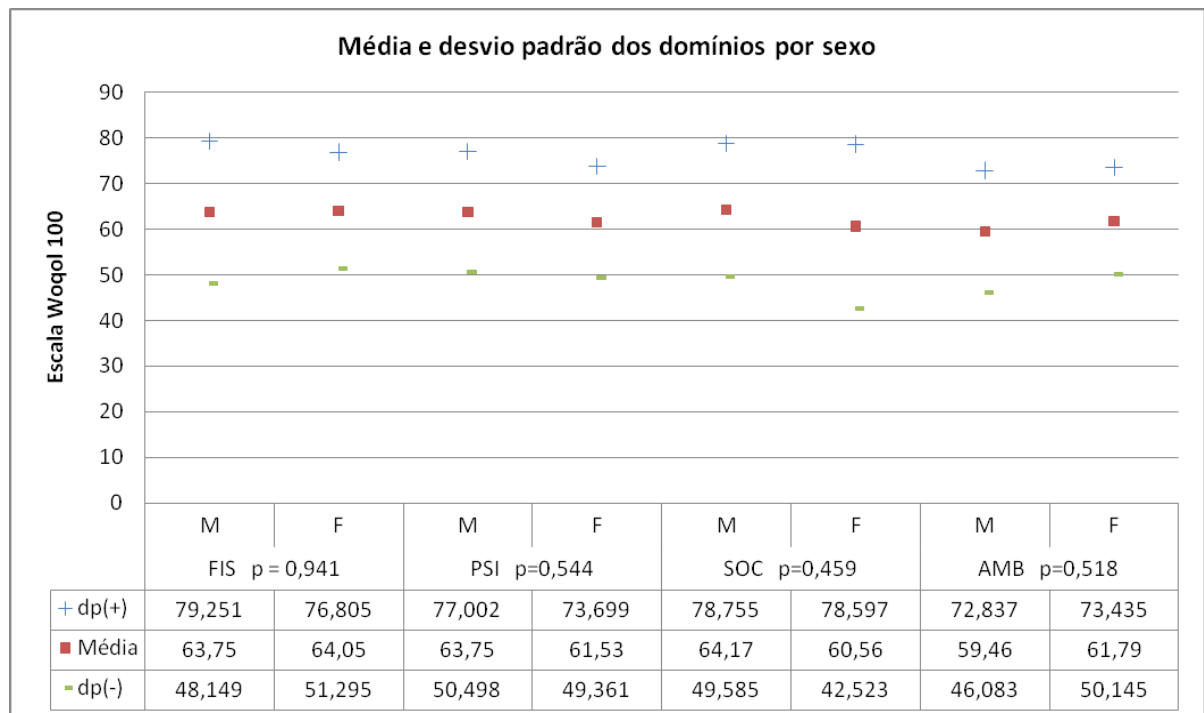


Gráfico 1 – Análise dos domínios do WHOQOL-Bref por sexo. Média e desvio padrão dos domínios por sexo.

Neste estudo, ao compararmos os domínios entre os sexos, as diferenças não são estatisticamente significativas, embora só não seja menor no

domínio físico. Tal resultado é diferente do estudo de Fiedler (2008) onde o sexo feminino foi responsável pela queda em todos os escores ao longo de todo o curso de maneira significativa. Devemos considerar, no entanto, que o tamanho da amostra do referido estudo era bem maior, permitindo um grau de inferência nem sempre possível em amostras pequenas como a atual, em decorrência de certas limitações.

5.2 Categorias *a priori* – produção de sentidos e interpretação

5.2.1 Perfil do paciente considerado difícil pelo interno

O internato desencadeia mudança de cenário do ensino, sobretudo porque a presença do paciente absorve a maior parte do tempo e atenção do interno quanto ao atendimento. Este é um momento de grande expectativa para os internos, pois nele a realidade tão sonhada de ser médico se concretiza. Além disso, esta oportunidade sobressai como a de maior aprendizagem.

O evento citado, porém, é fonte de grandes desafios. Conforme sabido, a partir da psicanálise (BALINT, 2007), o encontro com o paciente pode motivar respostas emocionais passíveis de influenciar o julgamento clínico e, dessa forma, afetar o cuidado com o paciente (BENBASSAT; BAUMAL, 2005). A capacidade de apresentar *insight* a respeito dos aspectos emocionais durante o enfrentamento deste encontro tem sido definida na literatura como *self-awareness*.

Para o modelo de ensino focado na promoção do *self-awareness*, um dos tópicos é promover o autocuidado – manejo do estresse e prevenção de *burnout* – e uma das maneiras de ensinar diretamente, ou seja, com enfoque na interação médico-paciente é por meio dos GB (BENBASSAT; BAUMAL, 2005). Buscamos, então, avaliar como o interno enfrenta o encontro com o paciente e pesquisamos, em primeiro lugar, qual o tipo de paciente que mais gera dificuldades na assistência.

Com a mudança de paradigma biopsicossocial, a tarefa assistencial exige do médico a capacidade de estabelecer um bom vínculo. O atendimento passa a ser focado no paciente. Médico e paciente passam a ter responsabilidades e direitos, cuja lógica a ser administrada requer um conhecimento inclusive dos sentimentos evocados pelo perfil de paciente considerado difícil.

Se mal administrada, esta situação representa sério risco de *burnout*, síndrome quase exclusiva das tarefas assistenciais, cuja especificidade médica está em lidar com o outro, o corpo, a morte (MILLAN, 2003).

Os pacientes difíceis apontados nos relatos a seguir evocam dados semelhantes àqueles encontrados por Nogueira-Martins (1994) em sua tese – reivindicantes e hostis, terminais. Como principais razões apontadas mencionaram dificuldades psicológicas pessoais – identificação com os pacientes, a empatia e aqueles que exigem vínculo médico-paciente mais intenso, a exemplo dos terminais, reivindicantes e aqueles com doença crônica.

[E1]

O paciente que tenho maior dificuldade de abordar é aquele que reclama de tudo, o poliqueixoso, porque me leva a pensar que algumas queixas são inventadas e começo a ficar sem paciência. O que também me tira a paciência são pacientes e acompanhantes que reclamam todo o tempo da estrutura do serviço público, já que o médico não tem culpa disso. Tenho também dificuldade de trabalhar com pacientes idosos

[E2]

[...] Ele me mostrou qual o tipo de paciente que era mais difícil de lidar, aquele que muitas vezes me angustiava e trazia tristeza. Essa descoberta veio quando peguei um leito em que se encontrava uma jovem de mais ou menos 20 anos, puerpéra e que não tinha tido oportunidade ainda de amamentar porque saiu do parto para ser internada e investigar uma hepatomegalia que deformava seu abdome de tal forma que parecia estar ainda grávida. [...] Portanto, toda essa situação me mostrou que aqueles pacientes jovens com câncer, ou sequelados por acidente ou tumor são aqueles com os quais tenho mais dificuldade. Creio que é porque acabo me identificando e me colocando no lugar deles e vendo como seria difícil para mim passar por aquela situação que eles vivem.

[E5]

O perfil de pacientes que mais me trazem dificuldades são aqueles que precisam de uma relação médico-paciente mais próxima, como os psiquiátricos ou os terminais. Não sou muito bom em me relacionar com as pessoas, e quando elas precisam que eu participe mais contundentemente no seu lado psicológico, tenho uma dificuldade muito grande em lidar com a situação.

[E8]

Tenho dificuldade em conviver com pacientes que não conseguem definir o que sentem [tipo quando falam “tenho uma febre interna”, uma dor que não sabem dizer onde é...], aqueles pacientes graves acamados, que tenho dificuldade de colher a anamnese e exame físico e também os que tem muitas comorbidades. E, principalmente, acompanhantes que não param de perguntar, pedir medicamentos, quando já foram prescritos, e ficam no pé da porta lhe esperando toda hora, pra falar e falar e pedir.

[E9]

O início do meu estágio intra-hospitalar me colocou em contato com pacientes de outro tipo: pacientes mais graves, mais debilitados. Desta maneira, posso dizer que o que me traz mais desgaste emocional é quando vejo um paciente grave, cercado de familiares que dão a impressão de ser uma pessoa muito querida, e estes mesmos familiares depositam em nós grande confiança.

[E10]

Tenho muita dificuldade de lidar com casos arrastados, em que há grande sofrimento pelo paciente, seja por dificuldades com o diagnóstico [falta de exames/profissionais interessados] ou por se tratar de uma doença crônica, sem prognóstico [câncer].

Também há dificuldades com os extremos de vida, situação preocupante, na medida em que o perfil epidemiológico da população vem mudando (algumas escolas incluem o ensino geriátrico ao longo de todo o curso). Percebemos dificuldades com os extremos de vida mais destacados nos depoimentos a seguir:

[E3]

O perfil de paciente que mais tenho dificuldade de abordar, por me envolverem emocionalmente são geralmente pacientes nos extremos de idade [idosos ou crianças] com estado de saúde muito comprometido e que não têm os cuidados que necessitam da família.

[E4]

Dentre todas as peculiaridades percorridas no internato, o atendimento ao paciente pediátrico se apresenta como um grande, senão o maior desafio.

[E6]

Bom, esse perfil de paciente: idoso, com várias comorbidades, mais ou menos desorientado, sem

acompanhante ou com acompanhante pouco esclarecido, em situação grave; [...].

[E11]

Porém, acredito que o paciente pediátrico, talvez, me traga mais remorso no caso de um insucesso.

O que torna a situação mais difícil em termos institucionais fica mais visível nos depoimentos a seguir, quando não se pode ofertar um atendimento a contento por questões institucionais e de precariedade de recursos.

[E12]

No tocante ao tipo de paciente que interfere no emocional do interno, temos dois tipos: 1) o paciente que não entende ou tem dificuldade de entender, talvez até de aceitar sua doença e o tratamento necessário e 2) os pacientes que têm possibilidades terapêuticas, seja para tratamento curativo ou paliativo, mas que não o recebem a contento.

[E13]

Tendo contado um pouco do que acontece, vou explicar a sensação de abandono que eu sinto. Como não há o preceptor responsável, não há cobrança adequada. Os residentes mais interessados vão atrás das informações, se atualizam e conduzem bem os seus casos. Já os residentes menos dispostos, como se diz no dito popular, “dão um jeitinho”, “empurram com a barriga”. Isso também vale para os internos. Porém, quando um interno interessado divide um paciente com um dos residentes relaxados, este interno fica preso, estacionado. O interno não tem a autonomia de tomar uma conduta sozinho. Claro, ele não é médico. Ele tem sempre que se submeter ao residente, que é quem dá a palavra final na conduta. Pois bem, é neste caso que eu me sinto abandonado. Por mais que você fale, se o residente não concordar, não adianta nada.[...] Neste momento, eu tenho um paciente complicado para tratar, e o residente responsável por ele, juntamente comigo, não é dos mais interessados. [...].

5.2.2 Atividades do interno em relação ao perfil do paciente

Para identificar estas atividades, buscamos conhecer as atribuições do interno, com vistas a descobrir quais as ações que ele de fato exerce em relação aos pacientes. Optamos pelos pacientes difíceis a fim de explorar tais atividades na

assistência, além das emocionais, e outras com elas imbricadas. O objetivo foi gerar categorias igualmente passíveis de prevenção.

Com a redefinição das competências exigidas pelo novo currículo médico (BRASIL, 2001), gradativamente se promove a mudança do perfil do médico. Resta o desafio de como operacionalizar esta mudança.

Conhecer as atribuições do interno é uma maneira de dar visibilidade ao novo cenário e às significações que cada um traz deste atravessamento para a prática assistencial.

Uma boa maneira de analisar os dados a seguir são os conceitos de cidadania e identidade e sua articulação ao currículo.

Educadores contemporâneos propõem um conceito de identidade (CANCLINI, 1995) que se articula ao de cidadão e ao currículo, redimensionando o papel da universidade na atualidade (VEIGA NETO, 2002).

Para Canclini (1995) uma teoria das identidades e da cidadania atual deve levar em conta os modos diversos sob as quais estas se compõem nos circuitos desiguais de produção, comunicação e apropriação da cultura.

Dessa forma, a identidade como categoria flexível é constituída por elementos contingenciais. Cabe à universidade conhecer que contingências são essas para se posicionar rumo à formação de um cidadão capaz de exercer seu papel de maneira autônoma. É assim que autores como Rocha e Siqueira (2009) pesquisam como os estudantes formam sua identidade a partir dos espaços informais.

Essa teoria diverge claramente daquela dos residentes e *staffs*, trazendo à tona uma hierarquia que lhes parece particular à instituição. As respostas tomam, então, como referência de papel de interno as relações estabelecidas com aqueles.

Nesse caso, o sentimento principal é a sensação de impotência e de baixa autonomia, gerada pela atribuição de muitas responsabilidades, mas quase nenhum direito a exercer o ato. Desloca-se, assim, a questão de um dilema ético que seria a de promover ensino de melhor qualidade e supervisão adequada para que ele se tornasse apto no tempo esperado.

As falas a seguir dão testemunho da premência destas questões, pois a posição assumida pelos internos diante do contexto gera conflitos e a resposta ao próprio questionário faz parecer que se utilizaram deste meio como uma válvula de desabafo.

[E2]

Passei a assumir responsabilidades grandes, quase a de um médico, ao mesmo tempo que muitas vezes sou tratado como um mero iniciante da faculdade de medicina.

[E10]

Em determinados serviços por onde passei, percebi certo descaso, verdadeira falta de empenho de muitos profissionais/diminuir as dores físicas/emocionais nesses casos, não digo só da equipe médica, como também dos enfermeiros, copeiros, limpeza, etc. [...] Minha posição de interna me impede algumas vezes de fazer mais pelo paciente, pois ainda estou submetida às ordens para poder exigir mais e me falta poder para agir em determinados momentos.

[E12]

Nesse âmbito, o interno procura explicar mais pormenorizadamente o que está acontecendo ou aconteceu ao paciente numa tentativa de aplacar a ansiedade dos familiares e do próprio paciente, consolando-os. Além disso, procura sugerir aos outros profissionais que ainda existem condutas possíveis a serem realizadas, muitas vezes em vão.

[E13]

O interno não tem a autonomia de tomar uma conduta sozinho. Claro, ele não é médico. Ele tem sempre que se submeter ao residente, que é quem dá a palavra final na conduta. Pois bem, é neste caso que eu me sinto abandonado. Por mais que você fale, se o residente não concordar, não adianta nada. Claro que o residente sabe mais que o interno. Mas ninguém sabe tudo e, às vezes, o interno tem razão. Na hora da visita do preceptor especialista, o interno é quem passa o caso, pois quem examina e evolui diariamente o paciente é o interno e não o residente. Há residentes que ajudam, mas a regra geral é esta citada. Até aí tudo bem, acontece que quando uma conduta foi tomada erroneamente, o especialista chama a atenção do interno, e não do residente. Por quê? Se quem toma a conduta é o residente ou os dois juntos, e nunca o interno só. Parece que os residentes são intocáveis e sensíveis, e o “saco de pancadas” acaba sendo o interno. Levar “puxão de orelha” é bom porque quem o leva nunca mais esquece o motivo e vai estudar, pesquisar e aprende muito mais. Ruim é ter que “levar um puxão de orelha” pelos outros. Neste momento, eu tenho um paciente complicado para tratar, e o residente responsável por ele, juntamente comigo, não é dos mais interessados. Então acontece exatamente o que eu descrevi no parágrafo anterior.

Quanto aos aspectos emocionais, podemos supor que, em consonância com a literatura, o treinamento médico pode contribuir diretamente para a depressão e problemas comportamentais como abuso de álcool e drogas (BALDASSIN et al., 2008). Em um estudo recente sobre os sintomas depressivos em estudantes de medicina, o mencionado autor observou fatores que surgem concomitantes ao desenvolvimento dos aspectos cognitivos destes sintomas durante o internato. Alguns coincidem com aqueles narrados nas falas a seguir: “decepções com a instituição e o sistema de saúde, medo do futuro profissional, fracasso, *performance*”.

[E6]

Neste contexto, fui obrigado a evoluir seis pacientes por dia, sem supervisão, pacientes graves, geralmente idosos, baixa renda, sem acompanhantes e com múltiplas comorbidades, estes pacientes não sobreviviam uma semana [no serviço em discussão], pois: não se conseguia chegar a um diagnóstico correto, condutas erradas, descaso por parte dos médicos, falta de estrutura no hospital, pacientes passavam a noite sem médico, só sob os cuidados da enfermagem. [...] Também procurava conversar bastante para poder extrair ao máximo uma história, além de exame físico completo, diário. Tentava também usar um vínculo com o paciente para este confiar em mim e assim facilitar sua recuperação.

[E8]

Nesse contexto muitas vezes me sinto insegura de que eu faço o diagnóstico certo [nos que têm queixas inespecíficas], insegura de que o exame físico do meu paciente acamado e grave foi bem feito, será que eu estou fazendo tudo por ele? E o tto está de acordo com o que ele realmente tem? E os pacientes com muitas comorbidades ... Será que eu não estou tratando algo e prejudicando algum órgão. Como nem sempre a gente tem um preceptor a maior parte do tempo conferindo o exame físico, e discutindo caso por caso, o paciente é de maior responsabilidade nossa, e isso me deixa apreensiva principalmente na clínica médica.

Como mostram as falas, as atitudes vão desde dedicar-se ao máximo, estudar mais e fazer inclusive coisas que “não são da alçada deles” – ato pedagógico, correr atrás de exames, pedir parecer de especialistas.

[E3]

Geralmente, nesses casos, não há muito o que se fazer, além de dispensar os cuidados que o paciente precisa.

[E4]

A figura do mestre é muitas vezes virtual, pois a recorrência de casos índice em que a patologia vem mais da percepção materna que de algo objetivo ou achados clínicos no próprio paciente torna o exercício da profissão mais um procedimento pedagógico que um ato médico.

[E5]

Para tentar driblar essa dificuldade, tento agir o mais naturalmente possível, embora tente a todo instante esconder essa dificuldade.

[E9]

Sempre que este tipo de situação acontece, eu acabo transformando aquilo na imagem da minha família e tomo atitudes mais marcantes, tais como: estudar mais profundamente sobre o tema da doença, tentar me comunicar melhor com a família do paciente e passar segurança aos mesmos e me empenho em coisas que não são da minha alçada, como: correr atrás de resultados de exames, pedir parecer de médicos especialistas, etc.

[E11]

Desenvolvo ações de cuidados mais intensivos. Fico mais alerta para qualquer tipo de complicação, me dedico mais, com certeza.

5.2.3 Modo de interação do interno com o paciente

Nesta categoria, nossa intenção foi descobrir quais os sentimentos que a ação exercida pelo interno gera e como percebem essa responsabilidade/papel. Inclui-se, ainda, o manejo resultante da relação médico-paciente.

Para o profissionalismo, a comunicação e a capacidade de estabelecer vínculos são importantes.

Na medida em que a relação médico-paciente implica direitos e deveres de ambas as partes, as quais requerem conhecimentos psicológicos dessa mesma relação (BALINT; SHELTON, 2002), e as próprias diretrizes preveem o ensino das dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores para a cidadania, administrar essas forças requer profunda capacidade de reflexão (BRASIL, 2001).

Exemplo dessa realidade é a fala de um interno na qual ele lamenta a falta de capacidade de convencimento, quando outros fatores e sentidos estão em jogo do lado do paciente que não permitem naquele momento a adesão, mas nem por isso precisa levar a uma ruptura de vínculo:

[E12]

A forma de interação com o paciente e o familiar é a mais natural possível, contudo sempre mantendo clara as atribuições de cada um: o interno é o médico e como médico deve ser tratado. Porém, em contrapartida, deve mostrar compreensão e empatia pelo paciente e seus familiares para tentar vislumbrar como estão reagindo ao tratamento e assim poder ajudá-los.

No primeiro grupo, o estresse emocional dá-se pelo conflito: o interno sabe qual a doença e as conseqüências da não adesão do paciente ao tratamento, porém, apesar de explicar e deixar bastante claro para o paciente, esse ainda se recusa a realizá-lo ou fazê-lo corretamente. Nessa situação, surge um sentimento de angústia, às vezes, até raiva, que passa a prejudicar a relação médico-paciente. Esses sentimentos derivam de um outro, a falta de capacidade de convencimento para que o paciente siga suas orientações. Se, por acaso, não surgir nenhum fato que melhore essa relação, não há o abandono em si do paciente, até porque vai contra o código de ética, mas “lava-se as mãos” deixando o paciente arcar com as conseqüências de suas decisões. Nesse ponto, surge a frustração por não ter conseguido tratar adequadamente o paciente. No segundo grupo, surgem os sentimentos de indignação, raiva, tudo isso relacionado ao que ainda poderia ter sido ofertado ao paciente e não foi. Hipócrates tinha como linha de pensamento curar quando possível, aliviar quando necessário e consolar sempre. O que vemos não é bem assim. Não só os profissionais médicos, mas todos os outros profissionais da saúde são responsáveis por isso, por exemplo: Os enfermeiros e auxiliares de enfermagem são extremamente impessoais, tratando os pacientes terminais ou graves muitas vezes como se fazendo um favor para eles ou suas famílias; já os médicos, alguns dizem que não podem fazer mais nada, contudo não lembram que podem aliviar a dor ou consolar o paciente e a família. O interno presencia comunicação de óbito ou doença grave como se dissessem que o paciente “tem só uma gripezinha” ou, ainda, você é jovem, pode ter outros filhos. Um absurdo.

Atualmente, o profissionalismo é centrado no paciente e, conforme prevê no seu ensino, abrange seis dimensões, entre elas, a capacidade de reflexão/*self-awareness* (HILTON; SLOTNICK, 2005).

Outra correlação importante seria entre qualidade de vida e profissionalismo. Quanto maior o senso de realização e empatia, melhor o profissional se sente.

Manter a alternativa emocional considerada ideal – distanciamento afetivo – é bastante problemático. Na percepção de Baldassin (2007) em sua pesquisa na qual relacionou as estratégias de *coping* aos indicadores de psicopatologia, os que apresentavam depressão, disforia e ansiedade são semelhantes e indicam atitudes de fuga, de fantasia e de busca de alívio.

[E1]

Tenho também dificuldade de trabalhar com pacientes idosos, por causa da minha avó que passou por um problema grave de saúde ultimamente e às vezes transfiro isso para os pacientes que atendo me envolvendo muito emocionalmente. Diante desses fatos, tento ter calma com os pacientes que me aborrecem, o que é um bom teste de paciência e tento nunca tratar mal estes. E quanto aos idosos, tento me envolver menos emocionalmente para não atrapalhar a conduta.

[E5]

O fato de ter de conversar com o paciente é muito sacrificante, mas tento agir com bom senso e imparcialidade, aliados a conhecimentos técnicos, evitando, assim, uma proximidade muito grande ou além do necessário emocionalmente. Confesso que em alguns momentos, apesar de sempre tentar ser educado com o paciente, sou um tanto frio.

Como evidenciam as falas, desenvolvem empatia, sentem-se satisfeitos com o que fazem, sabem diferenciar a angústia experimentada sem esquecer o papel de médico e sua conduta ética. O sofrimento e a angústia estão em jogo, mas não os fazem esquecer qual o papel do médico. Um deles, particularmente, lembra o juramento de Hipócrates.

Segundo mostra uma revisão sobre empatia, os que apresentam melhor empatia têm menos *burnout*. Referido estudo aponta para a importância do esforço em promover o bem-estar do estudante, o que eleva também aspectos significativos do profissionalismo (THOMAS et al., 2007). Até porque é uma contrapartida ao distanciamento afetivo, altamente produtor de estresse e mal-estar, e os põe em risco para *burnout*.

[E9]

Quando este tipo de situação acontece, consciente ou inconscientemente acabo me esforçando mais para tentar chegar à solução do problema do paciente e, conseqüentemente, seus familiares.[...] Meu contato com este tipo de paciente, na maioria das vezes, torna-se melhor do que com os outros pacientes. Analisando agora, enquanto escrevo, acho que é porque converso com eles de coração “mais aberto” e os trato de maneira mais íntima. Isso faz com que o paciente crie uma empatia por você. Este fato é muito recompensante, quando, ao chegar no leito do paciente, você é recebido com festa pelo mesmo.

[E10]

Geralmente fico muito inquieta e aborrecida diante desses fatos, esforço-me para fazer o possível para aliviar e melhorar a situação, tento criar um bom vínculo com o paciente/acompanhante, explicar a patologia de uma forma que possam entender, conseguir pareceres ou exames úteis para o caso. Contudo meu esforço esbarra na burocracia/má vontade/descaso de alguns setores ou profissionais, às vezes nem a telefonista colabora !!! [...] Sigo pedindo favores, implorando para que olhem para determinados pacientes, melhor, insistindo o máximo, sendo chata ou petulante às vezes, contanto que meu paciente tenha o melhor que eu consiga. Isso é o que me frustra, não é a morte, não é a doença/não cura, é o fato de todos os pacientes merecerem o melhor e que para isso não deveria ser preciso implorar ou brigar.

[E11]

Procuro sempre não criar vínculos fortes com os pacientes, crio uma boa relação médico-paciente, mas com limites, sabendo a hora de avançar e de recuar. Para não ter que me abalar no caso de alguma complicação.

[E13]

Frustração é a principal sensação negativa deste serviço. [...] Mas esta situação me deixa muito mal. Eu tenho que lidar com o paciente, cada vez mais debilitado, e com sua família, lhes explicando tudo. Eu sei que esta situação faz parte do meu aprendizado, mas eu só não queria passar por ela sozinha, sem apoio do meu superior. E isto me derruba emocionalmente. Você passa por sentimentos que começam com revolta e raiva, depois passando para frustração e por fim acabam com tristeza. Eu tento, então, estudar para ver se consigo acrescentar algo ao tratamento. Além disso, corro atrás dos especialistas, a fim de obter uma ajuda. Este paciente em questão já foi visto por cinco especialistas, e continua grave. Eu tento não me envolver tanto com o paciente, mas é impossível. Eu não tenho esta habilidade.

Examinar e conversar todo dia faz criar um vínculo, não tem como não acontecer isto. Vínculo este que os meus preceptores e residentes não criam. Logo, a carga emocional em cima de mim é muito grande.

Destacamos como os internos descrevem os sentimentos provocados pelas situações difíceis levantadas, principalmente raiva e sensação de abandono, exploração e frustração provocados por fontes de estresse pessoal – eventos de vida, vulnerabilidade pessoal, maior ou menor dificuldade de lidar com determinados pacientes, exigência interna (ser um médico/ o que não falha), comunicação com pacientes de baixo nível cultural (NOGUEIRA-MARTINS, 1994). Além de fontes externas de estresse semelhantes às encontradas pelo mesmo autor em residentes da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – o medo de cometer erros, a pressão do tempo, a fadiga, os plantões noturnos, a falta de orientação.

As respostas a este item corroboram o já exposto no item anterior e sintetizam aspectos baseados na literatura.

[E2]

Após muita investigação, biopsia, TC, conversas com oncologista clínico e cirúrgico, optou-se pela retirada do que parecia ser um tumor hepático, com acometimento de linfonodos. Antes da cirurgia, tentei passar segurança, apesar de estar muito inseguro quanto à conduta, já que estava em risco a vida de uma jovem mãe. Conversava com ela e trazia revistas para distraí-la, dei uma bíblia para que ela pudesse buscar em Deus força para enfrentar aquela situação, rezava por ela e fazia todo o possível para orientar os familiares e ela própria, deixando-os cientes dos riscos. Ela foi para a cirurgia e, ao abri-la a invasão tumoral estava tão extensa que o próprio oncologista falou que se fosse nos Estados Unidos, nem mexeriam e a fechariam novamente. Mas ele, creio que numa atitude heróica, tentou ressecar o tumor. Contudo, a paciente não resistiu e faleceu. Fiquei muito triste, chorei por ela, e essa foi minha primeira perda de um paciente na enfermaria, que é um ambiente no qual desenvolvemos laços afetivos, diferente da emergência, quando já pegamos o paciente perto da morte.

[E3]

O que faço é tentar conversar com o cuidador (sendo da família ou não) para explicar os cuidados que o paciente necessita e tento conscientizá-los de que a vida e o bem-estar de tal paciente, depende do cuidado deles. Nessas

situações, tento não demonstrar que a situação do paciente mexeu com o meu emocional. Tento ser neutra em todas as situações e não demonstrar mudanças de humor; quando me vejo em situações em que o paciente mexe emocionalmente comigo [tristeza, dó].

[E4]

O estudante vê na mãe mais o paciente que na própria criança, que por seu desejo de experimentar algo novo não demonstra nenhuma alteração em seu estado geral. Então, com a consulta em andamento, mas já próximo do desfecho, o estudante inicia o trabalho de catequese da mãe que em grande parte das consultas pediátricas representa peça importante no desenvolvimento da patologia, e, para isto, o estudante-médico se arma do receituário no qual prescreve sintomáticos e algum complexo vitamínico para dar credibilidade às queixas maternas, mas se esquece de enfatizar que o tratamento é primordialmente reeducação de hábitos.

[E6]

[...] este é o perfil de paciente que me trouxe milhões de sentimentos e reflexões: raiva [por não poder ajudar e por ver residentes despreparados e sem orientação, fingindo que estavam tentando, falta de um preceptor que desse “uma luz”], tristeza porque ficava abalado pela situação do paciente e pela sua dor, frustração por não saber ainda o suficiente para ajudá-lo, reflexão que devo estudar muito para não ser um médico medíocre [como os residentes daqui] e poder ajudar quem precisa, até porque foi por isso que eu entrei na medicina.

[E8]

Geralmente quando eu tenho esses pacientes peço ajuda, e um novo ponto de vista. Nem sempre alguém que está de fora vê tudo aquilo que você vem estudando em um paciente, mas tento. Tento ter paciência e “gastar ” mais tempo com eles.

5.2.4 Facilidades e dificuldades do internato

De acordo com o modelo de resiliência (TAVARES, 2001), a resposta às situações indutoras de estresse depende, entre outros, das suas capacidades (aptidões, suporte social-moral, recursos materiais, resolução de problemas).

Dessa forma, o modo como os estudantes enfrentam os fatores estressantes pode influenciar sua saúde mental na faculdade de medicina. Uns encaram como desafio, e se utilizam de uma boa comunicação.

Como sabemos que as fontes de estresse na vida do médico serão uma constante, é mais interessante descobrir e estimular a capacidade de resiliência, uma forma de manejá-lo.

Embora já evocadas na seção anterior, nessa seção tentamos detalhar as fontes de estressores da instituição e, ao mesmo tempo, quais os que escolheram utilizar, inclusive, espaços informais associados à maneira como se utilizam deles.

Em consonância com a literatura, observa-se que uma grande fonte de estresse é o abuso (FIEDLER, 2008), embora seja uma das causas evitáveis (ZONTA; ROBLES; GROSSEMAN, 2006).

[E1]

No internato, tenho dificuldade de lidar com pessoas arrogantes que gostam de impor sua opinião, pois muitas vezes não consigo demonstrar que não gosto disso, fico apenas frustrada, sem revidar. Também não gosto de ver que muitas vezes as pessoas não têm um bom acesso à saúde, ou esse acesso é tardio causando um prejuízo à saúde dessas pessoas. Na maioria das vezes tenho facilidade de comunicação com os pacientes e com a equipe que trabalho, faço tudo para o local onde trabalho ser harmonioso.

[E2]

As maiores dificuldades de um interno creio que sejam ter de muitas vezes assumir função de médico e ao mesmo tempo servir de mão-de-obra para facilitar a vida de médicos e residentes, como ter de evoluir 10 pacientes em uma manhã de final de semana por puro egoísmo e até comodidade dos residentes, pois [em outra instituição], os serviços são divididos igualmente entre residentes e internos, ganhando os dois e o paciente, que é melhor visto. Evoluir 10 pacientes numa manhã é desumano e claro que vão ser mal vistos, quando são vistos.

[E3]

A grande dificuldade que enfrento na prática do internato é falta de tempo livre para estudar. Muitas vezes sinto como se eu fosse usada como uma mão-de-obra gratuita, pela instituição e por muitos médicos e staffs, que algumas vezes só exigem o nosso trabalho, sem dar em troca o conhecimento. Creio que outras dificuldades que

enfrentamos, com boa vontade e trabalho, são superadas. Fora isso, considero o internato como uma grande fonte de aprendizado da prática médica. Há muitos staffs e residentes [alguns, não todos] comprometidos com nosso aprendizado e formação médica. [...] O contato direto e constante com o paciente nos faz refletir sobre como será o nosso futuro na profissão, nos ajuda a desenvolver habilidade de comunicação, pois nos deparamos com pacientes de variados perfis.

Para tornar os indivíduos mais resilientes, faz-se imperioso identificar os fatores de risco e particularmente os fatores protetores, pessoais e interpessoais. No relato a seguir, o interno discorre sobre os vários significados que o humanismo parece tomar neste contexto e de que forma sua falta se torna um estressor.

[E5]

O internato é uma fase deste curso com uma série de dificuldades. Para nós, a estrutura hospitalar é muito deficiente, profissionais desinteressados e de pouca qualidade técnica também são muitos. Administração que ainda não entende ou que não quer entender o que é um hospital de ensino, aliado à burocracia excessiva. Relações interpessoais, em todos os níveis, é o fim de todos os problemas, principalmente entre os colegas internos, cujo espírito de equipe é muito deficiente. Fica a impressão de que aqui é “cada um por si e Deus por todos”. De facilidade, sinceramente, vejo muito pouco. Temos pouco tempo para estudar, somos forçados a cobrir a demanda do hospital, em detrimento do nosso melhor aproveitamento acadêmico. Outros serviços fora deste hospital também não atendem às nossas necessidades a contento.

[E7]

[...] faz-se presente na medicina através da forma viciada com que profissionais e professores trabalham, quando um sistema caótico e inseguro para todos faz parte da área médica e que necessitam dela, como os pacientes. Além disso, soma-se no quadro a inquestionável ineficiência do sistema, repleto de percalços burocráticos e, infelizmente, economicamente miseráveis, o que só colabora com o desgaste presente na prática médica. Sendo assim, o que temos em nosso cotidiano são pessoas robotizadas (inclusive nós mesmos), um enfraquecimento das relações pessoais, um descaso com a profissão médica (principalmente com os pacientes) e, por fim, uma ciência que, combatida por todos esses fatores, acaba por, paulatinamente, ir perdendo seu brilho. Problemas globais, mas que, na medicina, talvez pela presença conflitante da mais pura miséria e do sofrimento humano, tornam-se mais alarmantes.

[E8]

Minhas dificuldades do internato são ter doentes sob minha responsabilidade sem eu ter segurança do que estou fazendo; fazer procedimentos que vão demorar mais, podendo causar mais sofrimento do que aqueles que têm mais experiência; conciliar o tempo no hospital com o tempo de estudo em casa, bem mais cansativo que nas aulas; sentir que está terminando o curso, e sua família lhe cobra pra consultar todo mundo e acertar o diagnóstico e você não está preparado; decidir sobre o que fazer após a formatura, prova de residência [onde? Pra quê?] ou ganhar dinheiro no PSF para ficar independente. Ao mesmo tempo no internato você se sente mais “poderoso”. Adquire muito mais manejo clínico; melhora sua convivência com o paciente; aprende muito mais que nos outros quatro anos do curso. Aprende a ser humilde e vê que todo mundo erra apesar de não querer que isso aconteça. Define quem pode ser seu exemplo e quem você nunca indicaria. Aprende a conviver com profissionais “não-médicos” e a trabalhar em equipe.

[E9]

Acho que esta falta também para os residentes que são quem tem mais contato com os pacientes, aliás, deveriam ter, porque 90% das vezes, eles jogam tudo para o interno, servindo muitas vezes apenas para carimbar a papelada. Como já citado anteriormente, acho que a maior dificuldade é a falta de “humanismo” na prática médica. No entanto, ainda temos que melhorar muita na ciência médica também. A falta de um preceptor fixo na enfermaria em discussão faz com que ainda sejam cometidos alguns absurdos no dia-a-dia. Claro que o hospital melhorou por receber estudantes e residentes, mas ainda tem muito que melhorar. Como facilidade, eu vejo que a direção da faculdade empenha-se em fazê-la cada vez melhor, não só com estrutura, mas com conforto para os estudantes

De acordo com as falas a seguir, uma queixa comum é a da baixa qualidade técnica do ensino do internato por questões de organização da logística do serviço, a falta de espírito de equipe, a carga horária pesada, o sono prejudicado. Semelhantes àquelas encontradas por Nogueira-Martins, (1994) nas residências da UNIFESP.

Uns acentuam os sentimentos de abandono como sendo os mais difíceis de tolerar, mais até que a carga horária ou a cobrança excessiva, como exposto.

[E6]

[...] comecei meu internato em dezembro de 2008 (férias do S8) com estágio voluntário no setor de clínica médica [de outra instituição]. Adorei a experiência, pois lá vi o exercício da medicina de uma forma excepcional, residentes e internos comprometidos com os pacientes, ânsia de “fazer ciência” e discutir casos e diagnósticos diferenciados, residentes preparados pra assumir uma enfermaria, humildes e interessados em aprender e ensinar o interno, e o mais importante, staffs com o único interesse de ensinar seus alunos, além de, claro, cuidar dos pacientes, os staffs tinham domínio total do conhecimento, a meu ver, mas o mais impressionante é a vontade de sempre aprender mais e a humildade. Quando voltei para Sobral, fui logo para a enfermaria integrada. Fui do céu para o inferno literalmente. Cheguei num local onde os pacientes estavam entregues a sua sorte e a Deus, sem nenhum suporte, condutas erradas, desinteresse médico, [...] Tudo também não foi ruim, acho que adquiri muito conhecimento, porém pouca prática, fazia meus horários, estudava o que achava mais importante e o que aparecia, assim fixava mais. Comecei a me sentir médico, minha postura mudou, parei de beber, de farrear, acho que mudei para melhor e estou me sentindo melhor comigo mesmo.

[E11]

Dificuldade: carga horária pesada. Alguns serviços necessitam de o interno ter de acordar muito cedo, tendo de dormir tarde para atualizar seus estudos, portanto, o sono fica bastante prejudicado. Presença de atividades em todos os dias da semana, às vezes, me deixa irritado, porque não posso me divertir da forma que eu queria tendo o compromisso no outro dia. As humilhações dos superiores (staff e residentes), isso torna muito chato a relação com os mesmos, quando poderiam nos tratar de forma igualitária, onde todos saem ganhando, mas NA MEDICINA EXISTE UMA TAL DE HIERARQUIA BURRA SÓ PORQUE ALGUÉM TEM O CARIMBO!! A constante supervigilância também incomoda. Facilidades: tenho livre acesso a tudo que quiser dentro do hospital, tudo mesmo, me sinto atuante várias vezes. A liberdade de exercer minhas tarefas me alegra bastante. Tenho facilidade de estudo, alimentação e dormitório, além da facilidade de exercer a medicina na prática.

[E12]

Dificuldades em relação ao internato são inúmeras, mas a mais angustiante são a grande quantidade de pacientes e a alta rotatividade dos leitos, não possibilitando ao interno tempo hábil o suficiente para estudar profundamente todos os casos e as patologias em questão, instalando um sentimento

de insegurança por falta de conhecimento. Talvez seja essa insegurança o que mais assusta os internos, pois sabem que falta pouco tempo para serem médicos formados e não se sentem preparados para isso. Já as facilidades variam de indivíduo para indivíduo e, no meu caso, tenho facilidade de dialogar com pacientes, funcionários e colegas e não sentir vergonha de perguntar quando uma dúvida aparece. Também não tenho dificuldade em comunicar óbitos e notícias difíceis.

[E13]

O momento do meu internato pelo qual estou passando tem sido mais difícil para mim do que eu imaginava. Difícil não pela carga horária ou cobrança excessiva, mas sim pelo sentimento de abandono que eu sinto. Estou passando por uma enfermaria que não tem um preceptor oficial e atuante. Nesta enfermaria há internos, residentes e especialistas que fazem visitas para tirar as dúvidas e ajudar na condução dos casos. Infelizmente, nem todas as especialidades de que necessitamos nos ajudam. Às vezes, temos que perder muito tempo correndo atrás de pareceres e algumas vezes não conseguimos, e o esforço foi em vão. [...] Frustração é a principal sensação negativa deste serviço. A minha enfermaria tem um potencial enorme. Lá aparecem muitos casos das mais variadas etiologias. Se tivesse alguém que organizasse e dividisse melhor as tarefas, o aprendizado triplicaria e a carga emocional seria melhor distribuída. A facilidade, que eu encontro no meu internato, é que há vários serviços em um hospital só, o que facilita a interação entre as áreas. Porém, esta proximidade poderia ser bem melhor explorada.

5.2.5 Rede de apoio (suporte) no enfrentamento das dificuldades emocionais do interno

Conforme estabelecido, as estratégias de *coping* são classificadas nas seguintes categorias: resolução de problemas, apoio social, redefinição de situação, redução da tensão, evitamento, procura de informação e religiosidade.

Definir o que, como se descobre e o que são as estratégias de *coping* dos internos é uma forma de identificar quais os fatores protetores (TAVARES, 2001)

Como afirma Baldassin (2007), a percepção sobre as fontes de apoio tem sido relatada na literatura como as mais importantes e felizes estratégias de *coping*.

A elaboração de estratégias de enfrentamento foi um mecanismo detectado a partir de relatos existentes na literatura como meio de enfrentamento das situações estressantes. Entre tais estratégias, sobressaem: demonstração do uso de relacionamentos interpessoais –“compartilhar experiências relacionadas ao estresse com outras pessoas que estão no mesmo barco”, equilíbrio entre estudo e lazer, organização do tempo, cuidados com a saúde, alimentação e o sono, prática de atividade física, religiosidade, trabalhar a própria personalidade para lidar com situações adversas (ZONTA; ROBLES; GROSSEMAN, 2006). Segundo Gavioli et al. (2009), a formação de grupos no internato tem sido apontada como detentora de um grande potencial para aprendizado, embora os critérios de escolha para formação sejam sociais.

A utilização de bons modelos – alguns importados de preceptores de outra instituição, e outros em preceptores clínicos e ainda em exemplos da família guarda em consonância com a literatura (GUIMARÃES, 2007). Ainda como consta em Nogueira-Martins (1996), diante do encontro com a morte, as possíveis identificações com pessoas queridas dos estudantes, as responsabilidades diante do sofrimento, parecem ser características universais do estudante de medicina.

[E1]

A maneira como trato os pacientes, principalmente esses mais difíceis para mim, foi bastante influenciada pelos módulos de desenvolvimento pessoal que tive na faculdade e nos exemplos bons que tenho dos meus professores e preceptores. As atitudes ruins destes também me ajudam, pois descarto como não devo agir. Minha mãe é assistente social e a educação que ela me deu e o exemplo de como ela trabalha me influenciaram. Acho que a mistura de tudo isso faz a minha maneira de ser.

[E2]

Nesses momentos, o que faço é conversar com meus amigos, com meus pais e rezar por eles [pacientes] para que sejam curados ou suportem a situação.

Novamente é sugerido que não se envolver emocionalmente é o caminho/ a estratégia de sucesso. Tal como Baldassin (2007) quando aponta que entre as estratégias mais correlacionadas a altos índices de psicopatologia na amostra do internato utilizada em sua pesquisa constava justamente a fuga.

[E3]

Então, na grande maioria das vezes, procuro suporte com outros amigos, família e namorado, que não são da área da saúde. Percebo que eles são mais compreensivos e têm a reação mais parecida com a minha. Uma ferramenta que tenho usado bastante para não me envolver emocionalmente com pacientes que tenham dificuldade é tentar “fugir” deles. Quando digo “fugir” não me refiro a negar atendimento, mas dispensar os cuidados necessários e barrar qualquer tipo de aproximação que o paciente não precise.

Às vezes, dificuldades emocionais pessoais, individuais são dribladas pela religião.

[E5]

As únicas ferramentas que me fazem totalmente suficientemente seguro em utilizar são a minha fé religiosa e minha força de vontade em continuar tentando me livrar dessa barreira, tanto para minha futura profissão como para minha vida particular. Ter fé que Deus irá me ajudar nessa batalha, já que creio que ele nunca deixa um filho carregar um peso mais do que suporta e insistir em tentar ter relação com outras pessoas, principalmente com os pacientes (neste caso, aliado ao melhor conhecimento médico), são as ferramentas que tenho disponíveis.

Já consegue utilizar o vínculo terapêutico e avaliar seu alcance.

[E6]

No decorrer dos dias com meus pacientes na enfermaria, tentava procurar uma luz nos livros, em discussão com colegas e até ajuda de preceptores [de outra instituição], além de tentar amenizar o sofrimento e prolongar a vida dos meus doentes. Também procurava conversar bastante para poder extrair ao máximo uma história, além de exame físico completo, diário. Tentava também usar um vínculo com o paciente para este confiar em mim e assim facilitar sua recuperação.

[E8]

Nas dificuldades emocionais de atender aqueles pacientes citados, tento desabafar com colegas e aprender a conviver e melhorar a minha visão do paciente. Eu “enfrento”, peço ajuda ao residente, ou do staff. Muitas vezes fica a sensação, eu poderia fazer “mais”. Às vezes penso – “vixe, ainda falta examinar aquele idoso diabético, hipertenso, com ICC, com pneumonia, com todos os exames ruins e que muda de

acompanhante toda hora e não sabe informar nada”. Vou lá, tento examinar melhor e sempre pedir ajuda dos colegas.

Colegas que estão no mesmo barco (ZONTA; ROBLES;GROSSEMAN, 2006) são uma fonte de apoio comumente citada.

[E9]

Os amigos são sempre apoio de grande importância, até por viverem histórias parecidas. O que eu sinto falta, no entanto, (lembrando que estou falando quase exclusivamente do serviço de clínica médica), é de médicos mais humanizados, que saibam conviver mais com as angústias dos pacientes. O que acontece, muitas vezes, é o desprezo pelo paciente como pessoa, levando em consideração apenas a doença. Aqui quero citar dois médicos que se portam de maneira perfeitamente humana com seus pacientes [...].

[E10]

O que me traz suporte são duas coisas: os casos em que fui feliz [conseguindo um diagnóstico – mesmo sem prognóstico –, conseguindo exame/tratamento] e a fé de um dia poder fazer mais. Outra coisa me conforta: a espiritualidade, fé pessoal/religião em certos momentos. Não costumo dividir com famílias ou amigos. Quando estou com eles prefiro não lembrar das coisas ruins do dia-a-dia.

[E11]

Peço apoio aos meus superiores, ajuda, orientações, algo do tipo. Acredito em Deus e confio nele em tudo. Procuro acreditar na vontade dele e oro para que o mal não me venha acontecer, nem para meus pacientes.

Os relatos a seguir valorizam relacionamentos fora da situação de saúde pela sinceridade, intimidade, demonstrando a capacidade de formar vínculos.

[E12]

Em um momento mais reservado, os internos, em sua maioria, costumam desabafar uns com os outros procurando apoio para sua conduta ou para discordar da conduta adotada. Em casos de óbito, muitos revisam o prontuário com os staffs ou sozinhos buscando identificar alguma falha tanto na obtenção da anamnese como nas condutas adotadas. Por último, o interno recorre à família, mas como última opção, mas sempre como a mais reconfortante, pois seus pais e

irmãos vão tentar ajudá-lo a compreender o acontecido e ser sinceros em avaliar suas condutas.

[E13]

Para amenizar este internato, eu procuro conversar com meus colegas, que também passam por situações semelhantes. Minha namorada também ajuda muito. Já com a minha família é muito difícil contar, pois eles moram em outra cidade. Como não é sempre que nos encontramos, não dá para falar sempre de problemas e dificuldades.

5.2.6 Planos do interno para a vida profissional

O perfil do médico é este: bem remunerado, que sabe muito, respeitado e com prestígio. Considerando ter a qualidade de vida como finalidade última o alcance das aspirações do indivíduo, houve a sensibilização, a empatia, gerando atitudes de compaixão, sempre na expectativa de aprender a lidar melhor com as situações com as quais se identificam.

Buscamos revelar o uso individual proporcionado pelo percurso do internato na instituição em discussão por meio da maneira como esse aprendizado influenciou as decisões e escolhas profissionais.

Esse momento é a síntese baseada na reflexão dos aspectos levantados.

[E1]

Ultimamente, me observando, reparei que às vezes tenho sinais e sintomas vagos e resolvi não mais desprezar mais todo e qualquer sintoma ou sinal de um paciente. Pretendo levar isso para minha prática futura. No futuro, pretendo sempre ter uma parte da minha semana para atender a população menos favorecida, não porque um concurso público é bom, mas para poder ajudar um pouco mais essa parte da população. Pretendo também saber lidar melhor com situações emotivas como algum paciente que me lembre algum familiar ou a morte de algum paciente que me abale.

[E2]

Ainda tenho dúvidas quanto à especialidade, na verdade, subespecialidade, já que quero ser pediatra e pretendo ter meu consultório, mas me dedicar a outras coisas, já que a medicina está ficando desprestigiada pela abertura descontrolada de universidades e vinda de pessoas formadas em faculdades de outros países de qualidade bem inferior.

[E3]

Meus planos para o futuro são o de fazer minha residência de GO, e depois, voltar para minha cidade de origem, onde minha família mora e, quem sabe, no futuro, retornar para Sobral.

Nas falas, podemos evidenciar o desejo de agradar à família, modelos de aprendizagem a não seguir, decisões de como fazer para levar uma vida saudável conciliando sucesso na carreira e vida pessoal.

[E5]

Meus planos são tentar uma residência médica. Se não conseguir, trabalhar como médico em algum lugar que eu ainda não sei, pra ganhar algum dinheiro e conseguir minha independência financeira. Depois, no fim do próximo ano, tentar novamente uma residência médica. Quero ser um grande profissional, como a maioria de nós queremos, para ser respeitado e admirado, principalmente pela minha família.

[E6]

Pretendo manter este ritmo de estudos (4 h) e dedicação para meus pacientes e no decorrer do internato decidir minha especialização, o que eu gosto mais, onde quero morar, mais retorno financeiro, pra poder levar uma vida saudável ajudando a quem precisa e nunca fazendo besteiras como as que vi.

Para a maioria dos futuros profissionais, ser médico bem-sucedido significa saber muito e viver confortavelmente em termos financeiros. Ao mesmo tempo, a lucidez de saber que o panorama que os aguarda não é nem um pouco alentador. No Brasil, a realidade do médico é de muitos empregos, baixa remuneração e um sistema de saúde ainda precário.

[E8]

Decidi fazer prova de residência agora no fim da faculdade logo, porém sem muita esperança de ser aprovada, e de clínica médica. Ou seja, mais uma outra residência pela frente. Fico preocupada se vou conciliar família e carreira. Quero ter dois filhos e nenhum doente!!![Tenho medo da idade]. Foi só um desabafo. Gostaria de ser uma profissional respeitada, indicada pelos colegas, “saber muito”. Não precisa ficar rica, mas viver confortavelmente e poder viajar, quando possível.

[E9]

Pretendo ao sair da faculdade fazer residência e trabalhar em uma área específica, onde eu possa me aprofundar e me destacar. Confesso que perdi um pouco a vontade de morar aqui pela mente “provinciana” dos médicos daqui. No entanto, não descarto, porque gosto muito de viver nesta cidade.

Não se tornar cínico, evitar o *burnout* é uma questão para eles e é de fato fundamental saber identificar os riscos e o manejo resiliente de fontes de estresse que não vão acabar com o término do treinamento.

E10]

Para meu futuro profissional, desejo nunca perder a vontade de lutar por um paciente e espero poder fazer mais coisas e de forma melhor do que hoje.

[E11]

Meu sonho é fazer residência médica, ser bom naquilo que faço, ter minha família e meu patrimônio. Não procuro fama, status ou muito dinheiro. Porém, quero ser bem remunerado. Mas acho que o que mais quero é ser muito bom naquilo que faço. Eu me conheço, se me dedicar eu consigo, isso não tenho dúvida, mas esse internato é tão “puchado” que às vezes não dá para se dedicar tanto em tudo aquilo que a gente faz. Melhor fazer o feijão com arroz. É minha conclusão nesse início de internato.

[E12]

Planos para o futuro: fazer residência de clínica médica e oncologia clínica e fazer trabalho social com idosos.

[E13]

Quanto aos meus planos para o futuro, não sei ao certo que área seguirei. Estou com muitas dúvidas ainda, que pretendo esclarecer daqui para o final do meu internato.

Enfim, muitos esperam se decidir por uma especialidade, outros temem a concorrência, e se preocupam com o desprestígio da medicina. O despreparo em relação ao futuro da profissão é a sensação evidenciada no relato do interno a seguir, mediante reflexão da realidade de ser médica proporcionada pela instituição em discussão, muito semelhante àquela que irá encontrar em seu futuro profissional.

[E7]

Tem-se discutido muito ultimamente sobre a humanização na saúde, em alguns momentos tratados como uma questão pontual. A meu ver, a “desumanização” nada mais é que uma consequência do vício humano. Não existe o tema “humanização da saúde”, e sim “humanização do ser humano”. Ou melhor, “ensinando a viver como ser humano” seria mais adequado. Tão preocupante quanto o desgaste das relações humanas é o próprio negligenciamento da ciência médica, que diante disso tudo parece perder o fascínio. Sendo assim, o que temos em nosso cotidiano são pessoas robotizadas [inclusive nós mesmos], um enfraquecimento das relações pessoais, um descaso com a profissão médica [principalmente com os pacientes] e, por fim, uma ciência que, combatida por todos esses fatores, acaba por, paulatinamente, ir perdendo seu brilho. Problemas globais, mas que, na medicina, talvez pela presença conflitante da mais pura miséria e do sofrimento humano, tornam-se mais alarmantes. O comprometimento da qualidade de vida do interno de medicina não está nas inúmeras páginas a serem lidas ou nas várias horas dentro do hospital, mas sim na sensação de incapacidade diante de tudo isso.

Tal fato é observado no confronto do desejo à realidade de ser médico por Grosseman e Patrício (2004, p. 172):

Durante a formação acadêmica ocorreu uma quebra em seus sonhos. O ensino foi transmitido de forma técnica, na maior parte do tempo em sala de aula ou em ambiente hospitalar, preparando o estudante para o diagnóstico e a cura de doenças, bem como para o combate à morte. Ocorreram conflitos com o desejo de exercer o altruísmo. A vulnerabilidade do estudante foi usualmente, negada. Não houve espaço para o “ser” e o “sentir”, mas, sim, para o “ter o saber” e, ocasionalmente, o “fazer”.

Em relação à realidade encontrada, Grosseman e Patrício (2004, p.175) concluíram:

[...] Neste contexto, aqueles que haviam idealizado a figura do médico como um profissional altamente reconhecido social e financeiramente acabaram fazendo de sua vida uma constante busca por este ideal, entrando em uma “roda-viva”, com limitações de tempo disponível para viver outras dimensões da existência humana, que não a do trabalho, prejudicando sua qualidade de vida.

5.3 Categorias a posteriori – produção de sentidos e interpretação

5.3.1 Comunicação

A comunicação de notícias ruins na medicina tem se ancorado em referenciais das teorias comunicacionais. No entendimento de Watzlawick, Beavin e Jackson (1967) o estudo da comunicação humana compreende três áreas (sintática semântica e pragmática). Um de seus axiomas fundamentais é esse: a não-comunicação é impossível.

Objetivos educacionais relativos a questões comunicacionais são pertinentes ao campo da competência comunicacional (uma das competências previstas pelas diretrizes) e implicam treinamento focado nas técnicas e habilidades da comunicação humana. Propiciar aos alunos condições de adquirir habilidades para a ocorrência da comunicação entre pessoas possibilita instrumentalizá-los na sua práxis e nas suas discussões médico-pacientes (TAPAJÓS, 2007).

Dessa forma, um dos objetivos do módulo de desenvolvimento pessoal é treinar os alunos de medicina nessa área de competência. A seguir, os relatos que evocam esta categoria.

[E1]

Na maioria das vezes tenho facilidade de comunicação com os pacientes e com a equipe que trabalho, faço tudo para o local onde trabalho ser harmonioso.

[E3]

O contato direto e constante com o paciente nos faz refletir sobre como será o nosso futuro na profissão, nos ajuda a desenvolver habilidade de comunicação, pois nos deparamos com pacientes de variados perfis.

[E6]

Durante os momentos difíceis lembrava também das oficinas de comunicação, e vi o quanto são importantes. Me agarrava nestas às vezes.

E9

Analisando agora, enquanto escrevo, acho que é porque converso com eles de coração “mais aberto” e os trato de maneira mais íntima. Isso faz com que o paciente crie uma empatia por você. Este fato é muito recompensante, quando, ao chegar no leito do paciente, você é recebido com festa pelo mesmo.

E12

Já as facilidades variam de indivíduo para indivíduo e, no meu caso, tenho facilidade de dialogar com pacientes, funcionários e colegas e não sentir vergonha de perguntar quando uma dúvida aparece. Também não tenho dificuldade em comunicar óbitos e notícias difíceis.

5.3.2 Religiosidade

Em consonância com a literatura, um dos aspectos relacionados ao campo da qualidade de vida tem sido a religiosidade (TAVARES, 2001). A conclusão de um artigo de revisão sugere que a religião pode exercer papel importante na prevenção da doença, no enfrentamento da doença e na recuperação. Finda por recomendar aos médicos aprender a utilizar esta ferramenta dos pacientes (MATHEWS et al., 1998).

Os relatos confirmam a literatura citada.

[E2]

Conversava com ela e trazia revistas para distraí-la, dei uma bíblia para que ela pudesse buscar em Deus força para enfrentar aquela situação, rezava por ela e fazia todo o possível para orientar os familiares e ela própria, deixando-os cientes dos riscos. Nesses momentos, o que faço é conversar com meus amigos, com meus pais e rezar por eles [pacientes] para que sejam curados ou suportem a situação.”

[E5]

As únicas ferramentas que me fazem totalmente suficientemente seguro em utilizar são a minha fé religiosa e minha força de vontade em continuar tentando me livrar dessa barreira, tanto para minha futura profissão como para minha vida particular. Ter fé que Deus irá me ajudar nessa batalha, já que creio que ele nunca deixa um filho carregar um peso mais do que suporta e insistir em tentar ter relação com outras pessoas, principalmente com os pacientes [neste caso, aliado ao melhor conhecimento médico], são as ferramentas que tenho disponíveis.

[E6]

Rezava para esses dias passarem rápido, para parar de ver essas coisas horrendas citadas anteriormente. Procurava conversar com amigos sobre o que estava acontecendo e ir à missa para pedir a Deus para ajudar numa travessia dessas tão difícil.

[E10]

Outra coisa me conforta: a espiritualidade, fé pessoal/religião em certos momentos.

5.3.3 Solidariedade

Em seu artigo, Rocha e Siqueira (2009) falam de experiências solidárias de educação e da saúde vivenciadas por iniciativa dos próprios estudantes. Estas, advogam, por incentivarem um mergulho na realidade social, favorecem o desenvolvimento da consciência do outro e, portanto, da cidadania.

Diferente da psicanálise, porém, a saúde descobriu nos determinantes sociais ao longo do século XX um campo propício de exploração e no sujeito histórico, contingente, a possibilidade ou não da participação na mudança daqueles. Daí a valorização da cidadania, formação identitária como uma posição escolhida e como tal flexível, dialetizável, promissora de mudanças e susceptível a intervenções em níveis educacionais, por exemplo (ROCHA; SIQUEIRA, 2009).

A formação da identidade e cidadania é um conceito-chave para a qualidade de vida de estudantes de medicina. Como eles formam esse conceito – papel de médico? De interno?

Acredita-se que a produção de sentidos se dê de forma histórica e social. Logo, dialógica: a instituição, as relações estabelecidas entre os atores, a posição tomada diante desses fatos. A seguir, alguns repertórios escolhidos no espaço proporcionado pela universidade em discussão.

[E1]

No futuro, pretendo sempre ter uma parte da minha semana para atender a população menos favorecida, não porque um concurso público é bom, mas para poder ajudar um pouco mais essa parte da população.

[E6]

Pretendo manter este ritmo de estudos (4 h) e dedicação para meus pacientes e no decorrer do internato decidir minha especialização, o que eu gosto mais, onde quero morar, mais retorno financeiro, pra poder levar uma vida saudável, ajudando a quem precisa e nunca fazendo besteiras como as que vi .

[E9]

O que eu sinto falta, no entanto, [lembrando que estou falando quase exclusivamente do serviço de clínica médica] é

de médicos mais humanizados, que saibam conviver mais com as angústias dos pacientes [...].

E12

Planos para o futuro: fazer residência de clínica médica e oncologia clínica e fazer trabalho social com idosos.

5.4 WHOQOL e narrativas

Podemos correlacionar os escores do domínio psicológico, comparáveis aos das médias nacionais e, inclusive, mais baixos, com os relatos das narrativas. Um dos quesitos desse domínio diz respeito à frequência de sentimentos negativos. Em quase todos os relatos as falas demonstraram tristeza, frustração e raiva.

A justificativa para tais sentimentos decorreu, sobretudo, da sensação de impotência em ajudar o paciente. Num porque seu conhecimento não é legitimado, mesmo quando ele está correto, noutra porque a equipe não ajuda (enfermagem, laboratório, residentes), noutras porque ainda não sabe o suficiente para poder tratar o paciente e não encontra um ambiente propício para o melhor desenvolvimento desse conhecimento. A fala a seguir sintetiza as falas de muitos deles:

[E13]

Frustração é a principal sensação negativa deste serviço. [...] A minha enfermagem tem um potencial enorme. Lá aparecem muitos casos das mais variadas etiologias. Se tivesse alguém que organizasse e dividisse melhor as tarefas, o aprendizado triplicaria e a carga emocional seria melhor distribuída.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa abordou o tema da qualidade de vida dos estudantes de medicina, longe de esgotar tema tão amplo, a partir de algumas categorias que contemplam a educação médica, a educação em saúde que enriqueceram o contexto da relação médico-paciente.

O emponderamento, por exemplo, traz em seu esteio o conceito de cidadania, identidade e coloca no centro da ação o educando e a flexibilidade dessa construção, sujeita ao contexto sociocultural.

Tal posicionamento pôde ser revelado com as metodologias das ciências sociais emprestadas para o campo da saúde. Isto nos ajudou a refletir sobre o processo educativo atual no campo da saúde ao destacar as peculiaridades do contexto gerado pela dialogia.

Dessa forma, no encontro com a doença, buscamos destacar a saúde e, em relação ao sofrimento, as possibilidades criadoras, as estratégias de enfrentamento.

Partimos de uma indagação de como avaliar aspectos tão subjetivos e perguntamos ao final como se constroem parâmetros empíricos. Para a primeira, o instrumento da OMS utilizado contemplou a avaliação ao tornar comparável com os dados nacionais e corroborar dificuldades enfrentadas em todas as universidades do Brasil. E em relação à segunda, buscando dados específicos das vicissitudes da vivência do internato na instituição em discussão.

Pelos resultados do WHOQOL-Bref, quanto à percepção de qualidade de vida geral, 48 % referiram ser boa e 30% nem ruim, nem boa. É possível inferir que o futuro médico iniciará sua vida profissional com um referencial de QV necessitando de reorientação para não adoecer.

Das médias, sobressai a relativa ao domínio físico (63,93), seguida do domínio psicológico (62,42), social (62,00), enquanto a mais desfavorável foi a ambiental (60,86). Para futuras comparações, é importante conhecer os níveis da população. Dessa forma, acompanhar prospectivamente ao longo do curso com a finalidade de avaliar qual o comportamento dos domínios com vistas a apontar facilidades e dificuldades que poderão ser melhor exploradas pela pesquisa qualitativa e outros instrumentos de avaliação de estresse e psicopatologia, por exemplo.

Assim, a pesquisa do campo da saúde poderia subsidiar medidas preventivas educacionais na universidade, por exemplo.

É importante destacar como alguns aspectos do domínio psicológico demonstrativos da existência frequente de sentimentos negativos são coerentes com os relatos das narrativas. O recorte da relação interno-paciente foi particularmente feliz para evidenciar as dificuldades e facilidades dessa tarefa.

Por um lado, ressaltou as dificuldades externas com as quais começam a se deparar e, por outro, deu visibilidade a fontes de dificuldade pessoais atualizadas nesse cenário e às estratégias inábeis usadas para o enfrentamento.

A investigação permitiu perceber a existência de fatores emocionais – sentimentos de raiva, tristeza, frustração e abandono são os mais comumente descritos – advindos de dificuldade pessoal, identificação com parentes próximos e abuso.

Segundo afirmaram, os pacientes mais difíceis de abordar são aqueles que lembram pessoas queridas, os terminais, os reinvidicantes, os idosos com muitas comorbidades, os que chegam graves por terem sido mal conduzidos, as condições miseráveis da população.

Na tarefa de assisti-los, os impasses éticos se refletem na supervisão insuficiente e sobretudo no fato de não poderem realizar o ato mesmo quando sabem o que seria correto e o sentimento de frustração proveniente das consequências trágicas.

Outros refletem a respeito dos ensinamentos de Hipócrates sobre o papel do médico diante da morte – “o papel de médico é também consolar e aliviar a dor quando não há possibilidades terapêuticas”. Aqui o ensino sobre a comunicação de notícias difíceis, sugerido por determinado estudante, “vi médico comunicar morte como se fosse uma gripezinha”, parece proporcionar um olhar crítico e um reforço da aprendizagem mediante um contraexemplo.

E nesse âmbito também, mesmo quando refletem de maneira madura e responsável sobre o verdadeiro papel do médico, as respostas com que contam ainda trazem impasses. Um exemplo é o sentimento de frustração em face dos pacientes que não cumprem o tratamento. Diante dos pacientes que se recusam a seguir as orientações, “surge um sentimento de angústia, às vezes, até raiva, que passa a prejudicar a relação médico-paciente. Esses sentimentos derivam de um outro, a falta de capacidade de convencimento para que o paciente siga suas orientações”. Revelam-se, assim, impasses daquilo que ele encara como a ética médica em ação.

Propiciar um espaço onde outras ferramentas pudessem ser ofertadas para a condução desses casos com negociações promotoras de investimentos mútuos pode proporcionar algo além do “lavar as mãos”, solução sentida como frustrante para o estudante em discussão.

Quanto às atitudes, há a satisfação de “ser recebido com festa” pelo paciente com quem desenvolveu um vínculo e empatia. Alguns se mostram capazes com a ajuda dos conhecimentos de comunicação, utilizar o vínculo terapêutico.

Nesse cenário onde se convive com doentes terminais, sentimentos de compaixão são despertados: “Foi a minha primeira perda num ambiente onde se

formam laços”. Promover espaço para a valorização da empatia seria uma boa medida para prevenir *burnout*.

Outros inclusive explicitam como se utilizam do vínculo de confiança e do contato interpessoal (“acho que com eles falo de coração mais aberto”) para ajudar na recuperação do paciente.

Uma estudante estabelece sucintamente uma atitude favorável a ambos: “Crio uma boa relação médico-paciente, mas com limites, sabendo a hora de avançar e de recuar”.

O que a pesquisa nos proporcionou a partir do método escolhido (narrativas) foi observar a riqueza das reflexões e dos relatos e arriscar supor que a possibilidade propiciada pela pesquisa deu visibilidade a uma capacidade reflexiva rica e madura sobre o encontro interno-paciente. Neles já se desenha a utilização da relação médico-paciente e a percepção deles sobre os papéis que devem assumir neste encontro.

Ao escutar esses depoimentos, é possível tornar claro para a comunidade de internos da universidade em discussão a relevância de estratégias que enfoquem uma medida adequada do uso dessa droga chamada médico, foco dos Grupos Balint, proposta da pesquisadora como projeto de extensão.

Tal medida, que aparece no acontecer do vínculo terapêutico vivenciado como processo, que o internato, com todas as suas limitações, proporcionou a alguns deles.

Entre as principais dificuldades encontradas no sistema de saúde onde realizam seu treinamento, há queixas sobre a qualidade do ensino, a falta de preceptores, residentes “medíocres”, especialistas “desinteressados”, enfermagem “impessoal”, num ambiente que dispensa pouca atenção às “dores físicas e emocionais dos pacientes”, o que sobrecarrega emocionalmente a tarefa assistencial.

Os depoimentos refletem ainda a maneira como os alunos lidam entre si, seus superiores e o paciente. Como mostramos, a estratégia de *coping* mais problemática e infelizmente mais adotada sobretudo com os extremos de idade são evitamento, “às vezes sou um pouco frio”, ou uma aceitação do papel que o responsável pela criança atribui ao problema, não se motivando a promover saúde.

Algumas alternativas culturalmente internalizadas são problemáticas: “O estudante-médico se arma do receituário no qual prescreve sintomáticos e algum

complexo vitamínico para dar credibilidade às queixas maternas, mas se esquece de enfatizar que o tratamento é primordialmente reeducação de hábitos”.

Podemos refletir sobre as dificuldades de assumir o papel de promover saúde, competência médica muito bem ilustrada nos desdobramentos do exemplo mencionado, uma vez que até o próprio interno se aborrece de ver que o ato em tais casos devia ser “pedagógico e não médico”.

Como suportes principais referiram os colegas internos, os exemplos familiares e a opinião de “alguém de fora”. Citam a família como um julgamento mais desinteressado, tendo em vista estar fora da situação. A religiosidade e a comunicação foram ferramentas usadas para a utilização do vínculo com o paciente de sucesso. Intervir nas dinâmicas desses grupos de internato pode ser uma maneira interessante de promover estratégias eficazes de manejo de situações difíceis.

Nesse cenário, a qualidade do ensino e o abuso moral são vistos por quase todos eles como as maiores fontes de estresse da tarefa assistencial. E ambas as situações são preveníveis. Fornecer treinamento a esses preceptores pode ser uma medida favorável.

Concluimos: o instrumento adotado para tanto foi capaz de gerar dados pertinentes aos aspectos contextuais, sociais e históricos que permeiam o encontro interno-paciente percebidos individualmente como geradores de sofrimento.

Dessa forma, para além das tentativas bem ou mal-sucedidas de *coping*, revela posicionamentos dos estudantes flexíveis e, portanto, passíveis de mudança através da cidadania responsável e autônoma.

A reflexão e muitas vezes catarse viabilizada pelas narrativas conseguiu cumprir o intento de demonstrar aspectos da interação interno-paciente com os atravessamentos pessoais, da instituição e da cultura na qual estão inseridos. Desse modo, pode subsidiar medidas docentes para a promoção de qualidade de vida de maneira mais específica a esse momento da formação. Entre elas, ensinar a identificar os sinais de estresse, bem como criar espaços onde seja possível valorizar a empatia e estimular a reflexão sobre os impasses éticos como forma de prevenir *burnout* nessa população.

Ressaltamos, ainda: lançar a importante questão de qual o espaço que a universidade pode ocupar na cultura institucional com vistas a promover a formação de cidadãos com o perfil de médico por ela preconizado.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, A. T.; SOMMERMAN, A.; ALVAREZ, A. M. e S. Congressos Internacionais sobre Transdisciplinaridade: reflexões sobre emergências e convergências de idéias e ideais na direção de uma nova ciência moderna. **Saúde Soc.**, v. 14, n. 3, p. 9-29, set./dez. 2005.

BALDASSIN, S. ALVES, T. C. de T. F., ANDRADE, A. G., NOGUEIRA-MARTINS, L. A. N. M.. The characteristics of depressive symptoms in medical students during medical education and training: a cross-sectional study. **BMC Medical Education**, v. 8, p. 60, 2008.

BALDASSIN, S. O desgaste do internato – o nascimento do coping de um médico. In: GUIMARÃES, K. B. dos S. **Saúde mental do médico e do estudante de medicina**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 54.

BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. 2. ed. Tradução de Roberto de Oliveira Musachio. São Paulo: Atheneu, 2007.

- BALINT, J.A.; SHELTON, N. W. Understanding the dynamics of the Patient–physician relationship: balancing the fiduciary and Stewardship roles of physicians. **Am. Journ. of Psych.**, v. 62, n. 4, Dec. 2002.
- BENBASSAT, J.; BAUMAL, R. Enhancing Self-Awareness in Medical Students: An Overview of Teaching Approaches. **Acad. Med.**, v. 80, p. 156-161, 2005.
- BERTEN, A. **Filosofia social**: a responsabilidade social do filósofo. Trad. de Márcio Anatole de Souza Romeiro. São Paulo: Paulus, 2004.
- BERLIM, M. T.; FLECK, M. P. de A. “Qualidade de vida”: um novo conceito para a pesquisa e prática em psiquiatria. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 25, n. 4, p. 249-252, 2003.
- BOTEGA, N. J. **Prática psiquiatra no hospital geral**: interconsulta e emergência. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação superior. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Resolução CNE/CES 4/2001. **Diário [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p.38
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HUMANIZASUS**: política nacional de humanização. Documento-base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2006.
- BRITO, A. X.; LEONARDOS, A. C. A identidade das pesquisas qualitativas: construção de um quadro analítico. **Cadernos de Pesquisa**, v. 113, p.7-38, jul. 2001.
- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.
- CANCLINI, Nestor G. **Consumidores e cidadãos**: conflitos multiculturais na globalização. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1995.
- CALVERT, M. J.; SKELTON, J. R. The need for education on health related-quality of life. **BMC Med. Educ.**, v. 8, p. 2, 2008.
- COELHO NETO, A.; ARAÚJO, A. L. C. **As dimensões da vida**. Fortaleza: ABC Fortaleza, 1998.
- COSTA, C. **Filosofia da linguagem**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Edltor, 2002.
- COSTA, M. S. **Idosos em hemodiálise**: processos adaptativos em face das repercussões do tratamento. 2007. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

DEMO, P. **Introdução à metodologia da ciência**. São Paulo: Atlas, 1987.

DOMINGUES, I. (Org.). **Conhecimento e transdisciplinaridade**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2001.

DORIA FILHO, U. **Introdução à bioestatística**: para simples mortais. São Paulo: Negócios, 1999.

ENGEL, G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**, v. 196, p. 129-136, 1977.

EPICURO. **Carta sobre a felicidade**: (a Meneceu). Tradução de Álvaro Lorencini e Enzo Del Carratore. São Paulo: Editora UNESP, 2002.

FAGNANI NETO, R.; OBARA, C. S.; MACEDO, P. C. M.; CÍTERO, V. A.; NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Clinical and demographic profile of users of a mental health System for medical residents and other health professionals undergoing training at the Universidade Federal de São Paulo. **São Paulo Med. J.**, v. 122, n. 4, p. 152-157, jul. 2004.

FERRAZ, R. B. et al. Felicidade: uma revisão. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 34, n. 5, p. 234-242, 2007.

FIEDLER, P. T. **Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica**. 2008. 266 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

FLECK, M. P. de A. et al. **A avaliação de qualidade de vida**: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FLECK, M. P. de A.; LEAL, O. F.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de vida do OMS (WHOQOL-100). **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 21, n. 1, p. 19-28, jan./mar. 1999.

FLECK, M. P. A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev. Bras. de Saú. Púb.**, v. 34, n. 2, p. 178-183, abr. 2000.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Tradução de Joice Elias Costa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FREUD, S. Conferências introdutórias sobre Psicanálise. Parte III: Teoria geral das neuroses. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. 16.

GAVIOLI, M. de A. *et al.* Formando grupos no internato: critérios de escolha, satisfação e sofrimento psíquico. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 33, n. 1, p. 8, jan./mar. 2009.

GOLDBAUM, M. Qualidade de vida e saúde: além das condições de vida e saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, jan. 2000.

GOMES, A. M. de A.; RUIZ, E. M. Vida e morte no cotidiano: reflexões com o profissional da saúde. Fortaleza: Editora UECE, 2006.

GROSSEMAN, S.; PATRÍCIO, Z. M. **Do desejo à realidade de ser médico: a educação e a prática médica como um processo contínuo de construção individual e coletiva.** Florianópolis: Ed. UFSC, 2004.

GUIMARÃES, K. B. dos S. (Org.). **Saúde mental do médico e do estudante de medicina.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

HILTON, S.R.; SLOTNICK, H. B. Proto-professionalism: how professionalization occurs across the continuum of medical education. **Med. Educ.**, v. 39, p. 58-65, 2005.

JOHNSON, W.D.K. Predisposition to emotional distress and psychiatric illness amongst doctors: the role of unconscious and experimental factors. **Br J Med Psychol**, **64**: 317-329, 1991.

JOHNSON, A. H. The Balint Movement in America. **Fam. Med.**, v. 33, n. 3, p. 174-177, Mar. 2001.

KÖCHE, J. C. **Pesquisa científica: critérios epistemológicos.** Petrópolis: Vozes, 2005.

LACAN, J. **O Seminário Livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da Psicanálise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985. Texto original publicado em 1978.

LIMA, M. C. O.; MESSIAS, E.; CARVALHO, A. F. A. Qualidade de vida do estudante de medicina. In: GUIMARÃES, K. B. dos S. **Saúde mental do médico e do estudante de medicina.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 77.

MARION, L. Balint groups: An Australian perspective. **Aust. Fam. Physician**, v. 35, n. 8, p. 639-342, Aug. 2006.

MATHEWS, D. A., et al. Religious Commitment and Health Status A Review of the Research and Implications for Family Medicine **Arch Fam Med.** 1998;7:118-124.

MILLAN, L. R. **Vocação médica e gênero: um estudo com primeiranistas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.** 2003. 294 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

MINAYO, M. C. de S.; HARTZ, Z. M. de A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 5, n.1, p. 9, 2000.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MORENO, A. B. et al. Propriedades psicométricas do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde no estudo pró-saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2585-2597, dez. 2006.

MORIN, E. **O Problema epistemológico de complexidade**. Lisboa: Europa-América, 1985.

MORIN, E, CIURANA, E., MOTTA, R. **Educar na era planetária**: o pensamento complexo como método de aprendizagem pelo erro e incerteza humana. Brasília: Cortez, 2003.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. **Residência médica**: um estudo prospectivo sobre dificuldades na tarefa assistencial e fontes de estresse. 1994. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1994.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Saúde Mental do Médico e do Estudante de Medicina. **Psychiatry On-line Brazil**, n. 1, p. 73, 1996.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A.; [FAGNANI NETO, R.](#); [MACEDO, P. C.](#); [CÍTERO, V. A.](#); [MARI, J. J.](#) The mental health of graduate students at the Federal University of Sao Paulo: a preliminary report. **Braz. J. Med. Biol. Res.**, v. 37, n. 10, p. 1519-1524, 2004.

PEREIRA, A.M.T.B. Org. **Burn out**: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

ROCHA, G. W. de F.; SIQUEIRA, V. H. F. de. Práticas sociais de estudantes de medicina na universidade pública: celebrações, eventos e cidadania. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 149-165, mar./jun. 2009.

SHALL, V. A.; STRUCHINER, M. Editorial; Educação em Saúde: novas perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, supl. 2, p. 4-5, 1999.

SPINK, M. J. **Práticas discursivas e produção de sentimentos no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 1999.

TAPAJÓS, R. A comunicação de notícias ruins e a pragmática da comunicação humana: o uso do cinema em atividades de ensino/aprendizagem na educação médica. **Interface**, v. 11, n. 21, p. 166, 2007.

TAVARES, J. (Org.). **Resiliência e educação**. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2001.

THOMAS, M. R. et al. How do distress and well-being relate to medical student empathy? A multicenter study. **Society of General Internal Medicine**, v. 22, p. 177-183, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. **Projeto pedagógico**: currículo do curso de medicina. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2001.

VAILLANT, G. E.; SOBOWALE, N. C.; MCARTHUR, C. Some psychologic vulnerabilities of physicians. **N. Engl. J. Med.**, v. 24, n. 8, p. 372-375, Aug. 1972.

VEIGA NETO, A. De geometrias, currículo e diferenças. **Educação & Sociedade**, ano 23, n. 79, p. 178, ago. 2002.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. de N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto alegre: Tomo Editorial, 2000.

VIEIRA, J. E.; ELIAS, P. E. M.; GODOY, G. R.; NUNES, M. do P. T. **Qualidade de vida pelo uso do questionário de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL) entre estudantes de primeiro ano**. 2004. Apresentação oral no XLII Congresso Brasileiro de Educação Médica Vitória, 2004.

ZONTA, R.; ROBLES, A. C. C.; GROSSEMAN, S. Estratégias de enfrentamento do estresse desenvolvidas por estudantes de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina. **Rev. Bras. de Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 150, 2006.

WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J. H.; JACKSON, D. D. **Pragmática da comunicação humana**: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação. Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 1967.

WHOQOL GROUP. The development of the Health organization quality of life assesment instrument (the WHOQOL). In: ORLEY, J.; KUYEN, W. (Ed.). **Quality of life assessment**: international perspectives. Heidelberg: Springer Verlag, 1994. p.41.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre QUALIDADE DE VIDA DOS INTERNOS DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – SOBRAL/CEARÁ. Sua participação é importante, porém, você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos. A qualidade de vida dos acadêmicos de medicina vem preocupando os professores, portanto esta pesquisa tem como objetivo: aferir a qualidade de vida dos internos do Curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará/Sobral, com enfoque no desenvolvimento pessoal. Necessitamos de sua valiosa colaboração em aceitar responder a um questionário e escrever um depoimento com questões abertas. O seu nome não será divulgado e serão respeitadas suas crenças e sua cultura. Você não corre perigo ao dar as informações solicitadas, que são de interesse dos profissionais que estudam o assunto. Durante a pesquisa, se por qualquer motivo desistir, tem toda liberdade para retirar o seu consentimento sem nenhum prejuízo Sua colaboração poderá trazer benefícios para os alunos de Medicina. Em caso de dúvidas, favor entrar em contato com a pesquisadora.

Endereço d(os,as) responsável(eis) pela pesquisa:

Nome: Trícia Feitosa Nogueira

Instituição: Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Oriano Mendes, 57. Centro, Sobral – Ceará.

Telefones p/contato: 88) 36955247 ou pelo celular (88) 92182830

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará

Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo

Telefone: 3366.8338

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO ou

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE: Tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO. Fortaleza,

Nome e Assinatura do(s) responsável(eis) pelo estudo

Nome do profissional que aplicou o TCL

APÊNDICE B – Perguntas para escrita dos depoimentos

Qual o perfil de paciente que traz mais dificuldades no tocante aos aspectos emocionais do interno?

Quais as ações que você desenvolve junto aos pacientes com o perfil anteriormente referido?

Como você interage com eles?

O que lhe dá suporte nas dificuldades emocionais geradas no atendimento citado? Por exemplo, alguma ferramenta pedagógica, outros colegas, etc.? Como eles surgiram e foram utilizados?

Destaque dificuldades e facilidades na prática do internato.

Quais os seus planos para o futuro exercício da carreira?

APÊNDICE C – Narrativas na Íntegra

E 1

O paciente que tenho maior dificuldade de abordar é aquele que reclama de tudo, o poliqueixoso, porque me leva a pensar que algumas queixas são inventadas e começo a ficar sem paciência. O que também me tira a paciência é pacientes e acompanhantes que reclamam todo o tempo da estrutura do serviço público, já que o médico não tem culpa disso. Tenho também dificuldade de trabalhar com pacientes idosos, por causa da minha avó que passou por um problema grave de saúde ultimamente e às vezes transfiro isso para os pacientes que atendo me envolvendo muito emocionalmente. Diante desses fatos tento ter calma com os pacientes que me aborrecem, o que é um bom teste de paciência e tento nunca tratar mal estes. E quanto aos idosos, tento, me envolver menos emocionalmente para não atrapalhar a conduta. A maneira como trato os pacientes, principalmente esses mais difíceis para mim, foi bastante influenciada pelos módulos de desenvolvimento pessoal que tive na faculdade e nos exemplos bons que tenho dos meus professores e preceptores. As atitudes ruins destes também me ajudam, pois descarto como não devo agir. Minha mãe é assistente social e a educação que ela me deu e o exemplo de com ela trabalha me influenciaram. Acho que a mistura de tudo isso faz a minha maneira de ser. No internato, tenho dificuldade de lidar com pessoas arrogantes que gostam de impor sua opinião, pois muitas vezes não consigo demonstrar que não gosto disso, fico apenas frustrada, sem revidar. Também não gosto de ver que muitas vezes as pessoas não têm um bom acesso à saúde, ou esse acesso é tardio causando um prejuízo à saúde dessas pessoas. Na maioria das vezes tenho facilidade de comunicação com os pacientes e com a equipe que trabalho, faço tudo para o local onde trabalho ser harmonioso. Ultimamente, me observando repare que às vezes tenho sinais e sintomas vagos e resolvi não mais desprezar todo e qualquer sintoma ou sinal de um paciente., Pretendo levar isso para minha prática futura. No futuro, pretendo sempre ter uma parte da minha semana para atender a população menos favorecida, não porque um concurso público é bom, mas para poder ajudar um pouco mais essa parte da população. Pretendo também lidar melhor com situações emotivas como algum paciente que me lembre algum familiar ou a morte de algum paciente que me abale.

E2

Minha vida como interno tem sido um misto de aspectos bons e ruins. Passei assumir responsabilidades grandes, quase a de um médico, ao mesmo tempo que muitas vezes sou tratado como um mero iniciante da faculdade de medicina. Iniciei pela Clínica Médica. Esse setor da clínica sempre foi muito mal falado, mas é só presenciando mesmo para se ter noção da deficiência. O que me deixou feliz e menos preocupado foi ter podido passar 3 meses em outra instituição, ou seja, metade da clínica médica posso dizer que fiz bem feita. Mas este setor, mesmo com suas deficiências [...] pode nos dar lições e aprendizados para a vida médica. Ela me mostrou qual o tipo de paciente que era mais difícil de lidar, aquele que muitas vezes me angustiava e trazia tristeza. Essa descoberta veio quando peguei um leito em que se encontrava uma jovem de mais ou menos 20 anos, puérpera e que não tinha tido oportunidade ainda de amamentar porque saiu do parto para ser internada e investigar uma hepatomegalia que deformava seu abdome de tal forma que parecia estar ainda grávida. Após muita investigação, biópsia, TC, conversas com oncologista clínico e cirúrgico, optou-se pela retirada do que parecia ser um tumor hepático, com acometimento de linfonodos. Antes da cirurgia, tentei passar segurança, apesar de estar muito inseguro quanto a conduta, já que estava em risco a vida de uma jovem mãe. Conversava com ela e trazia revistas para distraí-la, dei uma bíblia para que ela pudesse buscar em Deus força para enfrentar aquela situação. Ela foi para a cirurgia e, ao abri-la a invasão tumoral estava tão extensa que o próprio oncologista falou que se fosse nos Estados Unidos, nem mexeriam e a fechariam novamente. Mas ele, creio que numa atitude heróica, tentou

ressecar o tumor. Contudo, a paciente não resistiu e faleceu. Fiquei muito triste, chorei por ela, e essa foi minha primeira perda de um paciente na enfermaria, que é uma ambiente em que desenvolvemos laços afetivos, diferente da emergência, quando já pegamos o paciente perto da morte. Portanto, toda essa situação me mostrou que aqueles pacientes jovens com câncer, ou sequelados por acidente ou tumor são aqueles com os quais tenho mais dificuldade. Creio que é porque acabo me identificando e me colocando no lugar deles e vendo como seria difícil para mim passar por aquela situação que eles vivem. Nesses momentos, o que faço é conversar com meus amigos, com meus pais e rezar por eles [pacientes] para que sejam curados ou suportem a situação. As maiores dificuldades de um interno creio que sejam ter de muitas vezes assumir função de médico e ao mesmo tempo servir de mão-de-obra para facilitar a vida de médicos e residentes, como ter de evoluir 10 pacientes em uma manhã de final de semana por puro egoísmo e até comodidade dos residentes, pois [em outra instituição], os serviços são divididos igualmente entre residentes e internos, ganhando os dois e o paciente, que é melhor visto. Pois evoluir 10 pacientes numa manhã é desumano e claro que vão ser mal vistos, quando são vistos. Ainda tenho dúvidas quanto à especialidade, na verdade, subespecialidade, já que quero ser pediatra e pretendo ter meu consultório, mas me dedicar a outras coisas, já que a medicina está ficando desprestigiada pela abertura descontrolada de universidades e vinda de pessoas formadas em faculdades de outros países de qualidade bem inferior.

E3

O período do internato está sendo muito bom, de grande proveito, embora seja cansativo. É o período mais importante, dentro do curso de medicina, para o desenvolvimento do aluno como profissional, como pessoa e para o desenvolvimento das habilidades que a profissão exige. O contato direto e constante com o paciente nos faz refletir sobre como será o nosso futuro na profissão, nos ajuda a desenvolver habilidade de comunicação, pois nos deparamos com pacientes de variados perfis. O perfil de pacientes que mais tenho dificuldade de abordar, por me envolverem emocionalmente, são geralmente pacientes nos extremos de idade [idosos ou crianças] com estado de saúde muito comprometido e que não têm os cuidados que necessitam da família. Geralmente, nesses casos, não há muito o que se fazer, além de dispensar os cuidados que o paciente precisa. O que faço é tentar conversar com o cuidador (sendo da família ou não) para explicar os cuidados que o paciente necessita e tento conscientizá-los de que a vida e o bem-estar de tal pacientes, depende do cuidado deles. Nessas situações, tento não demonstrar que a situação do paciente mexeu com o meu emocional. Tento ser neutra em todas as situações e não demonstrar mudanças de humor; quando me vejo em situações em que o paciente mexe emocionalmente comigo [tristeza, dó], percebo que a grande maioria dos profissionais já não são mais afetados como eu. Até mesmo alguns colegas não têm a reação à situação parecida com a minha. Então, na grande maioria das vezes, procuro suporte com outros amigos, família e namorado, que não são da área da saúde. Percebo que eles são mais compreensivos e têm a reação mais parecida com a minha. Uma ferramenta que tenho usado bastante para não me envolver emocionalmente com pacientes que tenham dificuldade é tentar "fugir" deles. Quando digo "fugir" não me refiro a negar atendimento, mas dispensar os cuidados necessários e barrar qualquer tipo de aproximação que o paciente não precise. A grande dificuldade que enfrento na prática do internato é falta de tempo livre para estudar. Muitas vezes, sinto como se eu fosse usada como uma mão de obra gratuita, pela instituição e por muitos médicos e *staffs*, que algumas vezes só exigem o nosso trabalho, sem dar em troca o conhecimento. Creio que outras dificuldades que enfrentamos, com boa vontade e trabalho, são superadas. Fora isso, considero o internato como uma grande fonte de aprendizado da prática médica. Há muitos *staffs* e residentes (alguns, não todos) comprometidos com nosso aprendizado e formação médica. Meus planos para o futuro são o de fazer minha residência de GO e, depois, voltar para minha cidade de origem, onde minha família mora e, quem sabe, no futuro, retornar para Sobral.

E4

O internato, como estágio da vida acadêmica, coloca o estudante bem próximo da realidade ao se expor a um paciente com suas peculiaridades, diferente, em absoluto, de uma prova com casos clínicos ou provas de residência. Dentre todas as peculiaridades percorridas no internato, o atendimento ao paciente pediátrico se apresenta como um grande, senão o maior desafio. Situação esta em que o estudante tem de lidar com dois personagens: Primeiro é a figura do paciente, aqui simbolizado pelo pré-escolar, já com convicção formada de ver o hospital um dos piores locais para se fazer o que se deseja, além de ter um homem sério que o ignora durante a conversa inteira até o clímax de lhe despir, deitar, ouvir, palpar e introduzir objetos em suas orelhas e boca; segundo tem-se a figura do acompanhante, representada pela mãe, cheia de anseios que a impelem a perguntas em série, quase como metralhar alguém condenado à morte e sem permitir que o paciente aceite o mínimo de tranquilidade no ambiente. O estudante vê na mãe, mais o paciente que na própria criança, que por seu desejo de experimentar algo novo não demonstra nenhuma alteração em seu estado geral. Então, com a consulta em andamento, mas já próximo do desfecho, o estudante inicia o trabalho de catequese da mãe que em grande parte das consultas pediátricas representa peça importante no desenvolvimento da patologia e, para isto, o estudante-médico se arma do receituário no qual prescreve sintomáticos e algum complexo vitamínico para dar credibilidade às queixas maternas, mas se esquece de enfatizar que o tratamento é primordialmente reeducação de hábitos. A figura do mestre é muitas vezes virtual, pois a recorrência de casos índice em que a patologia vem mais da percepção materna que de algo objetivo ou achados clínicos no próprio paciente torna o exercício da profissão mais um procedimento pedagógico que um ato médico.

E5

O perfil de pacientes que mais me trazem dificuldades são aqueles que precisam de uma relação médico-paciente mais próxima, como os psiquiátricos ou os terminais. Não sou muito bom em me relacionar com as pessoas, e quando elas precisam que eu participe mais[...] no seu [...] psicológico, tenho uma dificuldade muito grande em lidar com a situação. Para tentar driblar essa dificuldade, tento agir o mais naturalmente possível, embora tente a todo instante esconder essa dificuldade. O fato de ter de conversar com o paciente é muito sacrificante, mas tento agir com bom senso e imparcialidade, aliados a conhecimentos técnicos, evitando, assim, uma proximidade muito grande ou além do necessário emocionalmente. Confesso que em alguns momentos, apesar de sempre tentar ser educado com o paciente, sou um tanto frio. Essas dificuldades, na verdade, são de fato íntimas, ou seja, não são exclusivas da relação com os pacientes. Tenho dificuldades de me relacionar com as pessoas em geral. As únicas ferramentas que me fazem totalmente suficientemente seguro em utilizar são a minha fé religiosa e minha força de vontade em continuar tentando me livrar dessa barreira, tanto para minha futura profissão como para minha vida particular. Ter fé que Deus irá me ajudar nessa batalha, já que creio que ele nunca deixa um filho carregar um peso mais do que suporta e insistir em tentar ter relação com outras pessoas, principalmente com os pacientes [neste caso, aliado ao melhor conhecimento médico], são as ferramentas que tenho disponíveis. O internato é uma fase deste curso com uma série de dificuldades. Para isso, a estrutura hospitalar daqui é muito difícil, profissionais desinteressados e de pouca qualidade técnica também são muitos. Administração que ainda não entende ou que não quer entender o que é um hospital de ensino, aliado à burocracia excessiva. Relações pessoais em todos os níveis é o fim de todos os problemas, principalmente entre os colegas internos, o espírito de equipe é muito deficiente. Fica a impressão de que é “cada um por si e Deus por todos”. De facilidade, sinceramente, vejo muito pouco. Temos pouco tempo para estudar, mas forçados a cobrir a demanda do hospital, em detrimento do nosso melhor aproveitamento acadêmico. Outros serviços fora deste hospital também não atendem às nossas necessidades a contento. Meus planos são tentar uma residência médica. Se não conseguir, trabalhar como médico em algum lugar, que eu ainda não sei, pra ganhar algum dinheiro e conseguir minha

independência financeira. Depois, no fim do próximo ano, tentar novamente uma residência médica. Quero ser um grande profissional, como a maioria de nós queremos, para ser respeitado e admirado, principalmente pela minha família.

E6

Iniciei meu internato em janeiro de 2009 pelo serviço da clínica médica, o qual considero o mais importante para a formação médica em termos de conhecimento técnico-científico. Comecei o internato ansioso para consolidar e relembrar conceitos e temas antes abordados, além de finalmente aprender a prescrever, tratar as mais variadas situações clínicas. Por causa dessa empolgação, comecei meu internato em dezembro de 2008 (férias do s8) com estágio voluntário no setor de clínica médica [outra instituição]; adorei a experiência, pois lá vi o exercício da medicina de uma forma excepcional, residentes e internos comprometidos com os pacientes, ânsia de “fazer ciência” e discutir casos e diagnósticos diferenciados, residentes preparados pra assumir uma enfermaria, humildes e interessados em aprender e ensinar o interno, e o mais importante, *staffs* com o único interesse de ensinar seus alunos, além de, claro, cuidar dos pacientes, os *staffs* tinham domínio total do conhecimento, a meu ver, mas o mais impressionante é a vontade de sempre aprender mais e a humildade. Quando voltei, fui logo para a enfermaria da clínica médica. Fui do céu para o inferno literalmente. Cheguei num local onde os pacientes estavam entregues a sua sorte e a Deus, sem nenhum suporte, condutas erradas, desinteresse médico, [...]. Neste contexto, fui obrigado a evoluir seis pacientes por dia, sem supervisão, pacientes graves, geralmente idosos, baixa renda, sem acompanhantes e com múltiplas comorbidades, estes pacientes não sobreviviam uma semana [no serviço em discussão], pois: não se conseguia chegar a um diagnóstico correto, condutas erradas, descaso por parte dos médicos, falta de estrutura no hospital, pacientes passavam a noite sem médico, só sob os cuidados da enfermagem. Bom, esse perfil de paciente; idoso, com várias comorbidades, mais ou menos desorientado, sem acompanhante ou com acompanhante pouco esclarecido, em situação grave; este é o perfil de paciente que me trouxe milhões de sentimentos e reflexões: raiva [por não poder ajudar e por ver residentes despreparados e sem orientação, fingindo que estavam tentando, falta de um preceptor que desse “uma luz”], tristeza porque ficava abalado pela situação do paciente e pela sua dor, frustração por não saber ainda o suficiente para ajudá-lo, reflexão que devo estudar muito para não ser um médico medíocre [como os residentes daqui] e poder ajudar quem precisa, até porque foi por isso que eu entrei na medicina. No decorrer dos dias com meus pacientes na enfermaria, tentava procurar uma luz nos livros, em discussão com colegas e até ajuda de preceptores (de outra instituição), além de tentar amenizar o sofrimento e prolongar a vida dos meus doentes. Também procurava conversar bastante para poder extrair ao máximo uma história, além de exame físico completo, diário. Tentava também usar um vínculo com o paciente para este confiar em mim e assim facilitar sua recuperação. Rezava para esses dias passarem rápido, para parar de ver essas coisas horrendas citadas anteriormente. Procurava conversar com amigos sobre o que estava acontecendo e ir à missa para pedir a Deus para ajudar numa travessia dessas tão difícil. Depois me afundava nos livros. Estudei muito, muito mesmo, motivação enorme para poder me sentir mais útil e menos assassino [por não saber tratar ou ver condutas erradas e sugerir mudanças e estas não virem]. Acredito que foi o período da minha vida que mais estudei, vida social zero, no máximo jantar com a namorada. Durante os momentos difíceis lembrava também das oficinas de comunicação, e vi o quanto são importantes. Me agarrava nestas às vezes. Tudo também não foi ruim, acho que adquiri muito conhecimento, porém pouca prática, fazia meus horários, estudava o que achava mais importante e o que aparecia, assim fixava mais. Comecei a me sentir médico, minha postura mudou, parei de beber, de farrear, acho que mudei para melhor e estou me sentindo melhor comigo mesmo. Pretendo manter este ritmo de estudos (4 h) e dedicação para meus pacientes e no decorrer do internato decidir minha especialização, o que eu gosto mais, onde quero morar, mais retorno financeiro, pra poder levar uma vida saudável ajudando a quem precisa e nunca fazendo besteiras como as que vi.

E7

O tempo passa de forma rápida, e nem nos damos conta dos momentos vividos, das lições aprendidas e dos erros cometidos. Há sempre uma nova meta a ser atingida, ocupando nossos pensamentos futuros, da mesma forma que há sempre problemas atuais, ocupando nossos pensamentos presentes. Vivemos sempre nesse ciclo vicioso, entre o resolver de um momento e o desabrochar de uma nova fase que acaba por trazer novos problemas a serem resolvidos e novos objetivos a serem alcançados. Talvez, para alguns, essa dinâmica do ser humano seja uma forma positiva de sempre progredir na vida. Para mim, muitas vezes parece ser apenas um exercício tolo e cansativo, que compromete nossa disposição, nossa qualidade de vida e até nosso discernimento. Esse fenômeno, presente de forma generalizada no mundo em que vivemos, faz-se presente na medicina através da forma viciada com que profissionais e professores trabalham, quando um sistema caótico e inseguro para todos os que fazem parte da área médica e que necessitam dela, com os pacientes. Além disso, soma-se no quadro a inquestionável ineficiência do sistema, repleto de percalços burocráticos e, infelizmente, economicamente miseráveis, o que só colabora com o desgaste presente na prática médica. Tem-se discutido muito ultimamente sobre a humanização na saúde, em alguns momentos tratados como uma questão pontual. A meu ver, a “desumanização” nada mais é que uma consequência do vício humano. Não existe o tema “humanização da saúde”, e sim “humanização do ser humano”. Ou melhor, “ensinando a viver como ser humano” seria mais adequado. Tão preocupante quanto o desgaste das relações humanas é o próprio negligenciamento da ciência médica, que diante disso tudo parece perder o fascínio. Sendo assim, o que temos em nosso cotidiano são pessoas robotizadas (inclusive nós mesmos), um enfraquecimento das relações pessoais, um descaso com a profissão médica (principalmente com os pacientes) e, por fim, uma ciência que, combatida por todos esses fatores, acaba por, paulatinamente, ir perdendo seu brilho. Problemas globais, mas que, na medicina, talvez pela presença conflitante da mais pura miséria e do sofrimento humano, tornam-se mais alarmantes. O comprometimento da qualidade de vida do interno de medicina não está nas inúmeras páginas a serem lidas ou nas várias horas dentro do hospital, mas sim na sensação de incapacidade diante de tudo isso.

E8

O internato é uma fase do curso de medicina muito importante pra nós, acadêmicos. Começamos a ficar mais independentes, a experimentar a relação médico-paciente de muito mais perto, e, às vezes, tomamos condutas sozinhos. No geral, os pacientes são bem tranquilos, conseguem conversar calmamente e se comunicar da forma que agente entenda e se faça entendido. Tenho dificuldade em conviver com pacientes que não conseguem definir o que sentem [tipo quando falam “tenho uma febre interna”, uma dor que não sabem dizer onde é], aqueles pacientes graves acamados, que tenho dificuldade de colher anamnese e exame físico e também os que têm muitas comorbidades. E, principalmente, acompanhantes que não param de perguntar, pedir medicamentos, quando já foram prescritos, e ficam no pé da porta lhe esperando toda hora, pra falar e falar e pedir. Nesse contexto muitas vezes me sinto insegura de que eu faço o diagnóstico certo [nos que têm queixas inespecíficas], insegura de que o exame físico do meu paciente acamado e grave foi bem feito, será que eu estou fazendo tudo por ele? E o tto. está de acordo com o que ele realmente tem? E os pacientes com muitas comorbidades... Será que eu não estou tratando algo e prejudicando algum órgão. Como nem sempre agente tem um preceptor a maior parte do tempo conferindo o exame físico, e discutindo caso por caso, o paciente é de maior responsabilidade nossa, e isso me deixa apreensiva, principalmente na clínica médica. Geralmente quando eu tenho esses pacientes peço ajuda, e um novo ponto de vista. Nem sempre alguém que está de fora vê tudo aquilo que você vem estudando em um paciente, mas tento. Tento ter paciência e “gastar” mais tempo com eles. Nas dificuldades emocionais de atender aqueles pacientes citados, tento desabafar com colegas e aprender a conviver e melhorar a minha visão do paciente. Eu “enfrento”, peço ajuda ao residente, ou do *staff*. Muitas vezes fica a sensação,

eu poderia fazer “mais”. Às vezes penso – “vixe ainda falta examinar aquele idoso diabético, hipertenso, com ICC, com pneumonia, com todos os exames ruins e que muda de acompanhante toda hora e não sabe informar nada”. Vou lá, tento examinar melhor e sempre pedir ajuda dos colegas. Minhas dificuldades do internato são ter doentes sob minha responsabilidade sem eu ter segurança do que estou fazendo; fazer procedimentos que vão demorar mais, podendo causar mais sofrimento do que aqueles que têm mais experiência; conciliar o tempo no hospital com o tempo de estudo em casa, bem mais cansativo que nas aulas, sentir que está terminando o curso, e sua família lhe cobra pra consultar todo mundo e acertar o diagnóstico e você não está preparado; decidir sobre o que fazer após a formatura, prova de residência [onde? Pra quê?] ou ganhar dinheiro no PSF para ficar independente. Ao mesmo tempo no internato você se sente mais “poderoso”. Adquire muito mais manejo clínico; melhora sua convivência com o paciente; aprende muito mais que nos outros quatro anos do curso. Aprende a ser humilde e vê que todo mundo erra apesar de não querer que isso aconteça. Define quem pode ser seu exemplo e quem você nunca indicaria. Aprende a conviver com profissionais “não-médicos” e a trabalhar em equipe. Decidi fazer prova de residência agora no fim da faculdade logo, porém sem muita esperança de ser aprovada e de clínica médica. Ou seja, mais uma outra residência pela frente. Fico preocupada se vou conciliar família e carreira. Quero ter dois filhos e nenhum doente!! [Tenho medo da idade]. Foi só um desabafo. Gostaria de ser uma profissional respeitada, indicada pelos colegas, “saber muito”. Não precisa ficar rica, mas viver confortavelmente e poder viajar quando possível.

E9

O internato é uma fase muito importante da vida acadêmica médica. É o momento em que o estudante assume, pela primeira vez, algum grau de responsabilidade perante o paciente. Acredito que seja uma época muito esperada por todo estudante de medicina, pelo menos comigo, assim o foi. Esperava ansiosamente pelo início do internato. Iniciei pela saúde comunitária, o que considero que foi proveitoso, por poder adquirir um conhecimento básico e o horário de trabalho e exigências não eram tão grandes. Além de se tratar de um serviço organizado, o que traz mais “segurança” ao estudante. O início do meu estágio intra-hospitalar me colocou em contato com pacientes de outro tipo: pacientes mais graves, mais debilitados. Desta maneira, posso dizer que o que me traz mais desgaste emocional é quando vejo um paciente grave, cercado de familiares que dão a impressão de ser uma pessoa muito querida, e estes mesmos familiares depositam em nós, grande confiança. Quando este tipo de situação acontece, consciente ou inconscientemente acabo me esforçando mais para tentar chegar à solução do problema do paciente e, conseqüentemente, seus familiares. Sempre que este tipo de situação acontece, eu acabo transformando aquilo na imagem da minha família e tomo atitudes mais marcantes, tais como: estudar mais profundamente sobre o tema da doença, tentar me comunicar melhor com a família do paciente e passar segurança aos mesmos e me empenho em coisas que não são da minha alçada, como: correr atrás de resultados de exames, pedir parecer de médicos especialistas, etc. Meu contato com este tipo de paciente, na maioria das vezes, torna-se melhor do que com os outros pacientes. Analisando agora, enquanto escrevo, acho que é porque converso com eles de coração “mais aberto” e os trato de maneira mais íntima. Isso faz com que o paciente crie uma empatia por você. Este fato é muito recompensante, quando, ao chegar no leito do paciente, você é recebido com festa pelo mesmo [...] que existem vários meios de suporte neste caso. As ferramentas pedagógicas aprendidas durante a faculdade são, sem dúvida, de importância fundamental. Uma delas pra mim é marcante: a gincana de “notícias difíceis”. Sem dúvida, muito úteis durante a vida médica. Os amigos são sempre apoio de grande importância, até por viverem histórias parecidas. O que eu sinto falta, no entanto, [lembrando que estou falando quase exclusivamente do serviço de clínica médica], é de médicos mais humanizados, que saibam conviver mais com as angústias dos pacientes. O que acontece, muitas vezes, é o desprezo pelo paciente como pessoa, levando em consideração apenas a doença. Aqui quero citar dois médicos que se portam de maneira perfeitamente humana com seus pacientes. Acho

que esta falta também para os residentes que são quem tem mais contato com os pacientes, aliás, deveriam ter, porque 90% das vezes eles jogam tudo para o interno servindo muitas vezes apenas para carimbar a papelada. Como já citado anteriormente, acho que a maior dificuldade é a falta de “humanismo” na prática médica. No entanto, ainda temos que melhorar muito na ciência médica também. A falta de um preceptor fixo na enfermaria do serviço em discussão faz com que ainda sejam cometidos alguns absurdos no dia-a-dia. Claro que o hospital melhorou por receber estudantes e residentes, mas ainda tem muito que melhorar. Como facilidade, eu vejo que a direção da faculdade empenha-se em fazê-la cada vez melhor, não só com estrutura, mas com conforto para os estudantes. Pretendo ao sair da faculdade fazer residência e trabalhar em uma área específica, onde eu possa me aprofundar e me destacar. Confesso que perdi um pouco a vontade de morar aqui pela mente “provinciana” dos médicos. No entanto, não descarto, porque gosto muito de viver nesta cidade.

E10

Ao iniciar o internato, imaginava que seriam diferentes as relações estabelecidas com os colegas, professores e pacientes, até minhas relações pessoais e meu grau de satisfação com a profissão que escolhi hoje são bem diferentes do meu primeiro mês no hospital. Há uma sensação frequente de frustração em vários momentos do meu internato. Enquanto há uma pressão por parte das responsabilidades adquiridas [cuidado com o paciente, conhecer a patologia, evoluir, prescrever, ser avaliado no dia-a-dia], algumas vezes não há o suporte para suprir as necessidades novas [preceptores disponíveis, segurança para interagir com os pacientes, dificuldades com laboratórios e exames]. Tenho muita dificuldade de lidar com casos arrastados, em que há grande sofrimento pelo paciente, seja por dificuldades com o diagnóstico [falta de exames/profissionais interessados] ou por se tratar de uma doença crônica, sem prognóstico [câncer]. Em determinados serviços por onde passei, percebi certo descaso, verdadeira falta de empenho de muitos profissionais em diminuir as dores físicas/emocionais nesses casos, não digo só da equipe médica, como também dos enfermeiros, copeiros, limpeza, etc. Geralmente fico muito inquieta e aborrecida diante desses fatos, esforço-me para fazer o possível para aliviar e melhorar a situação, tento criar um bom vínculo com o paciente/acompanhante, explicar a patologia de uma forma que possam entender, conseguir pareceres ou exames úteis para o caso. Contudo, meu esforço esbarra na burocracia/má vontade/descaso de alguns setores ou profissionais, às vezes nem a telefonista colabora !!! Minha posição de interna me impede algumas vezes de fazer mais pelo paciente, pois ainda estou submetida às ordens para poder exigir mais e me falta poder para agir em determinados momentos. Sigo pedindo favores, implorando para que olhem para determinados pacientes, melhor insistindo o máximo, sendo chata ou petulante às vezes, contanto que meu paciente tenha o melhor que eu consiga. Isso é o que me frustra, não é a morte, não é a doença/não cura, é o fato de todos os pacientes merecerem o melhor e que para isso não deveria ser preciso implorar ou brigar. O que me traz suporte são duas coisas: os casos em que fui feliz [conseguindo um diagnóstico – mesmo sem prognóstico –, conseguindo exame/tratamento] e a fé de um dia poder fazer mais. Outra coisa me conforta: a espiritualidade, fé pessoal/religião em certos momentos. Não costumo dividir com famílias ou amigos, quando estou com eles prefiro não lembrar das coisas ruins do dia-a-dia. Para meu futuro profissional, desejo nunca perder a vontade de lutar por um paciente e espero poder fazer mais coisas e de forma melhor do que hoje.

E11

Durante meu internato, sinceramente, eu nunca fui abalado de forma alguma emocionalmente. Acho que até durante toda minha faculdade de medicina até esse momento eu não vivi nenhuma situação que me abalasse emocionalmente. Acredito que, para me abalar emocionalmente, determinado paciente tem de apresentar um vínculo de parentesco ou amizade comigo. Não que eu não me preocupe de forma alguma com as

pessoas, pelo contrário, mas acho que para me abalar devo ter um nível maior de relacionamento. Então, para mim, não existiu até agora esse tipo de paciente. Porém, acredito que o paciente pediátrico, talvez, me traga mais remorso no caso de um insucesso. Desenvolvo ações de cuidados mais intensivos. Fico mais alerta para qualquer tipo de complicação, me dedico mais, com certeza. Procuo sempre não criar vínculos fortes com os pacientes, crio uma boa relação médico-paciente, mas com limites, sabendo a hora de avançar e de recuar. Para não ter que me abalar no caso de alguma complicação. Peço apoio aos meus superiores, ajuda, orientações, algo do tipo. Acredito em Deus e confio nele em tudo. Procuo acreditar na vontade dele e oro para que o mal não me venha a acontecer, nem para meus pacientes. Dificuldade: carga horária pesada. Alguns serviços necessitam de o interno ter de acordar muito cedo, tendo de dormir tarde para atualizar seus estudos, portanto, o sono fica bastante prejudicado. Presença de atividades em todos os dias da semana, às vezes me deixa irritado, porque não posso me divertir da forma que eu queria tendo o compromisso no outro dia. As humilhações dos superiores [*staff* e residentes], isso torna muito chato a relação com os mesmos, quando poderiam nos tratar de forma igualitária, onde todos saem ganhando, mas NA MEDICINA EXISTE UMA TAL DE HIERARQUIA BURRA SÓ PORQUE ALGUÉM TEM O CARIMBO!! A constante supervigilância também incomoda. Facilidades: tenho livre acesso a tudo que quiser dentro do hospital, tudo mesmo, me sinto atuante várias vezes. A liberdade de exercer minhas tarefas me alegra bastante. Tenho facilidade de estudo, alimentação e dormitório, além da facilidade de exercer a medicina na prática. Meu sonho é fazer residência médica, ser bom naquilo que faço, ter minha família e meu patrimônio. Não procuro fama, *status* ou muito dinheiro. Porém, quero ser bem remunerado. Mas acho que o que mais quero é ser muito bom naquilo que faço. Eu me conheço, se me dedicar eu consigo, isso não tenho dúvida, mas esse internato é tão “puchado” que às vezes não dá para se dedicar tanto em tudo aquilo que a gente faz. Melhor fazer o feijão com arroz. É minha conclusão nesse início de internato.

E12

O internato consiste em um período de vivências muito importantes na profissão do profissional médico como um todo. No tocante ao tipo de paciente que interfere no emocional do interno, temos dois tipos: 1) o paciente que não entende ou tem dificuldade de entender, talvez até de aceitar sua doença e o tratamento necessário e 2) os pacientes que têm possibilidades terapêuticas, seja para tratamento curativo ou paliativo, mas que não o recebem a contento. No primeiro grupo, o estresse emocional dá-se pelo conflito: o interno sabe qual a doença e as consequências da não adesão do paciente ao tratamento, porém, apesar de explicar e deixar bastante claro para o paciente, esse ainda se recusa a realizá-lo ou fazê-lo corretamente. Nessa situação, surge um sentimento de angústia, às vezes, até raiva que passa a prejudicar a relação médico-paciente. Esses sentimentos derivam de um outro, a falta de capacidade de convencimento para que o paciente siga suas orientações. Se, por acaso, não surgir nenhum fato que melhore essa relação, não há o abandono em si do paciente, até porque vai contra o código de ética, mas “lava-se as mãos” deixando o paciente arcar com as consequências de suas decisões. Nesse ponto, surge a frustração por não ter conseguido tratar adequadamente o paciente. No segundo grupo, surgem os sentimentos de indignação, raiva, tudo isso relacionado ao que ainda poderia ter sido ofertado ao paciente e não foi. Hipócrates tinha como linha de pensamento curar quando possível, aliviar quando necessário e consolar sempre. O que vemos não é bem assim. Não só os profissionais médicos, mas todos os outros profissionais da saúde são responsáveis por isso, por exemplo: Os enfermeiros e auxiliares de enfermagem são extremamente impessoais, tratando os pacientes terminais ou graves muitas vezes como se fazendo um favor para eles ou suas famílias; já os médicos, alguns dizem que não podem fazer mais nada, contudo não lembram que podem aliviar a dor ou consolar o paciente e a família. O interno presencia comunicação de óbito ou doença grave como se dissessem que o paciente “tem só uma gripezinha” ou, ainda, você é jovem, pode ter outros

filhos. Um absurdo. Nesse âmbito, o interno procura explicar mais pormenorizadamente o que está acontecendo ou aconteceu ao paciente numa tentativa de aplacar a ansiedade dos familiares e do próprio paciente, consolando-os. Além disso, procura sugerir aos outros profissionais que ainda existem condutas possíveis a serem realizadas, muitas vezes em vão. A forma de interação com o paciente e o familiar é a mais natural possível, contudo sempre mantendo clara as atribuições de cada um: o interno é o médico e como médico deve ser tratado. Porém, em contrapartida, deve mostrar compreensão e empatia pelo paciente e seus familiares para tentar vislumbrar como estão reagindo ao tratamento e assim poder ajudá-los. Em um momento mais reservado, os internos, em sua maioria, costumam desabafar uns com os outros procurando apoio para sua conduta ou para discordar da conduta adotada. Em casos de óbito, muitos revisam o prontuário com os *staffs* ou sozinhos buscando identificar alguma falha tanto na obtenção da anamnese como nas condutas adotadas. Por último, o interno recorre à família, mas como última opção, mas sempre como a mais reconfortante, pois seus pais e irmãos vão tentar ajudá-lo a compreender o acontecido e ser sinceros em avaliar suas condutas. Dificuldades em relação ao internato são inúmeras, mas a mais angustiante são a grande quantidade de pacientes e a alta rotatividade dos leitos, não possibilitando ao interno tempo hábil o suficiente para estudar profundamente todos os casos e as patologias em questão, instalando um sentimento de insegurança por falta de conhecimento. Talvez seja essa insegurança o que mais assusta os internos, pois sabem que falta pouco tempo para serem médicos formados e não se sentem preparados para isso. Já as facilidades variam de indivíduo para indivíduo e, no meu caso, tenho facilidade de dialogar com pacientes, funcionários e colegas e não sentir vergonha de perguntar quando uma dúvida aparece. Também não tenho dificuldade em comunicar óbitos e notícias difíceis. Planos para o futuro: fazer residência de clínica médica e oncologia clínica e fazer trabalho social com idosos.

E13

O momento do meu internato pelo qual estou passando tem sido mais difícil para mim do que eu imaginava. Difícil não pela carga horária ou cobrança excessiva, mas sim pelo sentimento de abandono que eu sinto. Estou passando por uma enfermaria que não tem um preceptor oficial e atuante. Nesta enfermaria há internos, residentes e especialistas que fazem visitas para tirar as dúvidas e ajudar na condução dos casos. Infelizmente, nem todas as especialidades de que necessitamos nos ajudam. Às vezes, temos de perder muito tempo correndo atrás de pareceres e algumas vezes não conseguimos, e o esforço foi em vão. Frustração é a principal sensação negativa deste serviço.

Tendo contado um pouco do que acontece, vou explicar a sensação de abandono que eu sinto. Como não há o preceptor responsável, não há cobrança adequada. Os residentes mais interessados vão atrás das informações, se atualizam e conduzem bem os seus casos. Já os residentes menos dispostos, como se diz no dito popular, “dão um jeitinho”, “empurram com a barriga”. Isso também vale para os internos. Porém, quando um interno interessado divide um paciente com um dos residentes relaxados, este interno fica preso, estacionado. O interno não tem a autonomia de tomar uma conduta sozinho. Claro, ele não é médico. Ele tem sempre que se submeter ao residente, que é quem dá a palavra final na conduta. Pois bem, é neste caso que eu me sinto abandonado. Por mais que você fale, se o residente não concordar, não adianta nada. Claro que o residente sabe mais que o interno. Mas ninguém sabe tudo e, às vezes, o interno tem razão.

Na hora da visita do preceptor especialista, o interno é quem passa o caso, pois quem examina e evolui diariamente o paciente é o interno e não o residente. Há residentes que ajudam, mas a regra geral é esta citada. Até aí tudo bem, acontece que quando uma conduta foi tomada erroneamente, o especialista chama a atenção do interno, e não do residente. Por quê? Se quem toma a conduta é o residente ou os dois juntos, e nunca o interno só. Parece que os residentes são intocáveis e sensíveis, e o “saco de pancadas” acaba sendo o interno. Levar “puxão de orelha” é bom porque quem o leva nunca mais

esquece o motivo e vai estudar, pesquisar e aprende muito mais. Ruim é ter que “levar um puxão de orelha” pelos outros.

Neste momento, eu tenho um paciente complicado para tratar, e o residente responsável por ele, juntamente comigo, não é dos mais interessados. Então acontece exatamente o que eu descrevi no parágrafo anterior. Mas esta situação me deixa muito mal. Eu tenho que lidar com o paciente, cada vez mais debilitado, e com sua família, lhes explicando tudo. Eu sei que esta situação faz parte do meu aprendizado, mas eu só não queria passar por ela sozinha, sem apoio do meu superior. E isto me derruba emocionalmente. Você passa por sentimentos que começam com revolta e raiva, depois passando para frustração e por fim acaba com tristeza. Eu tento, então, estudar para ver se consigo acrescentar algo ao tratamento. Além disso, corro atrás dos especialistas, a fim de obter uma ajuda. Este paciente em questão já foi visto por cinco especialistas, e continua grave. Eu tento não me envolver tanto com o paciente, mas é impossível. Eu não tenho esta habilidade. Examinar e conversar todo dia faz criar um vínculo, não tem como não acontecer isto. Vínculo este que os meus preceptores e residentes não criam. Logo, a carga emocional em cima de mim é muito grande.

Para amenizar este internato, eu procuro conversar com meus colegas, que também passam por situações semelhantes. Minha namorada também ajuda muito. Já com a minha família é muito difícil contar, pois eles moram em outra cidade. Como não é sempre que nos encontramos, não dá para falar sempre de problemas e dificuldades.

A minha enfermaria tem um potencial enorme. Lá aparecem muitos casos das mais variadas etiologias. Se tivesse alguém que organizasse e dividisse melhor as tarefas, o aprendizado triplicaria e a carga emocional seria melhor distribuída.

A facilidade, que eu encontro no meu internato, é que há vários serviços em um hospital só, o que facilita a interação entre as áreas. Porém, esta proximidade poderia ser bem melhor explorada.

Quanto aos meus planos para o futuro, não sei ao certo que área seguirei. Estou com muitas dúvidas ainda, que pretendo esclarecer daqui para o final do meu internato.

ANEXOS

ANEXO A - Ficha de informações sobre o respondente

FICHA DE INFORMAÇÕES SOBRE O RESPONDENTE

SEXO	Masculino (1) Feminino (2)
IDADE (em anos completos)	___/___
DATA DE NASCIMENTO (dd/mm/AA)	___/___/___
NÍVEL EDUCACIONAL	Analfabeto (1) I grau incompleto (2) I grau completo (3) II grau incompleto (4) II grau completo (5) III grau incompleto (6) III grau completo (7) Pós-Graduação incompleto (8) Pós-Graduação completo (9)
ESTADO CIVIL	Solteiro (a) (1) Casado (a) (2) Vivendo como casado (a) (3) Separado (a) (4) Divorciado (a) (5) Viúvo (a) (6)
COMO ESTÁ A SUA SAÚDE	muito ruim (1) fraca (2) nem ruim nem boa (3) boa (4) muito boa (5)
FORMA DE ADMINISTRAÇÃO DO QUESTIONÁRIO	Auto-administrado (1) Assistido pelo entrevistador (2) Administrado pelo entrevistador (3)
PROBLEMA DE SAÚDE ATUAL/CONDIÇÃO PRESENTE	
(marcar somente <u>uma</u> , que é a mais relevante para a presente busca de um serviço de saúde)	
Nenhum problema (00)	Problema nervoso crônico ou emocional (10)
Problema de coração (01)	Problema crônico de pé (joanete, unha encravada) (11)
Pressão alta (02)	Hemorroidas ou sangramento no ânus (12)
Artrite ou reumatismo (03)	Doença de Parkinson (13)
Câncer (04)	
Enfisema ou bronquite (05)	
Diabetes (06)	

Catarata (07)
Derrame (08)
Osso quebrado ou fraturado 09

Gravidez (14)
Depressão (15)
Doença de pele (16)
Queimaduras (17)
Problema de álcool ou drogas (18)
Outros (especificar)

DIAGNÓSTICO (CID-10) (preenchido pelo entrevistador)

REGIME DE CUIDADOS DE SAÚDE

Sem tratamento (1)

Ambulatório (2)

Internação (3)

ANEXO B - Instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL)

[ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE](#)
 PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
 GENEVRA
 GRUPO WHOQOL

VERSÃO EM PORTUGUÊS DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL) 1998

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito pouco	médio	muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	Muito pouco	médio	muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito

2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---	---

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5

12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5

23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)