

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/47868252>

Etnografia do ensino médico em um CTI

Article in *Interface - Comunicação Saúde Educação* · August 2001

DOI: 10.1590/S1414-32832001000200008 · Source: OAI

CITATIONS

13

READS

39

1 author:



[Rachel Aisengart Menezes](#)

Federal University of Rio de Janeiro

54 PUBLICATIONS 162 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:

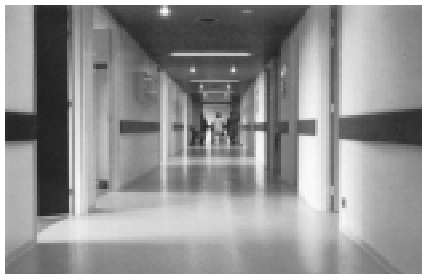


Gestão contemporânea do processo do morrer [View project](#)



Stem cell research in Brazil, Canada and France [View project](#)

Etnografia do ensino médico em um CTI*



Rachel Aisengart Menezes ¹

MENEZES, R. A. Ethnography of medical teaching at an Intensive Care Unit, *Interface _ Comunic, Saúde, Educ*, v.5, n.9, p.117-30, 2001.

This article discusses teaching activities and practical learning at an Intensive Care Unit (ICU) of a public university hospital in Rio de Janeiro. The professional training of physicians does not merely consist of assimilating new information, because it is in the practical internships that the student becomes a true professional. Teaching and learning have proven to be very important in ethnographic research - focusing on the process of taking medical decisions about life, suffering and the death of ICU patients. The development of a medical professional identity during ICU internships includes acquiring new ways of looking at and decoding the human body in the light of multiple knowledge and new ways of communicating, as well as ways developed by the team for managing emotions. Throughout this medical learning process, the student must learn how to position himself vis à vis ethical dilemmas, which are particularly relevant in an ICU.

KEY WORDS: Medical education; intensive care unit; medical ethics.

Este artigo versa sobre as atividades de ensino e aprendizagem prática em um Centro de Tratamento Intensivo Geral de um hospital público universitário do Rio de Janeiro. A formação profissional do médico não consiste apenas na incorporação de novos conhecimentos, pois é nos estágios práticos que o estudante é forjado como profissional. Em pesquisa etnográfica - centrada no processo de tomada de decisões médicas referentes à vida, sofrimento e morte dos doentes internados no CTI, as atividades de ensino e de aprendizagem revelaram-se de grande importância. A construção de uma identidade profissional médica no estágio em CTI compreende a aquisição de novas formas de ver e decodificar o corpo humano à luz de múltiplos saberes, novos modos de comunicação, como também das formas de gestão das emoções construídas pela equipe. Ao longo deste processo de aprendizagem médica, o estudante deve aprender a se posicionar diante de dilemas éticos, particularmente relevantes em um CTI.

PALAVRAS-CHAVE: Educação médica; Unidade de Terapia Intensiva; ética médica.

* Adaptado da Tese de Mestrado de Menezes, 2000.

¹ Médica, doutoranda em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro
<raisengartmenezes@cremerj.com.br>

Introdução

O processo de socialização profissional na Medicina é, de longa data, objeto de investigação da Sociologia e da Antropologia voltadas ao campo das profissões. Desde os estudos pioneiros de Robert Merton et al. (1969) e de Howard Becker (1992), sabe-se que a formação profissional do médico não consiste apenas na incorporação de novos conhecimentos, nem se restringe à discussão dos aspectos inerentes a sua base técnica. *“Tornar-se médico é atravessar um dos rituais de passagem mais longos do mundo ocidental”* (Becker, 1992, p.4). Trata-se de um processo vivencial de aprender a habitar um novo mundo. A faculdade costuma ser identificada como elemento crucial na aprendizagem profissional, por representar o contexto institucional no qual se inicia a socialização. *“Contudo, é nos estágios e nas práticas regularmente oferecidas pela faculdade que o estudante é efetivamente forjado como profissional, adquirindo segurança para iniciar-se de fato na profissão que escolheu”* (Rego, 1995, p.120).

A Medicina é compreendida por diversos autores como constituída por uma dupla dimensão, que pode ser nomeada de diversas formas: “competência-cuidado”, “objetividade-subjetividade”, “racionalidade-experiência”, “saber-sentir”, entre outras. Não são pólos facilmente articuláveis e ao mesmo tempo são intrínsecos e inerentes à prática médica, conduzindo necessariamente a uma tensão, compreendida como estruturante dessa mesma prática. Mary-Jo Del Vecchio Good e Byron Good (1993) enfocaram a dupla dimensão da Medicina, em pesquisa realizada com estudantes, na qual os temas do “cuidado” e da “competência” representam uma tensão cultural desenvolvida durante o período de aprendizado. Segundo os estudantes pesquisados, os médicos devem ser competentes e possuir qualidades no cuidar. A “competência” é associada à linguagem das ciências básicas, ao conhecimento, à técnica, ao fazer e à ação, enquanto o “cuidar” é expresso na linguagem dos valores, das relações, da compaixão e empatia, isto é, o “não-técnico”, vinculado às “humanidades”. Ao longo de sua formação, os estudantes entram em contato com esta dupla dimensão e nos estágios práticos eles serão confrontados com os modos como os profissionais resolvem a difícil equação entre “cuidado” e “competência”.

Este trabalho aborda as atividades de ensino e aprendizado em um setor muito específico do hospital - seu Centro de Tratamento Intensivo Geral, CTI. Com o objetivo de investigar como são tomadas as decisões médicas referentes à vida, ao sofrimento e à morte dos doentes internados no CTI, realizou-se pesquisa etnográfica em um hospital público universitário da cidade do Rio de Janeiro. A pesquisa foi realizada por meio de observação participante, em 26 visitas ao setor, perfazendo um total de cem horas, complementada por entrevistas gravadas com dez profissionais, em 1999 (Menezes, 2000). Nesta pesquisa a atividade de ensino revelou-se extremamente relevante, tanto no processo decisório como na apreensão do *habitus* médico dos alunos (Bourdieu, 1994). O CTI pode ser considerado um local onde a tensão estruturante da Medicina - o “cuidado” e a “competência” - apresenta-se de forma particularmente explícita, tendo em vista a importância da tecnologia nesse setor.

O CTI como lugar de ensino

O CTI pesquisado pertence a um hospital que não presta atendimento de emergência, oferece atendimento ambulatorial e possui cerca de quinhentos leitos para internação. Os pacientes internados nesse CTI Geral - no máximo sete - vêm, em sua maioria, das diversas enfermarias do hospital. Trata-se de portadores de doenças crônicas, como patologias respiratórias e auto-imunes, em situação de agravamento. Exatamente por isto, o tempo de internação nesse setor é considerado - pelos profissionais da unidade - muito maior do que em CTIs de outros hospitais. Alguns dos doentes são internados somente para acompanhamento pós-cirúrgico, quando se torna necessária uma maior vigilância, sendo, nesses casos, menor a duração da internação.

O serviço pesquisado conta com uma equipe multi-profissional: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, psicóloga, nutricionista, assistente social, além da equipe de faxina e das secretárias do setor. Os profissionais - cerca de cem - trabalham divididos por turnos e plantões. Um profissional só sai quando seu colega da mesma categoria chega para substituí-lo. A unidade funciona vinte e quatro horas por dia; durante as doze horas do dia a equipe conta com três médicos *staff*, quatro médicos residentes, dois estagiários de Medicina, seis enfermeiros, dos quais dois líderes de equipe, um enfermeiro residente, oito auxiliares de enfermagem, um fisioterapeuta *staff*, dois fisioterapeutas residentes, quatro estagiários de fisioterapia, uma psicóloga *staff* e uma psicóloga estagiária, além de uma secretária e da equipe de limpeza. Os profissionais *staff* possuem estabilidade funcional, enquanto os residentes são profissionais recém-formados. Os estagiários são estudantes, com exceção da estagiária em Psicologia, já formada.

À noite, a quantidade de profissionais é reduzida para dois médicos, dois estagiários de Medicina, um fisioterapeuta, três enfermeiros e quatro auxiliares de Enfermagem. Torna-se evidente a importância da atividade pedagógica no setor, pelo número de estagiários e de profissionais recém-formados ali presentes.

Os profissionais em seu primeiro ou segundo ano de residência permanecem no CTI durante alguns meses, em atividade de rodízio com as outras unidades do hospital. Os estagiários de Medicina são estudantes provenientes das várias faculdades do Estado do Rio de Janeiro, selecionados por concurso, por meio de prova teórica. O estágio é de um ano, contudo os melhores estagiários podem prorrogar a estada por mais um ano, com o aval da chefia do CTI.

Várias tarefas práticas cotidianas são executadas pelos estagiários e residentes, e supervisionadas pelos profissionais *staff*, para os quais esta é mais uma atividade, além dos cuidados dos doentes. No dizer de duas profissionais *staff*:

Estando no hospital universitário, é inerente a todas as categorias a



agosto, 2001

119

questão do ensino. A relação ensino-aprendizado, quer dizer, tanto você passa a tua experiência como você vai para um curso de reciclagem, você tem que ficar nesse círculo ensino-aprendizagem, por estar em uma instituição universitária. (enfermeira)

Aqui dentro, como é um hospital universitário, você acaba tendo outras funções. Você acaba fazendo o papel de professor, porque você tem que orientar interno, estagiário e residente. E você não ganha nada por isso não. Você dá cursos e dá aula. É uma atividade inerente também aqui. Quer dizer, além da atividade com o doente, você ainda tem uma atividade paralela, que é uma atividade didática. (médica)

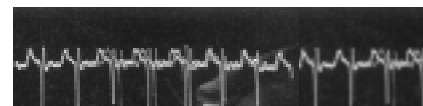
Os profissionais do CTI valorizam a atividade docente: durante o período de pesquisa foram observadas várias situações em que os profissionais *staff* orientavam os “alunos” de forma atenta e aparentando satisfação, o que pode ser ilustrado por um certo episódio. Certo dia o médico plantonista orientava dois estagiários sobre o modo de preenchimento das prescrições de medicamentos e dos pedidos de exames. Os estagiários faziam perguntas e o profissional respondia pacientemente, por vezes brincando com os “meninos” - forma como denominava os estudantes - comentando que agia como uma “babá”. O médico disse que os “meninos” dão trabalho, mas isto faz parte do plantão no CTI e, por gostar muito de ensinar, não se importava com esse adicional de trabalho. Por vezes o profissional *staff* propõe aos estagiários uma pesquisa sobre determinado tema, combinando discussões teóricas para os horários mais tranquilos do plantão.

Os estudantes de Medicina valorizam o estágio, e o concurso é assim descrito por um quintanista:

Teve um concurso. A gente fez a prova, foi em dezembro se não me engano. Foram 16 vagas para um plantão de 24 horas por semana, e tinha uns cem candidatos mais ou menos... É, uns cem candidatos, mesmo não sendo remunerado....

Este CTI é, pois, uma unidade concorrida e bem cotada pelos estudantes por ser considerada de excelência, proporcionando, assim, uma boa oportunidade de aprendizado. O setor não é apenas valorizado pelos estudantes, mas também pelos profissionais das várias categorias que integram a equipe intensivista. Pouco antes do início do período de observação, este CTI havia ganhado um prêmio por ser, na avaliação de uma comissão técnica externa à instituição, o serviço de melhor qualidade do hospital. Muitos profissionais que trabalham em outros CTIs (inclusive privados), declararam preferir esta unidade apesar do salário ser menor do que em outros hospitais. O orgulho advinha tanto do fato de se tratar de um serviço considerado excelente em relação à instituição em que está inserido, como em comparação com outros hospitais. A fala é ilustrativa dessa imagem de excelência construída pelo profissional do CTI:

O nosso CTI aqui é bom, sabe, é como um jumbo, e a enfermaria é



um teco-teco. Aqui nós temos enfermeiras de primeira, aparelhagem mais moderna, estudantes que prestaram concurso para estagiar aqui. É tudo de qualidade aqui. (médico plantonista dirigindo-se a familiar de doente internado no CTI)

O profissional de CTI é um especialista que, pelo fato de lidar com indivíduos com grande risco de vida, possui (de acordo com a equipe investigada) uma bagagem de conhecimentos teóricos e técnicos maior do que outros especialistas. Segundo representantes da Sociedade de Terapia Intensiva do Rio de Janeiro, SoTIERJ, a especialidade deve englobar as seguintes áreas: Clínica Médica, Cardiologia, Pneumologia, Cirurgia, Anestesiologia. Ainda de acordo com a SoTIERJ, as características esperadas de um intensivista são: conhecimentos clínicos de um médico clínico, destreza manual de um cirurgião, capacidade de tomar decisões com a rapidez de um emergencista, atualização técnica avançada, noções de fármacos como um farmacêutico, humanismo e educação continuada. O futuro especialista, em seu aprendizado prático em CTI, deve incorporar o modelo da especialidade frente aos outros especialistas. Uma situação é ilustrativa deste aspecto: certa vez a equipe médica do CTI estava reunida, quando chegou um grupo de médicas de outro serviço do hospital para realizar um exame em um dos internados na unidade. Após exame da paciente, as médicas chamaram o médico R3, comunicando que não iriam realizar o exame porque a frequência cardíaca da doente tinha diminuído, o que, segundo elas, colocaria a vida da enferma em risco. O residente, após algumas tentativas infrutíferas em persuadir a equipe visitante a realizar o exame (tratava-se de uma broncoscopia), pediu ajuda ao profissional *staff* do CTI que, em pouco tempo, conseguiu que a equipe realizasse o exame. O *staff* dirigiu-se então ao residente:

Pô, cara, você tem que se impor, senão não dá prá trabalhar assim. Elas estão fazendo exame. Também não sabiam que a paciente está tomando uma medicação que causa bradicardia...

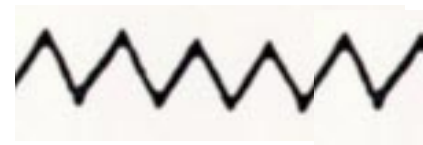
O episódio aponta para uma das principais fontes de poder e de prestígio do especialista (segundo os próprios especialistas): seu conhecimento. O médico residente, em etapa de construção de uma identidade profissional mais específica - a de especialista em CTI - deve aprender não somente um saber distinto do de seus colegas, como também pode utilizá-lo com a finalidade de “se impor” perante seus pares.

Apesar de muitos estudantes e recém-formados não pretenderem seguir a especialidade da terapia intensiva, consideram necessário para uma boa formação profissional - seja médica, de enfermagem ou de fisioterapia - o aprendizado com os casos mais graves e o treinamento em uma unidade com recursos tecnológicos mais modernos e sofisticados. A fala de um estagiário de Medicina é ilustrativa a este respeito:

Você estuda melhor o paciente aqui e você tem uma abordagem



melhor do paciente. Enfim, você tem uma Medicina de mais alto padrão que eu posso exercer. Isso está somando na minha formação...



É na prática que o estudante adquire segurança para iniciar-se em sua profissão. De acordo com Sérgio Rego (1995), há uma especial predileção dos alunos pelos serviços de Emergência, Maternidades e Unidades de Terapia Intensiva como campos de prática. Entretanto, em serviços de Emergência há escassez de aparelhagem, de materiais e de medicamentos, como disse uma médica entrevistada: *“Pronto-socorro é muita confusão, falta muita coisa de material”*, o que acarreta uma maior valorização de aprendizado no CTI. A hierarquia de valor das especialidades, apresentada pelos estagiários, reproduz a hierarquia de prestígio dos setores do hospital. Além deste aspecto, pelo fato de a faculdade não proporcionar um ensino referente aos aspectos práticos, como o preenchimento de prontuários e requisição de exames, o estágio no CTI é extremamente valorizado. No dizer do mesmo estagiário de Medicina:

Isso a faculdade não dá pra gente, você vem com a carga teórica, você não tem a carga prática. Preencher, fazer uma prescrição, na faculdade eles não explicam, por exemplo, como é que se faz uma prescrição.

Novos valores e posturas devem ser incorporados pelos estudantes ao longo do seu processo de aprendizagem, o que pode ser ilustrado pelas frequentes repreensões feitas por médicos *staff* a estagiários ou residentes a respeito da forma de sentar-se durante a reunião de equipe multi-profissional. Por vezes estagiários sentavam-se dando as costas para outros profissionais, colocando os pés em cadeiras vagas ou se recostando nas cadeiras. Quando isto ocorria, em geral o profissional - de qualquer categoria - orientava os estagiários e residentes sobre a postura física adequada e também sobre a forma do “aprendiz” se dirigir a outros profissionais. Esta reunião de equipe - denominada “visita” - que ocorre diariamente (em dias úteis), é de central importância no funcionamento do CTI e no processo de aprendizagem da prática intensivista. É coordenada pelo médico *staff* responsável pela rotina do setor, e conta com a participação de todos os outros médicos e estagiários de Medicina, além de, no mínimo, um enfermeiro e um fisioterapeuta e da psicóloga. O médico residente ou o estagiário responsável por cada leito faz um relato detalhado sobre o “seu” doente, desde a história da internação, evolução, até o exame físico e as dosagens laboratoriais do dia. Esta rotina é seguida a cada reunião, de modo que a história é repetida e há um acréscimo diário de informação. O aprendiz aprende como deve apresentar o caso, em qual seqüência, em resumo, deve aprender a construir uma história, com um diagnóstico, terapêutica e prognóstico. Nas palavras de um estagiário de Medicina:

Eu no começo não sabia nem o que era importante no paciente.



Agora, na 'visita', os próprios médicos perguntam: e isto? E aquilo? E você vai começando a ver o que é realmente importante... Estou aprendendo a levar uma Medicina de uma forma mais organizada.... Eu estou aprendendo a ficar organizado, a organizar as minhas idéias de uma forma adequada, de uma forma clara, de uma forma que outras pessoas possam entender.

O estudante de Medicina aprende, assim, a ver e a decodificar o corpo humano à luz de múltiplos saberes, de forma que o corpo é reconstruído sob nova perspectiva, passando a se constituir em um conjunto organizado de percepções e respostas que emergem desse corpo como lugar de conhecimento médico (Good, 1997). Os recursos visuais são muito utilizados durante o processo de aprendizagem médica, ao longo do qual os estudantes aprendem uma forma alternativa de "visão" (Pinto, 1997). Trata-se de um longo processo, que inclui diversas etapas, desde o aprender a "ver" de uma forma específica até o ato médico. Mas para que se chegue ao ato médico é necessário um diagnóstico, produto de um trabalho de construção. Assim, a partir de um conjunto de sinais e sintomas do paciente e mediante um conjunto de aparelhos (por meio dos quais se fazem os exames) "chega-se" a um diagnóstico, constrói-se um diagnóstico - ao qual é outorgado um critério de "objetividade" (Bonet, 1996). Este processo pode ser exemplificado pelo relato de uma "visita":

A doente teve uma boa evolução, com possibilidade de alta do CTI. Mas depois ela fez broncoespasmo e atelectasia à direita, retornando à prótese respiratória. Por que voltou à prótese? Por que fez taquipnéia? O que aconteceu agora? O problema inicial a gente sabe e resolveu, mas e agora? Não adianta você falar dos parâmetros de hoje, tem que contar toda a história, toda a evolução para que a gente possa avaliar e saber do quadro. Foi algo respiratório, não parece ter sido infecção, e aí? Ela não tinha broncoespasmo, passou a ter por que? A maior chance é de estar embolizando. E como afirmar esta hipótese? (médica *staff*, dirigindo-se a um estagiário)

O estagiário disse: "*não sei... acho que...*", ao que a médica retrucou: "*Achismo não dá em Medicina, temos que trabalhar com verificações... Tem que se correr atrás dos exames...*"

Para Byron Good (1997), o estudante deve aprender a se comunicar - na escrita ou oralmente - de acordo com o universo a que se dirige, seja a profissionais ou pacientes. O aluno deve passar a conceber as pessoas enfermas como pacientes, a representar a doença e o funcionamento fisiológico por meio de números e de valores de laboratório. O aprendizado da escrita, em uma forma seletiva e específica, é fundamental para se tornar médico. A apresentação de casos não é meramente um modo de descrição da realidade, mas uma forma de construí-la. "*As histórias médicas são meios de organização e de interpretação da experiência que formulam uma realidade específica para o profissional em formação*" (Good, 1997, p.80).

Good nomeia *práticas formativas* a todos esses processos vividos pelos alunos de Medicina - não apenas meras representações, mas sim formas poderosas de ação, ao conduzir a intervenções e procedimentos. A educação médica autoriza, assim, determinadas práticas clínicas. Contudo, este exercício prático pode ser vivido pelo estudante de modo particularmente conflitivo, pois a clínica traz ao médico a tensão “doente/doença” e “singularidade/universalidade”. De acordo com Souza (1998), a teoria é exercida na prática por meio de um campo de valores que expressam a apropriação que os profissionais fazem do conhecimento - não somente em sua aplicação técnica - mas também na construção de argumentos voltados à justificativa de escolhas no exercício do ato médico. Assim, “*um paradoxo emerge na prática médica - entre a ‘subjetividade’ da experiência do sofrimento do doente e a ‘objetividade’ dos dados laboratoriais com que o médico lida*” (Camargo, 1992, p.204).

O estudante, em seu longo processo de formação, deve aprender a se posicionar diante da dupla dimensão estruturante da Medicina - entre a “racionalidade” e a “experiência”. A Medicina como instituição cultural ocidental aceita e define esta dicotomia como fundamental, além de essencial ao papel do médico - que deve dar completa primazia à competência, visto que é a base presumida de sua prática. Mas somente o saber e a competência não dão conta da abrangência da prática médica, pois a experiência, o sentir e a subjetividade do profissional também são extremamente relevantes no atendimento ao doente. Bonet (1996), em sua etnografia da aprendizagem médica, constatou a freqüente manifestação desses dois conjuntos de representações - o “saber” e o “sentir” - nas práticas cotidianas do serviço hospitalar.

Os estudantes observados valorizam especialmente o estágio no CTI, pois consideram que estão adquirindo não somente conhecimentos como também tendo oportunidade do aprendizado e do treinamento em procedimentos considerados invasivos e arriscados, como por exemplo, entubação, dissecação venosa e punção. Em um plantão, presenciei o médico plantonista orientando um estagiário de Medicina que fazia uma dissecação de uma veia profunda. O médico *staff* explicava cada etapa do procedimento, que a seguir era executado pelo estudante. A partir de determinado momento o médico afastou-se, deixando claro que o aluno poderia chamá-lo se necessário. O estudante estava visivelmente tenso e empenhado em sua tarefa, dizendo gostar muito dos plantões no CTI, por aprender muito e ter este tipo de oportunidade de treinamento. Há uma escala - não oficial - entre os estagiários e residentes do primeiro ano, organizada visando que todos tenham as mesmas oportunidades de praticar os procedimentos. Durante o período de pesquisa foram observados alguns pedidos de permissão dos aprendizes aos profissionais para executarem algumas manobras técnicas, além de disputas entre estagiários e residentes a respeito de quem seria a próxima oportunidade de praticar algum procedimento. Quando o profissional *staff* considera que o aluno tem condições, permite que o procedimento seja feito por ele, com a presença de outros aprendizes. Uma estagiária *senior* (em seu segundo ano de estágio), ao fazer pela primeira vez uma punção, definiu da seguinte maneira o

aprendizado: *“É assim que a gente aprende aqui, fazendo, errando, furando mais de uma vez, até aprender e acertar.”*

A valorização da prática na formação do médico é apontada por Merton et al. (1969), ao considerar que os estudantes aprendem as funções profissionais do médico pela combinação de seu componente de conhecimento, habilidades, atitudes e valores, como também na motivação e habilitação para o desempenho de um papel profissional de uma forma socialmente aceitável e reconhecida.

O CTI é também mais valorizado do que os outros setores do hospital no que diz respeito ao aprendizado prático no lidar com pacientes com risco iminente de vida, como explica uma médica R1, que não pretende seguir a especialidade intensivista:

Eu estou achando produtivo, estou aprendendo uma coisa diferente: os doentes graves. A gente tem um contato muito próximo com o doente, tem que ficar ali. Na enfermaria os doentes são mais tranquilos, não precisa verificar de cinco em cinco minutos, né? Aqui, a gente tem que ficar integralmente ali com o doente. Para mim, às vezes, é meio complicado por serem doentes graves e eu fico meio perdida. Então eu acho que isso está sendo bom para minha formação... Aprendo essas situações, que são coisas que normalmente eu não tenho a oportunidade de ver.

A morte e a formação profissional

A morte é presente ao longo do processo de formação profissional, e o estudante deve aprender a lidar - tecnicamente e emocionalmente - com o paciente “morredor”, isto é, o doente com vários sinais indicadores de morte próxima, sendo a constatação de morte cerebral um dado de extrema relevância para a equipe. O termo “morredor”, utilizado pela equipe desse CTI, é amplamente difundido em hospitais do Rio de Janeiro. O corpo - ainda com vida - deste enfermo, por vezes serve de modelo para algumas manobras técnicas como, por exemplo, punção arterial, uma vez que se verifica a ausência de resposta a estímulos dolorosos. Em algumas ocasiões foram feitas explanações do médico *staff*, à beira do leito, para um grupo de cerca de seis alunos, estudantes ou recém-formados, sobre o quadro clínico, o resultado de exames laboratoriais, o exame físico do paciente, com a sugestão de que cada um tocasse o corpo do doente para que verificasse os aspectos citados durante a “aula”. Neste tipo de situação, em geral, os alunos pareciam muito interessados e satisfeitos com a oportunidade de aprendizado, evidenciando uma preeminência da “competência” sobre o “cuidar” no CTI. Dizendo com Claudine Herzlich (1993, p.14)

logo que se admite que não há clinicamente mais nada a fazer, o médico cessa de alguma forma de ter responsabilidade sobre o paciente, que se torna apenas o ocupante de um leito. Contudo, essa ocupação do leito pode ainda ser útil com referência ao processo de aprendizagem profissional.

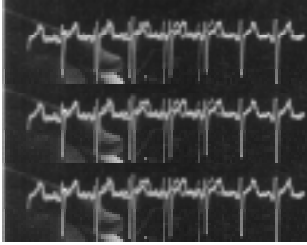
A morte é, tanto para o médico como para o hospital, antes de tudo um



fracasso (Herzlich, 1993). Por isto torna-se conveniente que a morte perca sua importância central e cesse de mobilizar recursos e energias, sobretudo nas atitudes cotidianas da equipe face ao agonizante. Deste modo, o aluno deve aprender as formas de gestão emocional no contato com a morte e sofrimento: deve saber como se comportar diante de um evento que, em geral, em nossa sociedade é de extrema mobilização emocional. A rotina das equipes do hospital é organizada de forma a silenciar a expressão emocional dos profissionais, dos doentes e de seus familiares. A morte - tão presente no CTI - é silenciada, regulada e rotinizada, talvez como uma tentativa de banalização desse fenômeno. De acordo com Zaidhaft (1990), há uma “vacinação” contra a morte ao longo do curso médico. O estudante deve incorporar este modelo, o que pode ser exemplificado pela situação a seguir. A equipe estava reunida, quando um médico residente chegou, dando a notícia da morte de um rapaz jovem (internado em uma enfermaria), que já estivera no CTI: *“Ele parou lá na enfermaria. E agora está lá a mãe do garoto, ela está lá histérica. Está na maior histeria.”* A fala do profissional demonstra que até em uma situação de um grande sofrimento - uma mãe perder um filho jovem - a referência se dá por meio de um “diagnóstico”. A angústia frente à morte é geradora de defesas - organizadas e estruturadas em um discurso profissional - pelas quais há um afastamento do drama vivido pelo familiar do doente. Não por acaso são inúmeros os eufemismos utilizados pela equipe profissional ao se referir à morte: *“está descendo a ladeira”, “está indo embora...”, “está no finzinho”, “não há mais o que fazer”, “está afundando”, “está entregue a Deus”, “não vai durar muito”, “parou, tentaram reverter e não deu”, “não vai passar de hoje”, além de “faleceu”.*

Além do afastamento do sentimento de perda por meio do recurso à linguagem “técnica”, uma outra forma de gestão de emoções se apresentou durante o período de observação: o humor. Especialmente a partir da psicanálise, o humor tem sido compreendido como revelador de verdades - às vezes extremamente difíceis - que só podem vir à tona por meio de chistes ou de metáforas. Um tipo de humor razoavelmente freqüente no CTI é o “humor negro”, o que pode ser ilustrado pelo episódio observado. A equipe aguardava a morte de uma paciente - jovem, em torno de 16 anos - com diagnóstico de morte cerebral comprovado por exame eletroencefalográfico, tomando certas providências, como contatar o Banco de Órgãos para avaliação dos possíveis órgãos a serem doados e a comunicação aos familiares. A enfermagem “cuidava” especialmente dos olhos da moribunda, colocando compressas para sua melhor conservação para uma eventual doação de córneas, quando uma médica *staff* convocou os estagiários e residentes de Medicina para explicar o procedimento. A profissional perguntou ao grupo se já haviam presenciado a retirada dos olhos de algum doente, após o óbito. Com a resposta negativa, a médica passou a descrever detalhadamente sua primeira vivência:

Foi num plantão há muitos anos atrás, de madrugada, quando um



internado chegou a óbito, chamamos a equipe do Banco de Órgãos e eu fiquei vendo para aprender. Estava tudo meio escuro no hospital, deviam ser umas três e meia da madrugada... [ao dizer isto, fazia sons como os utilizados em filmes de suspense e de terror] Na realidade não é necessário que se retire todo o olho, poderia se tirar apenas a córnea, mas é melhor que se tire todo o olho para uma melhor conservação da córnea... Eles então pegaram os instrumentos... Vocês já viram o tipo instrumento que se usa para tirar olhinhos? Bem, é tipo uma colherzinha... Parece bem uma colher de sobremesa... E... em um minuto tiraram os olhinhos... Faz um barulho na hora que sai, que nem quando a gente abre uma champagne... Ploft, que nem quando se solta a rolha... [risos da médica, diante dos protestos e pedidos dos jovens no sentido de que a médica interrompesse o relato] Ah, e vocês acham que acabou? Não, depois eles colocam prótese e o defunto fica bonitinho, ninguém percebe no velório... Fica direitinho. Eles fazem o trabalho muito bem feito...

Os jovens assistentes pediam insistentemente à profissional *staff* que mudasse de assunto e, quanto mais eles pediam, maiores detalhes eram acrescentados. O relato finalizou com a seguinte frase: *“tem sempre uma primeira vez, e quem quer ser médico tem que agüentar....”* As expressões “você tem que agüentar” ou “você tem que se acostumar” são freqüentemente referidas em diversos estudos sobre o processo de formação profissional (Souza, 1998). A médica, que provavelmente também foi submetida a certos ritos de passagem dolorosos ao longo de sua formação profissional, replica a experiência com seus jovens aprendizes. Pode-se aqui apontar que, ao longo do processo de socialização médica, há uma analogia entre a sujeição do aluno diante do professor e a esperada submissão do doente frente às intervenções médicas.

O longo processo de aprendizagem médica conduz o estudante ao afastamento do senso comum, de modo que a existência de algum eventual resquício dessas referências nos médicos residentes deve ser afastado e transformado. Durante o mesmo plantão, em discussão clínica de equipe sobre o caso da jovem “morredora”, a profissional *staff* repetiu seu relato - para o grupo, agora com mais estudantes - novamente acrescentando detalhes a cada protesto dos jovens. Uma médica residente esboçou, então, um movimento de saída da reunião, quando foi repreendida pelo profissional mais experiente, em uma clara indicação da hierarquia profissional a ser respeitada.

O estudante, em sua formação, deve incorporar os valores, conhecimentos, novas formas de comportamento e de humor, além de aprender uma nova língua - não somente a linguagem técnica como também uma gíria médica específica. Um médico residente disse, diante do resultado de um exame de um doente internado: *“são as mulambinas...”* Ao ser perguntado sobre o significado desse termo, ele respondeu, rindo: *“são as enzimas dos mulambos...”*. O termo - “mulambo” é usualmente utilizado por profissionais de saúde, em referência a pacientes de nível sócio-

econômico baixo e em estado de extrema depauperação física. A utilização do termo pode ser compreendida como uma forma jocosa de se referir tanto às condições de saúde do indivíduo e da população brasileira, como às próprias condições de trabalho do profissional de saúde (Petersen, 1998; Carrara, 1998).

A gestão das emoções é um aspecto de grande relevância ao longo do processo de formação profissional, e se apresentou com frequência no CTI observado, como, por exemplo, em caso de algum estagiário manifestar um interesse e envolvimento maior com algum doente - em geral jovem, pertencente à mesma faixa etária. Neste tipo de situação o aluno é advertido por profissionais mais experientes sobre os riscos da identificação e envolvimento com os pacientes. A proximidade além de determinados limites é, segundo os profissionais investigados, passível de comprometer a posição do profissional. De acordo com um médico *staff* formado há cerca de vinte anos: “*o paciente mais difícil é aquele com quem você se identifica*”. Ao ser perguntado em entrevista sobre a situação que mais o tocou em seu estágio, um estudante de Medicina respondeu:

Me tocou a história do A., um paciente que veio lá do interior do Ceará, paciente novo. Eu me identifiquei muito com ele porque ele é quase da minha idade, e porque eu conversei muito com o pai dele, que ficava na beira do leito... Você imaginar um rapaz novo, que tinha toda uma vida pela frente, acontecer um negócio desse, eu acho muito sofrimento prá uma família. Então é um caso que me marcou.

O distanciamento do drama vivido pelo doente e por seus familiares não é exclusivo ao profissional de CTI, faz parte da prática voltada ao “cuidado competente”. É exatamente isto que o jovem - estudante ou recém-formado - deve aprender: um estilo de vida e de comportamento, uma forma específica de organização de seu tempo. O tempo é um dos aspectos a serem levados em conta na administração das emoções do profissional de saúde. Quando um aluno “se envolve” com o drama vivido pelo enfermo e por seus familiares, ele passa a dedicar um tempo maior do que o “adequado”. Tal aspecto se apresenta particularmente no CTI, pelo fato de se tratar de um setor que lida com situações críticas, no limiar da vida e da morte, passíveis de extrema mobilização para os profissionais. Assim, decisões referentes à vida e ao sofrimento do doente, são tomadas - entre a “competência” e o “cuidado” - pelos profissionais do CTI, evidenciando o pólo preeminente para a maior parte da equipe, como no episódio a seguir.

Durante uma “visita”, discutia-se o caso de uma senhora de mais de oitenta anos, com morte cerebral já comprovada. A médica *staff* orientava a equipe no sentido da não realização de manobras “heróicas”, pois a família já estava ciente das condições da paciente. A médica dirigiu-se ao colega residente, dizendo:

Eu soube que, quando desci para resolver um assunto em outro



setor do hospital, que você não deixou que ela morresse. Por que você fez isso? A tendência, com a dosagem alterada, seria do eletrocardiograma ir retificando até chegar a uma linha reta, seria aos poucos... Eu não vejo sentido no que você fez...

Ao que o residente respondeu: *“chegou a dosagem do cálcio sanguíneo, estava baixo, e aí eu administrei cálcio e normalizou...”* A médica mais experiente perguntou: *“pra que? Já sabemos que é questão de horas...”* A psicóloga do setor perguntou então ao médico mais jovem: *“o que você sentiu quando viu a dosagem baixa?”* Ao que ele respondeu: *“Eu não senti nada, eu fiz o que achei que deveria fazer. A dosagem estava alterada e eu a equilibrei. Eu sei que se a doente fizer uma parada, não vou tentar reanimá-la, mas equilibrar era tão fácil...”*

O diálogo sintetiza uma das tensões - pois de fato é possível apontar outras - presentes no processo de formação profissional. É nessa Medicina dualizante que o estudante forma seu *habitus* médico e a ele adere, por vezes conduzindo a conflitos e a dilemas éticos de difícil solução. Na situação observada não havia espaço para um debate sobre a ética de morrer com dignidade, mas a valorização do saber, da técnica e da competência do jovem profissional - até em um momento em que a morte é iminente e inevitável. Esta foi a forma de resolução do dilema, o que talvez seja a indicação de um tipo de escolha que ilumina uma dimensão preeminente da prática médica em nossa sociedade. A decisão do aprendiz pode ser compreendida como signo da valorização do avanço tecnológico médico, capaz de pretender - e por vezes atingir - uma “domesticação” do fim da vida. A partir desse episódio, uma questão permanece em aberto: por este processo de formação profissional, o médico recebe habilitação suficiente para lidar com tais dilemas éticos?

Referências bibliográficas

- BECKER, H. **Boys in white**. Chicago: Univ. of Chicago Press, 1992.
- BONET, O A. **Saber e Sentir** – uma etnografia da aprendizagem da Biomedicina. Rio de Janeiro, 1996. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- BOURDIEU, P. Esboço de uma teoria da prática. In: Ortiz, R. (Org.) **Pierre Bourdieu**. São Paulo: Ática, 1994.
- CAMARGO JR., K. R. **(Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Relume Dumará, 1992.
- CARRARA, S. Language, social context and 'etymological consciousness'. **Cad. Saúde Pública**, v.14, n.4, p.687-90.
- GOOD, B. **Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective**. New York: Cambridge Univ. Press, 1997.
- GOOD, B., GOOD, M. D. V. Learning Medicine. The construction of medical knowledge at Harvard Medical School. In: LINDEBAUM, S., COCH, M. (Eds.) **Knowledge, power and practice: the Anthropology of Medicine and everyday life**. California: Univ. of California Press, 1993. p. 81-107.
- HERZLICH, C. **Os encargos da morte**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1993.
- MENEZES, R. A. **Difíceis decisões: uma abordagem antropológica da prática médica em CTI**. Rio de

- Janeiro, 2000. Dissertação (Mestrado). Instituto de Medicina Social/Universidade Estadual do Rio de Janeiro.
- MERTON, R. K., READER, G. G., KENDALL, P. L. (Ed.). **The student-physician**: introductory studies in the Sociology of Medical Education. Massachusetts: Harvard Univ. Press, 1969.
- PETERSEN, C. Medical slang in Rio de Janeiro, Brazil. Trambiclinicas, pilantrópicos e mulambulatórios. **Cad. Saúde Pública**, v.14, n.4, p.671-82, 1998.
- PINTO, P. G. H. **Saber ver**: recursos visuais e formação médica. Rio de Janeiro, 1997. Dissertação (Mestrado). Instituto de Medicina Social/Universidade Estadual do Rio de Janeiro.
- REGO, S. O processo de socialização profissional na medicina. In: MACHADO, M. H. (Org.) **Profissões de saúde**: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. p.119-32.
- SOUZA, A. N. **Formação médica, racionalidade e experiência**: o discurso médico e o ensino da clínica. Rio de Janeiro, 1998. Tese (Doutorado). Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- ZAIDHAFT, S. **Morte e formação médica**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.



Centro Regional da Fotografia, Nord Pas-de-Calais, França.

MENEZES, R. A. L. Etnografia de la enseñanza médica en una UCI, **Interface _ Comunic, Saúde, Educ**, v.5, n.9, p.117-30, 2001.

Este artículo trata de las actividades de enseñanza y de aprendizaje práctico en una Unidad General de Cuidados Intensivos de un hospital público universitario de Rio de Janeiro. La formación profesional del médico no consiste sólo en la incorporación de conocimientos nuevos, ya que es durante las prácticas que el estudiante se forja como profesional. En la investigación etnográfica, centrada en el proceso de toma de decisiones médicas en relación a la vida, al sufrimiento y a la muerte de los enfermos internados en la UCI, las actividades de enseñanza y de aprendizaje se revelaron de gran importancia. La construcción de una identidad profesional médica en la práctica en UCI abarca la adquisición de nuevas formas de ver y de decodificar el cuerpo humano a la luz de múltiples saberes, nuevas maneras de comunicación, como también de las formas de manejo de las emociones construidas por el equipo. A lo largo de este proceso de aprendizaje médico, el estudiante debe aprender a ubicarse frente a dilemas éticos, particularmente relevantes en una UCI.

PALABRAS CLAVE: educación medica; unidades de cuidados intensivos; ética medica.

Recebido para publicação em: 09/04/01. Aprovado para publicação em: 30/04/01.

... nossa sociedade - priorizando o sucesso, a
maximização dos ganhos - não sabe o que
fazer da morte, da grande perda...
Estamos diante de um problema seriíssimo, e
como resolvê-lo?...

A “tecnologia” de que dispõem os
acadêmicos de Medicina para lidar com a dor
enorme é simples e velha: invertê-la,
carnavalizá-la, brincar com ela...
Não será hora, cem anos depois de Freud e de
tanto o que fizeram as ciências humanas ao
longo do século XX, de pensar em formas
mais humanas de lidar com o sofrimento
compartilhado? De inventar novos modos de
lidar com a dor que presenciamos, e da qual
queremos nos desfazer? Isso não vale só para
o médico, mas cabe também para o advogado,
o promotor, o juiz e o policial: para todos
aqueles a quem se delega o papel de mediar
nossa relação com o que mais nos devasta:
morte, crime, injustiça...

Se queremos uma sociedade melhor,
preciamos ir fundo... significa, também, um
dever ou uma responsabilidade mais
específica e precisa dos Conselhos de
Medicina, aos quais cabe lidar com a
desumanização ou, pelo menos, com a
perplexidade que afeta os médicos já
formados, e das universidades, as quais
devem mexer nos currículos para pensar
menos o corpo humano como objeto de
práticas apenas técnicas, e mais a intervenção
médica como parte de uma praxis na qual
humanos agem sobre humanos.

Renato Janine Ribeiro

(extraído do texto O trote como sintoma: a dor de lidar com a dor
alheia. Interface - Comun., Saúde, Educ., v.3, n.5, p.153-60, 1999)



ELI TEIXEIRA, 1997