

## A prática anatômica e a formação médica<sup>1</sup>

Liana Albernaz de Melo Bastos<sup>2</sup>  
e Munira Aiex Proença<sup>2</sup>

A análise crítica das instituições de ensino médico revela o comprometimento de sua prática pedagógica com a instalação de um modelo de assistência distante e impessoal. Tal comprometimento se evidencia na adoção de uma metodologia de ensino que estimula o aluno a se destacar do seu objeto de trabalho e em uma noção de saber calcada nos critérios de cientificismo estabelecidos no século XVIII. A natureza, na modernidade, era vista como exterior ao homem e, portanto, como podendo ser objetivada. Ao cientista não era permitido mesclar matéria-espírito, qualidade-quantidade, corpo-alma, sentidos-razão, organismo-mente, paixões-vontade.

Na Medicina — entendida tanto como campo de saber sobre o adoecer quanto campo da prática assistencial frente aos enfermos — essa objetivação foi conseguida através da eleição da doença como seu objeto. Tratava-se de ver e tratar a doença expressa através da lesão anátomo-patológica. Esse era o trabalho médico e a escola médica deveria preparar os alunos — futuros médicos — para executá-lo.

Enquanto instituições sociais, as escolas em geral e a escola médica em particular exprimem, historicamente, os valores e os interesses dominantes do grupamento social que as legitimam. É compreensível, portanto, que as escolas médicas, coerentes com o anseio da sociedade por uma Medicina eficiente e eficaz, tenham assumido a tarefa de transmitir o saber médico como um saber sobre as doenças, cuja universalidade seria demonstrável no hospital (1). Como conseqüência, elaborou-se uma proposta pedagógica que levava o aluno a se conduzir frente ao objeto de estudo como se fora um cientista frente a uma experiência de laboratório, isto é, buscando controlar as variáveis intervenientes ao processo investigado para evitar “contaminações” (2).

O curso médico se constitui, assim, nessa dupla vertente: de um lado, disciplinas que reúnem o saber sobre as dimensões físico-químicas da realidade biológica do adoecer e, de outro, o treinamento constante de uma postura científica frente ao adoecer do paciente. Tal modelo, porém, não é suficiente para dar conta do que se passa na prática médica. No momento em que o aluno é exposto à complexidade do momento assistencial, o modo singular de cada paciente adoecer e a maneira singular com que cada profissional realiza a sua prática se impõem. A complexidade desta situação não pode ser abarcada por um pensamento científico que se sustenta em generalizações e se valida na

<sup>1</sup> Este trabalho contou com o apoio da Fundação José Bonifácio de amparo à pesquisa.

<sup>2</sup> Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Departamento de Psiquiatria. Correspondência e pedidos de separatas devem ser enviados a Liana Bastos, Rua Dr. Souza Lopes 55/201, CEP 22231-060, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: lianabastos@ax.apc.org

universalização. No entanto, no cotidiano pedagógico, são legitimados procedimentos com animais de laboratório, cadáveres e técnicas de investigação semiótica. A singularidade do encontro do médico com seu paciente ganha um papel secundário, ainda que os médicos saibam que a adesão ao tratamento e a sua eficácia sejam determinadas, fundamentalmente, por este campo relacional. Isto que os médicos denominam de “arte” não tem expressão definida no currículo; muitos professores de Medicina se referem a ela empregando a expressão “senso clínico”, mas o fazem incidentalmente, crendo, muitos deles, que este campo de criação poderia ser normatizado dentro do paradigma determinista.

A conseqüência deste processo de formação é diagnosticada na falência do modelo pedagógico/assistencial que se revela, dentre outros sintomas, na ideologia de frieza e distanciamento que perpassa a prática médica, queixa freqüente da clientela não apenas brasileira mas de todo o mundo, integrando o que hoje se denomina “crise da assistência médica” (3).

A crise da assistência médica aponta para a importância da formação de recursos humanos na área de saúde. O modelo pedagógico atual apresenta-se como limitante para todo e qualquer projeto ou programa que se norteie pela concepção ampliada do processo de saúde-doença.

Os professores de psicologia médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) já há alguns anos tinham entendido que o fulcro de sua tarefa pedagógica consistia na formação precoce de atitudes nos estudantes, revalorizando a subjetividade tanto na relação professor-aluno quanto no cenário assistencial. A subjetividade que a prática médica impõe merece ser curricularmente contemplada com a mesma ênfase que a objetividade tem merecido nas escolas médicas. Diante deste diagnóstico, identificamos algumas perguntas. Em que momento da formação médica começaria a se engendrar a desumanização do atendimento médico? Que recursos pedagógicos poderiam ser utilizados para propiciar mudanças nos futuros médicos?

Vários autores (4-14) consideram que o estímulo à “postura desumanizadora” do médico é primordialmente estabelecido na prática pedagógica da dissecação de cadáveres. Nesse sentido, a relação estudante-cadáver precederia e organizaria, como modelo, a relação médico-paciente.

A revisão da literatura médica e psicanalítica dos últimos 20 anos aponta alguns trabalhos relativos à importância que o encontro com o cadáver representa para o estudante de Medicina na sua formação e posterior exercício profissional.

Kasper (4) chama o cadáver de primeiro paciente do estudante e se preocupa com o efeito ne-

gativo dessa prática educacional médica sobre a adoção de uma atitude humanística no exercício profissional futuro. A discussão da experiência do contato do estudante com o cadáver é sugerida como meio eficaz de trabalhar psicologicamente o estresse instalado. Blackwell et al. (5) relatam uma experiência envolvendo o acompanhamento dos estudantes em sua primeira exposição ao cadáver. Frente a vários procedimentos utilizados (aulas sobre a história médica da dissecação, elaboração de uma suposta biografia para o cadáver, etc.), aqueles autores concluíram que foi a experiência de acompanhar os alunos em pequenos grupos na prática anatômica o procedimento que beneficiou a maior parte destes. Nestas situações surgiu a possibilidade de se refletir sobre os sentimentos a respeito da atividade de dissecação favorecida pela participação conjunta de um professor de anatomia e outro de área humanística. Alexander e Haldane (6) colheram as opiniões dos estudantes sobre o processo e o sistema educacional médico e encontraram um registro de desinteresse por parte dos professores pelas experiências de estresse que os alunos têm com o curso. Considerando-se o pressuposto de que a escola médica como sistema e os professores como indivíduos constituem-se em modelos de identificação para os estudantes, os autores sublinham a ambigüidade entre o processo de treinamento indiferente ao aluno e a ênfase no discurso do cuidado e consideração com os pacientes. Os profissionais, por sua vez, também se queixavam de grande número de alunos, que impedia o estabelecimento de uma relação mais próxima. Penney (7) ressalta que o primeiro paciente que o estudante vê é usualmente o morto e, sendo a anatomia o que promove esta experiência, é necessário o estudo das percepções dos comportamentos dos estudantes de Medicina antes, durante e depois da experiência de dissecação. Marks (8) descreve um programa que coloca a morte e o morrer no contexto da dissecação humana e relata alguns fracassos acadêmicos como resultado da dissecação humana. Shalev e Nathan (9) trabalham com o pressuposto de que a dissecação de cadáveres gera ansiedade e se constitui em uma fonte de estresse psicológico. Consideram o padrão de defesa contra a ansiedade, estruturado durante a dissecação, como potencialmente capaz de se constituir em uma atitude cristalizada de comportamento profissional. O recurso predominante a defesas do tipo rígido, esvaziando e anulando o conteúdo emocional (“não sinto nada”), ou a defesas do tipo onipotente, por ter sido legitimada a transgressão do tabu da violação dos corpos, podem preparar o caminho para atitudes semelhantes em situações de prática assistencial que podem gerar ansiedade.

Horne et al. (11) enfatizam que a dissecação humana provê uma oportunidade única para sensi-

bilizar os estudantes de Medicina para os complexos resultados que eles encontrarão em suas carreiras. Dissecar um cadáver, segundo aqueles autores, não é simplesmente um exercício neutro e técnico, mas acarreta questões sobre as relações entre a biologia humana e a psicologia. Isto, segundo eles, permite a discussão de temas difíceis, como a dignidade humana, a mortalidade, o luto e o modo como lidar com as emoções experimentadas pelos pacientes e pelos médicos. Charlton et al. (12) indicam que a intelectualização diante da dissecação visa reduzir o estresse gerado pela situação, de forma a produzir um modelo de distanciamento que se repete posteriormente na prática clínica, levando o médico a perceber seus pacientes não como seres humanos em sofrimento, mas como abstrações. Propõem que, se o estudante tiver a chance de expressar suas preocupações e as emoções evocadas durante a dissecação do cadáver e em outros momentos do treinamento, sua habilidade para sentir empatia pelos pacientes terá uma melhor chance de ser mantida. Sugerem que isto poderia ser conseguido através do contato regular de pequenos grupos com facilitadores, encorajando-se os estudantes a examinar suas atitudes diante da morte e a aprender a lidar com o cadáver como tendo um referente pessoal. Relatam que 5% dos estudantes informaram distúrbios como pesadelos e elevado estresse como resultado da dissecação de cadáveres. Concluem que a morte e o morrer deveriam ser incluídos nos currículos médicos, possibilitando aos estudantes tornarem-se, posteriormente, médicos com compaixão e sensibilidade.

Sukul (13) defende a necessidade de o estudante perceber o cadáver como um presente que a comunidade lhe oferece. O reconhecimento dessa doação estabeleceria a relação do estudante com um “outro” e não com o “isso”. Quando o aluno se relaciona com o “isso” vai suprimindo, gradualmente, os aspectos emocionais significativos do seu trabalho. Weeks et al. (14) propõem a introdução de uma nova dimensão na experiência que os alunos têm com o estudo da anatomia, sugerindo a adoção de medidas propiciadoras de um ambiente respeitoso para a dissecação.

Trabalhos de orientação psicanalítica (15–18) também enfatizam a relevância do encontro do estudante com o cadáver. Lewin (15) diz que o primeiro consultório do médico é a sala de dissecação e seu primeiro paciente, o cadáver. Para Lewin, a relação do estudante com o cadáver é uma saída para os impulsos libidinais, sublimados e ativos, assim como para a mestria e o poder. O cadáver passivo e sem resistência às intenções da dissecação é um objeto ideal para estas satisfações. Pretendendo ser um protótipo de todos os futuros pacientes, o cadáver facilmente se torna o paciente ideal em todos os

aspectos. Inconscientemente, junto com as habilidades e os conhecimentos, parte da relação com o cadáver é levada para os pacientes vivos. O estudante satisfaz no cadáver uma curiosidade derivada da curiosidade sexual da criança que é, em parte, curiosidade por si mesmo. Inconscientemente, ele se identifica com o cadáver e, ao fazer isto, redota o cadáver de uma certa vida. Se a identificação requerida para esta performance permanecer latente, retornará depois, levando o estudante a ter medo de sofrer das doenças que ele estuda. Este medo tem origem na vinculação com a sala de dissecação. Chadwich (16) assevera que toda a ciência médica contém no âmago uma sublimação da angústia de morte e o desejo de ganhar poder sobre ela, prolongando a vida. Glauber (17) discute como os distúrbios narcisistas do estudante e do médico e os impulsos agressivos primitivos criam obstáculos na educação médica. O cadáver representa a corporificação de todas as ciências básicas pré-clínicas. A sublimação das fantasias necrofilicas constituem seu ponto de partida. Para Glauber, o conflito entre a regressão e a progressão do ego se reflete nas ruminções necrofilicas. A mãe adesiva, por um lado, e a mãe “morta”, por outro, seriam os dois pólos do conflito. Brill (18) também aponta para as fantasias de necrofilia simbólica ou amor sexual pelo corpo morto.

A partir destas considerações, iniciamos, duas professoras de psicologia médica, um trabalho de reflexão sobre o impacto da prática anatômica com pequenos grupos de alunos do 1º semestre de Medicina da UFRJ cursando a disciplina de anatomia. Partimos do pressuposto de que o dispositivo grupal favorece a explicitação dos pensamentos e sentimentos e que essa explicitação, quando trabalhada pelo referencial psicanalítico, estrutura uma atitude humanística. O presente trabalho descreve os achados dessa experiência.

## SUJEITOS E MÉTODOS

O presente estudo foi orientado pelos seguintes pressupostos:

- o impacto da prática anatômica é um momento privilegiado para a formação de atitudes;
- a relação professor-aluno funciona como modelo identificatório que pode ser transposto para a relação do futuro profissional de saúde com seu paciente;
- a atividade grupal favorece a emergência de conteúdos de pensamentos e sentimentos;
- a produção discursiva, quando interpretada dentro do referencial psicanalítico, enseja mudança de atitudes.

Na Faculdade de Medicina da UFRJ, a prática anatômica se realiza durante o 1º semestre do 1º ano. Cada turma tem, em média, 96 alunos que, para efeito da atividade aqui relatada, foram divididos em quatro grupos, tendo sido realizados quatro encontros de 1 hora com cada grupo durante cada semestre. Foram analisados 32 grupos ao longo de 4 semestres, com um total de 384 alunos. Ao final, os estudantes fizeram uma avaliação da experiência pedagógica. A idade dos estudantes variou entre 17 e 22 anos e a frequência por sexo foi, aproximadamente, igual nas diferentes turmas.

A atividade foi coordenada, em cada grupo, por um professor de psicologia médica, tendo um professor de anatomia em co-participação. O lugar do coordenador foi o de acolhedor das angústias e de multiplicador de sentidos.

O discurso livre do grupo foi tomado como conteúdo manifesto que pode ser analisado considerando-se que a emergência dos temas recorrentes (categorias empíricas) são expressões dos mecanismos defensivos suscitados pelo encontro com o cadáver.

A realização das discussões em grupo oferece, primeiramente, um lugar de fala aos estudantes. Nos grupos há liberdade para a abordagem de qualquer temática proposta. Isto implica em uma proposta pedagógica que retira o professor de um lugar ativo/onisciente e o estudante de um lugar passivo/ignorante. A aprendizagem se faz tanto no sentido professor/estudante quanto no sentido estudante/professor e estudante/estudante. Todos os membros do grupo estão, portanto, submetidos à mesma ordem simbólica dentro de um pacto em que o lugar do poder onisciente e autocrático não é ocupado (19). Esta concepção pedagógica é, assim, democrática. Isso não implica, no entanto, que qualquer membro do grupo possa ser o coordenador, como nos grupos de auto-ajuda, por exemplo. O coordenador tem um lugar diferenciado devido à sua escuta treinada, que estimula e produz novos sentidos para as falas dos estudantes. O coordenador não se oferece como modelo médico. O que se oferece é a relação professor-estudante como possibilidade de relação a ser transferida para a relação médico-paciente.

As coordenadoras optaram por não fazer registro audiovisual do material discursivo. Temiam que angústias persecutórias (medos das observações e críticas) desencadeadas pelo registro pudessem distorcer os resultados. Foram realizadas algumas anotações pelos professores de anatomia presentes. Procedeu-se a uma reconstituição mnêmica posterior dos fatos discursivos, ou seja, elaboramos nossas anotações ao término de cada atividade.

Este método tem a desvantagem de não registrar a integralidade discursiva dos participantes,

pois a rememoração contém lacunas e se faz com reinterpretções do material. As autoras não consideram que esta desvantagem invalide a metodologia, pois que as reinterpretções feitas fazem parte da configuração do objeto estudado, incluindo, no campo, as intenções do observador e do observado, não se constituindo em artefatos a serem evitados (20). O discurso é um fato interpretativo e o que nos interessou registrar foi a subjetividade expressa no campo e não a objetividade do material discursivo.

Ao final de cada semestre, cada estudante respondia, sob anonimato, a um questionário para aferição do valor da atividade pedagógica desenvolvida como prática relevante para a construção de uma relação mais humanizada com o paciente. Para tal, solicitamos aos alunos que atribuíssem conceitos (insuficiente, regular, bom e muito bom) à relação entre o professor de psicologia médica e o aluno, à integração da anatomia com a psicologia médica e à preparação do aluno para o ciclo profissional do curso médico. Através destes quesitos, buscamos avaliar: a) a matriz de identificação para a futura relação médico-paciente, construída a partir da relação entre o professor e o aluno; b) a integração do ciclo básico (do 1º ao 3º semestres do curso médico) com o profissional (do 4º ao 12º semestres), conectando a prática anatômica com a prática clínica; e c) a aplacação, através das falas grupais, dos medos e das inseguranças que o contato com o paciente provoca nos estudantes. Solicitava-se, também, que o aluno respondesse afirmativa ou negativamente quanto à ajuda oferecida pela atividade para a reflexão sobre as questões éticas da formação médica. O questionário continha, ainda, espaço para comentários.

## RESULTADOS

Todos os 384 alunos do 1º semestre matriculados na Faculdade de Medicina da UFRJ, nos quatro semestres analisados, participaram da pesquisa. Um tema freqüentemente trazido aos grupos de discussão foi o primeiro encontro com o cadáver e o seu impacto nos estudantes. Um número significativo de estudantes jamais vira um cadáver. Alguns já haviam tido esta experiência por perda de familiares e amigos ou, incidentalmente, em acidentes em via pública. Poucos haviam visitado o departamento de anatomia da Faculdade de Medicina anteriormente ao seu ingresso na universidade.

Ver o cadáver, na qualidade de estudante de Medicina, é uma situação esperada com grande ansiedade. De maneira geral, esta ansiedade era, no discurso grupal, negada como impacto emocional. As estudantes tinham maior facilidade para referir

algumas emoções, ainda que esta não fosse a regra geral. Quanto aos estudantes, esta ansiedade frequentemente aparecia como “curiosidade científica”. Muitos estudantes referiram que, para poderem ser médicos, não deviam expressar, diante do cadáver, atitudes de nojo, medo e tensão. Mais ainda, muitos estudantes verbalizaram que tais atitudes podiam ser toleradas em alunos de outras áreas que também estudam o cadáver (psicologia, educação física, dança, fisioterapia, etc.), mas não no futuro médico. Consideravam que a atitude adequada diante do cadáver era um misto de frieza e distanciamento aliado à curiosidade científica. O médico, assim foi dito por vários, não pode se envolver com seus pacientes.

Estimulados pela coordenadora a falarem sobre suas experiências pessoais como pacientes e sobre o que consideravam como bons atendimentos médicos, os estudantes observaram que isto se dera quando o médico demonstrara interesse, envolvendo-se e criando um clima de confiança. A partir desta reflexão, um estudante que havia dito anteriormente que, para ele, o cadáver não era uma pessoa e sim um objeto de estudo, disse, em dado momento, que iria se contradizer, já que considerar o cadáver apenas como um objeto de estudo, esquecendo-se de que ele foi uma pessoa, significa não respeitá-lo.

O tema do respeito ao cadáver foi recorrente. Todos os estudantes consideravam que respeitar o cadáver é uma atitude ética. No entanto, referiram o fato de que inúmeras brincadeiras eram feitas dentro do gabinete anatômico. Embora alguns condenassem as brincadeiras, vários não as consideravam desrespeitosas, já que o cadáver não iria se incomodar e as brincadeiras serviam para descontrair uma tensão existente. A coordenadora levou-os a mencionar outras situações em que se faziam brincadeiras. Os estudantes concluíram que as brincadeiras eram feitas em outras situações de tensão próprias da atividade médica. (Foram lembrados o centro cirúrgico e as unidades de tratamento intensivo.)

O cadáver foi reconhecido como gerador de tensão. Um aluno que, no início de um grupo, dissera nada sentir diante do cadáver, ao final deste mesmo encontro disse que se ele mesmo fosse um cadáver, embora sem ver nem ouvir, não gostaria de determinadas brincadeiras que os estudantes fazem. A discussão prosseguiu para o entendimento do sentido de “respeito ao cadáver” (equivale a respeito ao paciente comatoso ou ao anestesiado). Uma aluna propôs que o respeito era um respeito por si próprio ao perceber que o cadáver (ou o paciente comatoso ou o anestesiado) foi (ou é) uma pessoa.

A morte apresentada pelo cadáver, apontando para a mortalidade de cada um de nós, fez com que, muito frequentemente, o cadáver não pudesse ser visto como humano. As seguintes falas de um grupo são exemplares. Muitos estudantes concordaram com a afirmação de que o cadáver não era uma pessoa, mas sim um objeto de estudo. Diziam que o cadáver parecia um “boneco de borracha”. Apenas o viam como possibilidade de ampliar seus conhecimentos sobre o corpo humano para posteriores intervenções médicas. Negavam a existência de uma vida prévia naquele corpo. Uma estudante disse que, quando o cadáver estava sobre a mesa anatômica, era um objeto de estudo. Porém, quando o retiravam de dentro da cuba de formol, ela sentia o cadáver como um corpo parecido com o das pessoas vivas, sentia que o cadáver já fora vivo. Outra estudante disse, em seguida, que muitas vezes perguntava como teria sido a vida daquele cadáver. Um dos estudantes que se referira ao cadáver como um boneco de borracha contou que ficara muito impactado ao ver o cadáver de uma criança com a mesma idade presumível de um sobrinho seu.

O distanciamento dos estudantes em relação ao cadáver foi, por muitos, justificado por serem os cadáveres indigentes, sem identificação, sem família e cuja morte, portanto, não teria gerado sentimentos de perda e de tristeza. Suas vidas não teriam tido valor. Instado pela coordenadora, o professor da anatomia contou como chegam os corpos ao gabinete anatômico. Atualmente, a faculdade de Medicina da UFRJ mantém um convênio com um hospital psiquiátrico de pacientes crônicos. Após as formalidades legais (incluindo-se aí a tentativa de se localizar as famílias), o cadáver é trazido à faculdade onde é fotografado e identificado, permanecendo na geladeira por, pelo menos, 60 dias à disposição de eventuais familiares. O professor relatou, ainda, outras situações: a de um homem que procurara pelo corpo da irmã (ela fora paciente do hospital psiquiátrico) e que, após o reconhecimento, fizera uma oração e doara o corpo. Contou de um funcionário da faculdade que convivera intimamente com várias pessoas que trabalhavam no departamento de anatomia e que, em vida, doara seu corpo para dissecação, falecendo em seguida. A doação não foi aceita pelos professores, que se viram impossibilitados de tratar o corpo como peça anatômica. Os relatos do professor de anatomia geraram, no grupo, um clima de reflexão. Assim, os estudantes que, inicialmente, negavam seus sentimentos diante do cadáver (é um indigente, não tem família, sua morte não causou tristeza) puderam admiti-los. O anonimato do cadáver foi, então, entendido como um mecanismo defensivo necessário para a prática da dissecação.

Em outro grupo, falou-se sobre a diferença entre o estudo da anatomia e outras disciplinas do ciclo básico. Vários estudantes disseram que a anatomia era mais fácil porque seu estudo era mais “concreto”, em oposição, por exemplo, à bioquímica e à biofísica. Podia-se ver a peça anatômica e compará-la com o próprio corpo. A coordenadora estimulou o grupo a falar das semelhanças e das diferenças entre as peças anatômicas e os corpos dos estudantes. Surgiu uma discussão sobre o corpo vivo em relação ao corpo morto, o corpo dividido (peças anatômicas) em relação ao corpo inteiro. Um estudante concluiu, então, que a peça anatômica “é e não é igual à gente”.

O paradoxo de simultaneamente ser e não ser igual a seu paciente e sobre as conseqüências éticas da existência deste paradoxo. O grupo discutiu as dificuldades surgidas na prática médica quando se evita este paradoxo. Ser igual ao paciente impede o médico de tratá-lo, pois ambos se confundem. Não ser igual ao paciente produz um comportamento médico de frieza e não compreensão do paciente. Em outro grupo, uma estudante sintetizou o paradoxo da prática anatômica dizendo que pensar no cadáver como pessoa faz com que não seja possível dissecar; enquanto que esquecer que o cadáver foi pessoa faz com que não seja possível respeitá-lo.

Freqüentemente, ao início das discussões, os estudantes negavam as angústias presentes projetando-as para momentos posteriores do curso médico, por exemplo, afirmando que a parte difícil do curso ainda estava por vir. Diziam que seus medos não se relacionavam com o cadáver mas com ver sangue, não suportar o sofrimento dos pacientes, não conseguir fazer os diagnósticos e, eventualmente, provocar morte dos pacientes. Mediante a racionalização do contato com o cadáver, os estudantes buscavam se tranqüilizar em relação ao confronto com a morte representada no cadáver.

Muitos estudantes falaram do poder que sentiam diante do cadáver. O cadáver se submete ao estudante sem nenhum questionamento. O cadáver não fala, não geme, não morre e não processa. Esta afirmação gerou grande discussão sobre o poder médico. Um estudante disse que o médico deve salvar vidas; outro questionou a afirmação: o médico deve aliviar o sofrimento. Uma aluna disse que este pensamento é perigoso pois, se o médico se contentasse em apenas aliviar os sofrimentos, poderia negligenciar medidas que manteriam o paciente vivo. A coordenadora estimulou o grupo a refletir sobre manter o paciente vivo. Uma estudante concluiu que era muita prepotência do médico achar que só ele sabia o que devia ser feito para o paciente. Os estudantes concordaram que o paciente e a família deveriam participar das decisões médicas.

## **Avaliação dos alunos**

Conforme as avaliações escritas, 66% do total de 384 alunos consideraram muito boa a relação dos professores de psicologia médica com os alunos; para 25% essa relação foi boa; para 6%, regular; e para 3%, insuficiente. A preparação dos estudantes para o ciclo profissional foi considerada muito boa por 48%; boa por 34%; regular por 9%; e insuficiente por 9% dos estudantes.

A integração da anatomia com a psicologia médica foi considerada muito boa por 40% dos estudantes; boa por 50%; regular por 8%; e insuficiente por 2%. A reflexão sobre questões éticas na prática médica foi considerada proveitosa por 95%, e não proveitosa por 5% dos estudantes.

Uma estudante escreveu que, embora não tivesse dificuldades com a prática anatômica, havia sido útil ouvir os colegas, pois isso a levava a refletir sobre problemas a respeito dos quais nunca pensara. Outra escreveu sobre a importância da atividade no momento de enfrentar a concretização da morte através do encontro com o cadáver e para a reflexão sobre as atitudes e a ética do médico com seu paciente. Um estudante escreveu que os grupos introduziram a questão ética num momento do curso em que habitualmente não se fala disto. Dos participantes, 11% pediram uma freqüência maior dos encontros; 14% solicitaram a continuação deste tipo de atividade durante todo o curso médico. Um estudante sugeriu que estes encontros fossem opcionais para estudantes com problemas (ele se excluía). Poucos pediram que os professores fossem diretivos e mais objetivos nas temáticas. Alguns sugeriram que falássemos sobre os problemas futuros da prática médica e não sobre a prática anatômica.

## **Dificuldades emocionais dos estudantes**

Algumas dificuldades emocionais dos estudantes foram espontaneamente relatadas evitando-se, contudo, a transformação do grupo em espaço terapêutico.

Sintomas como a dificuldade em comer carne eram mais facilmente admitidos diante do grupo do que ansiedade diante do cadáver. A negação maníaca era mais freqüente. As estudantes admitiam mais claramente sentimentos de nojo e pena. Um estudante contou, no grupo, um pesadelo com cadáveres e, posteriormente, nos procurou solicitando ajuda psicoterápica, dizendo estar com dúvidas quanto à sua escolha profissional. Outra aluna que, após o primeiro encontro, nos procurara queixando-se de terror noturno, cujo início relacionava à prática anatômica, e crise de angústia diante da

visão do cadáver, informou-nos, 3 semanas mais tarde, do desaparecimento dos sintomas. Outro aluno escreveu agradecendo o “amparo” oferecido aos alunos nas suas dificuldades pessoais surgidas no contato com o cadáver, referindo ter sido pessoalmente ajudado no grupo.

## DISCUSSÃO

Mediante a discussão em grupo, a frieza e a distância diante do cadáver e diante do paciente podem ser compreendidas pelos estudantes como mecanismos defensivos de que o estudante ou o médico se valem para lidar com as angústias negadas, advindas do contato com o cadáver e com o paciente.

O cadáver aparece como o “paciente ideal”, aquele que permite o exercício da onipotência médica — o que, posteriormente, pode ser transferido para a prática médica. A discussão desta temática permite a verbalização dos desejos de onipotência e de controle (sádico) sobre o objeto (21). A onipotência médica está a serviço do controle da morte (a própria deslocada para o paciente) (22).

O anonimato do cadáver é entendido como não-humanidade e os sinais de vida (um cadáver de mulher com as unhas pintadas, por exemplo) promovem uma desestabilização neste mecanismo. Identificar o vivo no morto tem como contrapartida identificar o morto no vivo. Assim, a identificação com o cadáver (que passa pela identificação do cadáver) aumenta a angústia de morte. Da mesma forma, os cadáveres de crianças e algumas partes do corpo humano geram maior ansiedade: a cabeça, as mãos, os genitais, como indicadores de idade, identidade e gênero. Além disto, as peças anatômicas reavivam as assustadoras fantasias do corpo despedaçado, presentes em todo ser humano, que remetem às fragmentações físicas e psíquicas. Algumas partes do cadáver (cabeça, olhos, genitais, mãos e pés) evocam, por equivalência simbólica, angústias de castração (23). Os sintomas fóbicos remetem às soluções de compromisso entre o desejo fálico e a percepção da castração. A dificuldade em lidar com estas angústias leva o estudante a negar a existência da vida diante do corpo morto para negar a morte (de cada um) diante do corpo vivo (o próprio corpo). Este mecanismo transfere-se para a prática médica. O doente é um corpo outro, um “isso”, e não um ser humano em sofrimento com o qual o médico se identifica.

Outros mecanismos utilizados são o deslocamento e a racionalização da angústia experimentada no aqui e agora diante do cadáver. O temido não é a morte presente no cadáver, mas a possível morte de um paciente futuro. A morte temida passa

a ser uma abstração imaginária de um futuro paciente imaginário.

A compreensão destes mecanismos e as ressignificações que a discussão grupal traz causam, sem dúvida, uma diminuição da angústia do estudante diante do cadáver, engendrando um modelo de relação médico/paciente mais humanizado e contribuindo para a mudança da ideologia de frieza e distanciamento do médico. Contudo, permanece o paradoxo (24) da atividade médica: ser, ao mesmo tempo, um conjunto de procedimentos baseados na ciência técnica, moldada no paradigma cartesiano, e ter que levar em conta a complexidade da relação humana preñe de sentimentos e emoções. Necessitamos, assim, repensar a Medicina e o currículo das escolas médicas dentro do paradigma da ciência contemporânea em uma nova aliança entre razão e emoção (25), em que o pensamento não é apenas produto da razão mas de todo o sujeito, o corpo aí incluído.

Esse paradoxo desafiador pode ser trabalhado através de atividades pedagógicas como a descrita. A desconsideração das subjetividades presentes no ato médico inicia-se pela não consideração das subjetividades na relação professor-aluno. Considerá-las implica em uma revisão do currículo médico que, em nossa universidade, se apresenta de forma fragmentária e descontínua, com separação entre um ciclo pré-clínico e clínico e entre o estudo das doenças e a reflexão sobre a relação médico-paciente. A atividade pedagógica por nós proposta aponta para a possibilidade de se reverter o quadro desolador do atendimento médico desumanizado. Isto nos leva a reafirmar a importância de um trabalho grupal de reflexão desde o início do curso médico, estendendo-se por todo o tempo da formação.

---

## SYNOPSIS

### **Anatomy practice and medical education**

*Medical education is committed to a distant and impersonal model of medical care that does not take into consideration the complexity of the encounter between physician and patient. Some authors believe that the “dehumanizing posture” of physicians is encouraged by the pedagogical practice of dissecting cadavers. In this sense the relationship between student and cadaver would be a model preceding and shaping the relationship between physician and patient. This article describes a study on the impact of anatomy practice on first-semester medical students enrolled in the anatomy course at the Federal University of Rio de Janeiro, Brazil. Groups of 16 students attended four 1-hour meetings over the semester. Thirty-two groups were assessed over four semesters, with a total of 384 students. The activ-*

ity was coordinated by medical psychology and anatomy professors, who took notes during the sessions. At the end of each semester the students filled out a questionnaire to help evaluate this teaching activity. In the groups, the most frequent themes were the first encounter with the cadaver, respect for the cadaver, and the presence or absence of humanity in the cadaver. In general the questionnaire showed that the students found the experience to be positive. We believe that the pedagogical activity described here provides an opportunity to reverse the gloomy state of affairs of dehuman-

ized medical care. Group discussions help decrease students' anxiety with the cadaver. This in turn results in a more humane model for the physician-patient relationship and promotes change in the ideology of coldness and distance on the part of the physician. The paradox of medical education—being technical and also having to take into account the complexity of human relationships—can be resolved through activities such as this one.

## REFERÊNCIAS

1. Foucault M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Editora Forense-Universitária; 1987.
2. Schraiber LB. Educação médica e capitalismo. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO; 1989.
3. Fox RC. Essays in medical sociology: journeys into the field. New Brunswick: Transaction Books; 1988.
4. Kasper A. The doctor and the death. In: Feifel H, ed. The meaning of death. New York: McGraw-Hill; 1969. p. 259-270.
5. Blackwell B, Rodin AE, Nagy F, Reece RD. Humanizing the student-cadaver encounter. Gen Hosp Psychiatry 1979; 1(4):315-321.
6. Alexander DA, Haldane JD. Medical education: a student perspective. Med Educ 1979;13(5):336-341.
7. Penney JC. Reactions to human dissection: a report, and a proposal for curriculum modification. Proc Annu Conf Res Med Educ 1983;22:220-225.
8. Marks S. Experiences with learning about death and dying in the undergraduate anatomy curriculum. J Med Educ 1980;55(1):48-52.
9. Shalev A, Nathan H. Medical students' stress reactions to dissections. Isr J Psychiatry Relat Sci 1985;22(1-2):121-133.
10. Gustavson N. The effect of human dissection on first-year students and implications for the doctor-patient relationship. J Med Educ 1988;63(1):62-64.
11. Horne DJ, Tiller WG, Eizenberg N, Tashevskaya M, Biddle N. Reactions of first-year medical students to their initial encounter with a cadaver in the dissecting room. Acad Med 1990;65(10): 645-646.
12. Charlton R, Dovey SM, Jones JG, Blunt A. Effects of cadaver dissection on the attitudes of medical students. Med Educ 1994;28(4):290-295.
13. Sukol R. Building on a tradition of ethical consideration on the dead. Hum Pathol 1995;26(7):700-705.
14. Weeks SE, Harris EE, Kinzey WG. Human gross anatomy: a crucial time to encourage respect and compassion in students. Clin Anat 1995;8(1):69-79.
15. Lewin BD. Counter-transference in the technique of medical practice. Psychosomatic Medicine 1946;13(VIII):196-199.
16. Chadwick M. Notes upon the fear of death. Int J Psychoanal 1929;10:321-334.
17. Glauber P. A deterrent in the study and practice of medicine. Psychoanal Q 1953; 22:381-412.
18. Brill AA. Necrophilia. J Crim Psychopath 1941;II:433-443.
19. Freud S. Tótem y tabú. In: Freud S. Obras completas. Vol 13. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1976. pp. 1-164.
20. Rorty R. Objectivity, relativism, and truth [philosophical papers]. Volume 2. Cambridge: Cambridge University Press; 1991.
21. Segall H. A necrophilic phantasy. Int J Psychoanal 1953;34:98-102.
22. Zaidhaft S. Morte e formação médica. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1990.
23. Fédida P. L'anatomie dans la psychanalyse. Nouv Rev Psychanalyse 1971;3: 109-126.
24. Morin E. Introduction à la pensée complexe. Paris: ESF Éditeur; 1990.
25. Prigogine I, Stengers I. A nova aliança. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 1984.