# Humanização e estresse na formação médica

# *Humanization and stress on medical under graduation*

**ALBERTO MANUEL QUINTANA** – Professor do Curso de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Educação da UFSM. Mestre em Psicologia Clínica, Dr. em Ciências Sociais (Antropologia Médica).
**ARNALDO TEIXEIRA RODRIGUES** – Professor do Departamento de Clínica Médica da UFSM, Mestre em Nefrologia.
**CATIA M. DOMINGUES GOI** – Professora do Departamento de Neuropsiquiatria da UFSM, Especialista em Psiquiatria.
**LUIS AUGUSTO BASSI** – Médico, Professor do Departamento de Clínica Médica da UFSM.

O trabalho foi realizado junto ao Curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Maria.

✉ Endereço para correspondência:
**Alberto Manuel Quintana**
Rua Tiradentes nº 23 apto 701
CEP 97050-730
Santa Maria – RS – Brasil
Fone (55) 222-0936
albertoq@ccsh.ufsm.br

**SINOPSE**

Esta pesquisa tem o objetivo de identificar as habilidades que, segundo os professores-médicos, devem ser desenvolvidas pelo aluno para que este obtenha as ferramentas necessárias ao trato das emoções decorrentes de sua prática profissional. As técnicas utilizadas foram entrevistas semi-estruturadas com professores-médicos e observações em disciplinas e setores do hospital-escola. A análise evidenciou que o controle das emoções é uma habilidade que o corpo docente espera que o futuro profissional adquira durante sua formação. Constatou-se que os professores-médicos consideram o costume, a repetição e o hábito meios que, ao favorecerem a aquisição de uma *calosidade emocional* pelo aluno, proporcionam-lhe proteção contra as situações angustiantes da profissão. Uma outra forma, ainda que incipiente, de lidar com essa problemática foi evidenciada nas aulas de Clínica Médica I, durante as quais, através de uma estrutura de seminários, procurou-se integrar os aspectos técnicos e os aspectos emocionais gerados pela prática médica.

UNITERMOS: Currículo; Educação Médica; Atitude Frente à Morte; Docente de Medicina.

**ABSTRACT**

*The objective of the present study is to identify the abilities that should be developed by students so that they could get the necessary tools to treat the emotions caused by their profession, according to the medical professors. The techniques used were semi-structured interviews with medical professors and peer-observations in classes and in different areas of the teaching hospital. This analysis has highlighted that the control of emotions is an ability the medical professors hope the future professional acquires during the academic education. There was an identification that the medical professors has regarded that the custom, the repetition and the habit, means that, when in favor an acquisition of an emotional callosity by the student, which provides protection against afflicting situations of the profession. Another way, even inceptive, of dealing with this problem was notices in Clinical Medicine I classes, during which, through seminars structures, it was sought to integrate the technical aspects with the emotional ones originated by its own medical practice.*

KEY WORDS: *Curriculum; Education; Medical; Attitude to Death; Faculty; Medial.*

## INTRODUÇÃO

Observa-se, já há algum tempo, uma crescente preocupação com a humanização da medicina. Essa preocupação se evidencia tanto na população assistida, através de suas solicitações de uma atitude menos fria por parte do profissional que a assiste, quanto no interior do sistema médico. De fato, esse fenômeno é comprovado pelo aumento da oferta de cursos de extensão sobre humanização e pela preocupação com essa temática presente nas diretrizes curriculares do curso de graduação. Essas diretrizes, além de fazerem referência direta a um perfil do egresso com *formação generalista, humanista, crítica e reflexiva*, apresentam uma recomendação para que seus currículos contemplem a *capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-paciente*, bem como a indicação para que a estrutura do curso inclua *dimensões éticas e humanísticas* (1).

Atualmente, a medicina vive um momento de excelência no que se refere às técnicas utilizadas e à eficácia das mesmas; no entanto, paradoxalmente, também se evidencia um crescente mal-estar em relação a sua prática. A frieza e a dificuldade do profissional na relação com o paciente são os principais elementos apontados como causadores desse *descontentamento*.

Acreditamos que o que, por vezes, se perde de vista é a exigência, sofrida por esse profissional, de realizar uma tarefa que o expõe, mais do que na maioria das profissões, a situações estressantes e de forte conteúdo emocional e cujas conseqüências não são questionadas. De fato, uma prática na qual se lida com pessoas implica a necessidade de humanização; contudo, não devemos perder de vista que, no quotidiano de seu trabalho, o médico se defronta com situações de dor e morte, o que traz a essa profissão um alto índice de ansiedade (2, 3, 4, 5, 6, 7).

Tal problema se evidencia também entre os alunos que, em virtude das intensas demandas do currículo do curso e do contato com doenças graves e morte de pacientes, estão sujeitos a um forte estresse (8,9). Esse estresse pode

estar na origem de doenças graves descobertas em estudantes durante a sua aprendizagem de habilidades clínicas (10). O grupo de Assistência Psicológica ao Aluno da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (GRAPAL) vem desenvolvendo interessantes trabalhos que têm como foco o estudante de medicina. Os resultados, além de evidenciarem o estresse a que esses estudantes estão submetidos (11), apontam-no como um dos fatores determinantes do fato de o coeficiente de suicídios entre os alunos da FMUSP ser maior que o apresentado na população em geral (12).

Pouco se tem trabalhado sobre a forma como o médico é preparado para lidar com essas situações estressantes inerentes a sua profissão. Assim, na tentativa de aproximarmo-nos dessa problemática, tomamos como objetivo de nossa pesquisa visualizar quais habilidades os profissionais-professores de medicina consideram que devam ser desenvolvidas pelo discente para que este tenha ferramentas para lidar com as emoções decorrentes de sua prática profissional.

## MATERIAL E MÉTODOS

Para a realização deste trabalho optamos por uma abordagem qualitativa, a qual oferece elementos que permitem apreender melhor as significações procuradas (13). Foram utilizadas as técnicas de entrevistas semi-estruturadas e de observação (14, 15). As entrevistas não possuíam um roteiro a ser seguido; contudo, foram utilizados *eixos norteadores*, uma vez que nenhuma entrevista de pesquisa é totalmente livre (16). Esses eixos consistiam em pontos que deveriam ser abordados durante o encontro e que serviram para orientar o pesquisador na condução da entrevista: 1) situações angustiantes vivenciadas pelo entrevistado durante o seu curso de formação e na profissão; 2) situações angustiantes por ele observadas no corpo discente durante a sua atuação como professor; 3) situações em que seu paciente morreu ou não apresentou possibilidades de melhora; 4) a comunicação da situação clínica a pacientes graves e a seus familiares; 5) a forma de elaboração dessas ocorrências; 6) o preparo do profissional de medicina para lidar com essas situações; 7) instrumentos oferecidos pelo curso para o enfrentamento desse tipo de acontecimento.

Após a aprovação do projeto pelo Colegiado do Curso de Medicina da UFSM e pelo Gabinete de Pesquisa e Extensão do HUSM, foram realizadas nove entrevistas com o prévio consentimento dos participantes. A escolha dos sujeitos recaiu sobre professores-médicos que lecionassem disciplinas identificadas, durante a observação, como capazes de despertar ansiedade no discente.

A observação foi realizada em aulas das disciplinas de Clínica Médica I e de Anatomia Geral do Curso de Medicina da UFSM, bem como nos setores de UTI Adulto e Infantil e no Pronto Atendimento do Hospital Universitário de Santa Maria. O material assim obtido foi trabalhado por meio da análise de conteúdo (17, 18, 19, 20).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um aspecto que foi tomando corpo no desenvolvimento da análise do material, até se tornar uma categoria principal, foi a concepção de que o aluno deve aprender, durante o transcurso de sua formação, a ter controle sobre suas emoções. Para alcançar esse controle considera-se que o estudante não deve refletir sobre os seus sentimentos mas conseguir reprimi-los.

Podemos identificar, na fala dos professores, que esse controle começa por não se permitir que as emoções geradas pelo confronto com a morte e o sofrimento sejam percebidas pelo outro (colega ou professor). Caso isso não seja possível e a emoção se manifeste, como ocorre no surgimento do denominado *sintoma vagal (*caracterizado por bradicardia, sudorese, palidez, hipotensão que o estudante pode apresentar frente ao cadáver ou a intervenções cirúrgicas), o sintoma será ora atribuído a uma carência alimentar nesse dia, ora à debilidade decorrente de alguma doença. Ambas as causas enunciadas estão vinculadas a uma situação física. É também reconhecido, ainda que não seja comentado, que, em alguns casos, a origem dessas manifestações somáticas esteja ligada a uma emoção decorrente da falta de preparo para a realização da prática profissional.

> *É. Isso acontece seguidamente, principalmente em cesariana, em que existe a presença maior de sangue; o aluno que não está bem preparado ou, às vezes, o aluno que durante, pela manhã não se alimenta, acaba na hora ficando nervoso, fazendo uma hipoglicemia e tendo a sensação de desmaio. É bem comum de acontecer isso; geralmente o aluno iniciante de cirurgia sente uma ou duas vezes, mas depois...segue em frente (Prof. 16).*[1]

São duas as causas apontadas como fontes do mal-estar; a primeira é atribuída a uma falta de preparo, e a segunda a uma falta de alimentação. Em relação a esta última, fica claro o fator que desencadeou o sintoma: a hipoglicemia; contudo, nada se explicita em relação à primeira causa. A falta de que elementos torna o aluno despreparado? Quais são as medidas que devem ser adotadas para solucionar o problema?

Constatou-se a inexistência de medidas que visem a criar um ambiente onde o estudante possa falar sobre aquilo que está sentindo e que lhe possibilitem, dessa forma, tomar consciência das suas emoções. A causa biológica é a única a ser explicitada perante o aluno, encobrindo, assim, a aludida *falta de preparo.*

De fato, o professor confirma essas situações biológicas (falta de alimentação) como causadoras do mal-estar do aluno e, inclusive, quando este não as enuncia, será o docente quem as indicará como as únicas causadoras do sintoma. Dessa forma, ele demonstra julgar que o incentivo ao aluno para que reflita

[1] A numeração aqui utilizada tem por objetivo manter o anonimato dos entrevistados, motivo que também nos levou a neutralizar as falas através da apresentação no gênero masculino, independente da natureza da pessoa entrevistada.

sobre suas emoções não seria o caminho indicado para lidar com tais situações. Pelo contrário, a idéia aqui presente é de que o estudante deve aprender a reprimi-las; ele deve se fortalecer, criar uma couraça através da qual se torne imune a esse tipo de afeto. Isso implica a concepção de que esse iniciante, com o tempo, adquirirá, a exemplo do que ocorreu com o próprio professor, uma *calosidade* que o protegerá desse sofrimento.

> *... acho que os primeiros óbitos que a gente assiste são os que marcam, né, depois a gente começa... a... se habituar mais (Prof. 9).*

Essa mesma apreciação é manifestada em relação ao impacto que os alunos têm tanto diante de uma intervenção cirúrgica, como ao assistir uma necropsia ou, simplesmente, se deparar com um cadáver. Relatando as aulas iniciais da disciplina de anatomia, o professor diz:

> *Aí, de certa forma, o material então está preparado em uma gaveta, os alunos até (...), alguns vomitam, alguns desmaiam. Alguns meses depois, acostumam, não é. Quando tem uma necropsia, cortar o corpo, leva mais susto ainda... (Prof. 1).*

Referindo-se a uma outra experiência, o mesmo professor relata:

> *... estava dando uma aula, e uma aluna desmaiou, não é, dentro da sala de necropsia. Mas depois ela acostumou e acabou sendo até perita em medicina legal (Prof. 1).*

Essa idéia de que é através do costume, da repetição e do hábito que o aluno passa a elaborar essas situações sem a necessidade de falar ou refletir sobre elas também foi exposta por Valente e Boemer (21) em relação aos estudantes de enfermagem. Os autores consideram que, no início, é difícil, para os alunos, um contato diário com a morte e o sofrimento; porém, com o passar do tempo, isso se ameniza.

No trabalho de Vianna & Piccelli (22), aparece, também, a idéia de que o convívio freqüente com a morte vai possibilitar que o profissional de saúde, no futuro, tenha uma maior facilidade para lidar com esse tipo de situações. De fato, eles afirmam que o trabalho do profissional de medicina obriga-o a um contato com a morte, fato este que lhe permitiria diminuir a relutância de lidar com essa temática.

Zaidhaft (23), em seu livro sobre a formação médica, também trabalhou sobre a maneira como era explicado o trajeto entre o desmaiar enquanto se assiste a uma necropsia até ter *sangue-frio* e *não se envolver* com a morte. O autor assinala que essa transição era atribuída, pelo corpo docente, a um *se acostumar a um fenômeno natural.* Na seqüência, realiza uma crítica a essa idéia, argumentando que, apesar das inúmeras experiências a que o aluno é exposto durante sua formação, não podemos falar que existiu, por parte desse sujeito, uma aceitação da morte, pois o que se observa é, antes, um *empenho em vencê-la a todo custo* e não um reconhecimento de seus próprios limites como ser humano.

Entretanto, não é somente ante a morte e o sofrimento que o aluno pode apresentar angústia. Como vimos anteriormente, esse sentimento também se faz presente naquelas ocasiões em que o futuro médico realiza um procedimento invasivo no paciente, como é o caso de uma incisão cirúrgica:

> *É a própria visão do sangue, e eles vão trabalhando isso com o tempo (Prof. 3B).*
> *... ele vai receber, ele vai ter então a resposta do tecido vivo à agressão cirúrgica (...). Então vai sangrar, ele vai ter que coibir o sangramento. (...). Às vezes a gente observa, no chegar, o aluno está um pouco apreensivo, tremendo, mas creio que todos... vencem com, com, com... o passar dos procedimentos (Prof. 3A).*

Assim, segundo tais depoimentos, a ação prática não somente serviria para o aprimoramento da técnica, mas, também, para o aprimoramento da capacidade de controle sobre as emoções através da criação de uma *calosidade emocional*. O depoimento que dá seqüência ao anterior, e que transcrevemos a seguir, deixa isso evidente:

> *Porque executando um procedimento mais sofisticado, ele tá tendo... subsídios para desenvolver a estabil..., ou iniciar, na verdade, a estabilidade emocional diante da agressão cirúrgica, do procedimento, e, ao mesmo tempo, tendo oportunidade de, em praticando aquilo ali, desenvolver a sua habilidade, a sua destreza (Prof. 3A).*

Evidencia-se, então, uma concepção de que a prática permite que o aluno, além de adquirir uma habilidade manual (controle sobre o sistema motor), conquiste também uma habilidade emocional, a qual consistiria na capacidade de controle sobre as emoções.

Essa função pedagógica atribuída ao papel da repetição é explicitada mais adiante pelo docente:

> *... essa oportunidade nesse serviço é para isso, quer dizer, não só desenvolver a parte técnica, mas a parte emocional (Prof. 3A).*

Já que não existe, como vimos anteriormente, uma reflexão, junto ao aluno, sobre as angústias com que este se depara diante dos procedimentos invasivos realizados, e que, por outro lado, os sintomas manifestados pelo discente são atribuídos à falta de alimentação ou uma outra causa biológica qualquer, fica evidente que esse trabalho emocional limita-se à exposição repetida desse sujeito à situação geradora de angústia.

> *O receio com que eles vêm, medo, o mal-estar que alguns sentem (...). Depois no final já vem, já é automática, já entram com tranqüilidade (Prof. 3B).*

Ao que outro professor complementa:

> *Exatamente. (...) Então veja que isso teve evolução do ensino (Prof. 3A).*

Dessa forma, para que o aluno aprenda a lidar com as angústias gera-

das pela exposição a situações de morte, sofrimento e dor, o método adotado é a *ação pedagógica* de submetê-lo repetidas vezes àquelas situações fontes de ansiedade. Assim, a ausência de manifestações emocionais, por parte do aluno, é vista como um sinal de aprendizagem, a qual consistiria, desde essa perspectiva, na habilidade de conservar as emoções dominadas.

Porém, o que um aluno sente e expressa também é sentido pela maioria dos seus colegas; o que de fato diferenciaria aquele que manifesta um mal-estar é a intensidade da emoção, que, neste caso, impede que a mesma permaneça oculta. Em diversos casos são os próprios professores que censuram, de uma forma encoberta por meio de uma piada ou uma ironia, o discente que exterioriza uma emoção:

> *Ah, daí diziam 'Ah, vai lá, o fulano desmaiou!'. Daí tu ficava lá deitado um pouco, daí chegava o professor, dava uma gozada... mas não tinha ninguém pra te dar uma... uma, uma ajuda, entendeu? 'Ó, o que que tá acontecendo...?' 'Ih… lá vem o* [nome do aluno hoje professor]*! Agora em vez de atender o paciente, vou ter que atender ele!' Sabe, esse tipo de coisa (Prof. 13).*

Evidencia-se, através dessa atitude, uma reprimenda velada ao aluno por ter exteriorizado os seus sentimentos. O que se está ensinando aí é que isso não deve ser sentido e, caso o seja, não deve ser demonstrado. Os alunos aprendem essa lição, uma vez que repetem com seus colegas o mesmo comportamento:

> *Ou então os colegas: 'Ih, tu nem assiste isso aí. Eu sei que tu já vai desmaiar!' Mas eu acho que isso é muito freqüente ainda. Acho que as pessoas desmaiam ainda (Prof. 13).*

Aquilo que, neste trabalho, chamamos de *calosidade emocional*, Boulos (24), por sua vez, a denominou *miopia reflexa*, e Meleiro (25) como *armadura profissional;* tais comportamentos ajudam os médicos a manterem essa imagem que Klafke (26) classificou, muito acertadamente, de *esterilidade emocional*. Ela consiste numa imagem profissional, dissociada da pessoa e com a qual o estudante vem a se identificar.

Esse controle das emoções não se manifesta somente no meio da equipe médica ou da equipe de saúde. Talvez seja esse o lugar onde ele se cristalize de uma forma mais evidente; não obstante, também pode ser encontrada permeando toda nossa sociedade (27). Com efeito, aquela frieza que os pacientes, familiares e a população em geral identificam na figura do médico reflete, com maior intensidade, um fenômeno social.

Essa visão segundo a qual o aluno vai superar as angústias geradas pelo confronto com a dor e o sofrimento através de um processo de dessensibilização é vista, tanto por docentes como por discentes, como a hegemônica dentro do curso. Contudo, isso não significa que seja a única, embora aqueles professores que dela não compartilham a considerem a maneira institucionalizada de agir.

A observação realizada na disciplina de Clínica Médica I evidenciou uma outra maneira de lidar com as situações estressantes que o curso provoca. Com efeito, alguns dos professores responsáveis por essa disciplina consideravam que suas aulas, as quais constituíam o primeiro contato do aluno com pacientes, eram fonte geradora de angústia:

> *Porque... é uma coisa nova para eles; ele tá, ele não tem experiência, ele tá começando a fazer, ele ainda está inseguro, ele entra em conflito com as situações mais difíceis, como doenças, pacientes graves, doenças incuráveis, isso é uma situação de conflito para o aluno (Prof. 5).*

Relatam, nas entrevistas, que a partir dessa constatação, parte do grupo (três dos oito professores) optou por uma forma de abordagem diferenciada, na qual, através de uma estrutura de seminários, procurava-se integrar os aspectos técnicos (forma de realização das entrevistas clínicas, das anamneses, dos exames clínicos) e os aspectos emocionais relacionados ao paciente e ao aluno.[2] As aulas estavam divididas em parte prática e discussões em grupo, onde se trabalhavam os casos com que os discentes tiveram contato. Nesses momentos, além do professor da disciplina, constatou-se, também, a presença um professor do Departamento de Psiquiatria. Através dessa sistemática, uma parte considerável das aulas versava sobre situações clínicas trazidas pelos alunos e nas quais se analisava tanto o aspecto biológico, como as reações emocionais que essas situações originavam. Durante as observações realizadas nas aulas dessa disciplina, várias foram as questões trazidas, pelos alunos, como geradoras de ansiedades. Dentre elas, destacam-se: pacientes terminais, morte, constrangimento diante da necessidade de *uso* do paciente como meio de aprendizagem e, inclusive, situações de angústia originadas pelas barreiras, encontradas no curso, que impedem o aluno de expressar suas emoções.

> *Entrar no hospital é uma situação difícil. Dois anos de básico e de repente tu cai no hospital (Estudante 6, 5º semestre).*
> *Tu bota o jaleco e já passas a ser exigido pelos pacientes como se fosses médico (Estudante 8, 5º semestre).*
> *Nos falam de ser humanitários com os pacientes, mas o curso não é humanitário. Nem os professores com a gente, nem nós com os colegas (Estudante 1, 5º semestre).*
> *No curso, me machuca bastante que não se pode chorar. Eu penso que em algum momento isso vai me fazer mal. Em algum lugar, vai ter que extravasar (Estudante 2, 5º semestre).*

O que merece destaque na análise desses grupos é que a manifestação de emoções geradas pela prática médica não se limitava aos discentes; os professores que coordenam os seminários também expunham para o grupo suas próprias dificuldades frente às situações abordadas, produto de sua formação. Essa ati-

[2] Pelas observações estas aulas parecem ter inspiração nos Grupos Balint (28).

tude dos professores era vista, pelos estudantes, como um fator fundamental para que se sentissem seguros e pudessem expressar as suas dificuldades.

> *O professor ter dúvidas permite que nós, alunos, também tenhamos. A gente não se sente anormal por ter dúvidas (Estudante 2, 5º semestre).*

É interessante ressaltar que esses grupos não eram considerados parte oficial do curso, nem referidos, pelos outros professores, como um espaço onde os alunos podiam discutir as questões que os angustiavam.[3]

Embora a forma de atuação na disciplina Clínica Médica I seja diferente daquela encontrada no restante do curso e o trabalho de pesquisa tenha ficado restrito a um único curso de medicina, consideramos que *o controle das emoções* é a habilidade que se espera que o aluno adquira, durante a sua formação, para lidar com as ocorrências angustiantes próprias da profissão. Evidenciou-se, também, que a estratégia adotada pelos professores para conseguir esse controle consiste em submeter, repetidamente, o estudante às situações geradoras de angústia.

## AGRADECIMENTOS

Este trabalho foi realizado com o apoio da FAPERGS e do CNPq.

Agradecemos aqui ao Curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Maria, na pessoa de seu Coordenador, Prof. Dr. James Ferreira Gressler, por sua colaboração na realização desta pesquisa.

[3] No momento da realização da pesquisa esses grupos não eram parte oficial da disciplina Clínica Médica I; porém, atualmente, estão institucionalizados como componentes da mesma. É interessante também ressaltar que as questões levantadas pelos discentes nesses grupos foram um dos fatores que determinou a implementação do Núcleo de Orientação Psicológica ao Estudante de Medicina da UFSM (NOPEM).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO / Conselho Nocional de educação / Câmara de Educação Superior, 2001. *Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.* Homologada em 03/10/2001. Parecer CES 1.122/2001, Resolução CNE/DEX nº 4, de 1/11/2001 (Resolução online em: http://www.mec.gov.br/cne/ftp/CES/CESO4.doc
2. De ARRUDA, Paulo Corrêa Vaz. As relações entre Alunos, Professores e Pacientes. In: Millan, L.R.; DE Marco, O.L.N.; Rossi, E.; Arruda, P.C.V. de. *O Universo psicológico do futuro médico: vocação, vicissitudes e perspectivas.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
3. FAGUNDES, Luiz Alberto. A relação médico-paciente no tratamento do câncer. In: Martins, Cyro. *Perspectivas da relação médico-paciente.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1979.
4. LACERDA, Patrícia. *O Clínico e o Cirurgião: Estereótipos, Personalidade e Escolha de Especialidade Médica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
5. MARTINS, L.A.N. *Residência Médica: um estudo prospectivo sobre dificuldades na tarefa assistencial e fontes de estresse*. Tese de Doutorado. Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1994.
6. MILLAN, Luis Roberto. O curso médico no Brasil. In: Millan, L.R.; DE Marco, O.L.N.; Rossi, E.; Arruda, P.C.V. de. *O Universo psicológico do futuro médico: vocação, vicissitudes e perspectivas.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
7. MILLAN, Luiz R.; ROSSI, Eneiza & De MARCO, Orlando L. N. O suícidio entre estudantes de medicina. In: *Assistência Psicológica ao Aluno de Medicina.* Doc. CEDEM nº 15, CEDEM, 1994, 90 p.
8. MORRISON, J. & MOFFAT, K. More on medical student stress. *Medical Education 35 (7)*, July 2001, pp. 617-618.
9. FIRTH-COZENS, Jenny. Medical Students Stress. *Medical Education, 35(1),* January 2001, pp. 6-7.
10. POLS, J.; BOENDERMAKER, P.M.; MUNTINGHE, H. Incidence of and sequels to medical problems discovered in medical students during study-related activities. *Medical Education*, vol 37, n 10, October 01, 2003., pp. 889-894.
11. MILLAN, Luis R.; MARCO de; Orlando Lúcio N.; SOUZA de, EMMANUEL N.; ROSSI, Eneiza. Assistência Psicológica ao estudante de medicina. In: MARCONDES, Eduardo & GOLÇALVES, Ernesto L. *Educação Médica*. São Paulo: SARVIER, 1998.
12. MILLAN, Luiz R.; ROSSI, Eneiza; MARCO de; Orlando Lúcio N. O estudante de Medicina: grupo de risco para o suicídio? In: MILLAN, Luiz R.; DE MARCO, Orlando L. N.; ARRUDA, Paulo C. Vaz de. *O Universo psicológico do futuro médico: vocação, vicissitudes e perspectivas.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
13. LAVILLE, Christian & DIONNE, Jean. *A Construção do Saber*. Porto Alegre: Artmed, 1999.
14. DANNA, Marilda F. & MATOS, Maria A. *Ensinando Observação: Uma introdução.* 4ª ed. São Paulo: Edicon, 1999.
15. WILKINSON, Jill. Direct Observation. In: Breakwell, Glynis, M.; Hammond, Sean and Fife-Schaw, Chris. *RESEARCH METHODOS IN PSYCHOLOGY*. London: SAGE Publications Ltda, 1997.
16. MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde.* São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1996.
17. GUIRADO, Marlene. *Psicanálise e análise do discurso: matrizes institucionais do sujeito psíquico.* São Paulo: Summus, 1995.
18. LAVANDERA, Beatriz, R. *Curso de Lingüística para el análisis del discurso*. Buenos Aires: Bibliotecas Universitarias, 1990.
19. ORLANDI, Eni Pulcinelli. *Discurso e leitura*. São Paulo: Cortez; Campinas, SP: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1993.
20. PÊCHEUX, Michel. *O discurso: estrutura ou acontecimento*. Campinas, SP: Pontes, 1990.
21. VALENTE, Sílvia Helena; BOEMER, Magali Roseira. A sala de anatomia enquanto espaço de convívio com a morte. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 53, n.1, 99-108, jan./mar. 2000.
22. VIANNA, A. & PICCELLI, H. O estudante, o médico e o professor de medicina perante a morte e o paciente terminal. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 44 (1), São Paulo, jan./mar. 1998, 78-84.
23. ZAIDHAFT, Sérgio. *Morte e formação médica.* Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.
24. BOULOS, Marcos. Relação Médico-Paciente: O Ponto de Vista do Clínico. In: Marcondes, Eduardo & Gonçalves, Ernesto Lima. *Educação Médica.* São Paulo: SARVIER, 1998.
25. MELEIRO, Alexandrina Maria Augusto da Silva. *O médico como paciente*. São Paulo: Lemos Editorial, 1999.
26. KLAFKE, Teresinha Eduardes. O médico lidando com a morte: aspectos da relação médico-paciente terminal em cancerologia. In: Cassorla, Roosevelt (coord.). *Da Morte: Estudos Brasileiros*. Campinas, SP: Papirus, 1991.
27. QUINTANA, Alberto M. & ARPINI, Dorian M. A atitude diante da morte e seu efeito no profissional de saúde: Uma lacuna da formação? *Revista Psicologia Argumento*, Curitiba: Champagnat, 19 (30), abril 2002, 45-50.
28. BALINT, Michael. *O Médico, Seu Paciente e a Doença.* Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1984.