

KATIA BURLE DOS SANTOS GUIMARÃES

**ESTRESSE E A FORMAÇÃO MÉDICA:
implicações na saúde mental dos estudantes**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, área de concentração Psicologia e Sociedade, linha de pesquisa Subjetividade e Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências e Letras da Unesp de Assis – SP.

ORIENTADOR: DR. FRANCISCO HASHIMOTO

ASSIS

2005

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca da F.C.L. – Assis – UNESP

Guimarães, Katia Burle dos Santos

G963e Estresse e a formação médica: implicações na saúde mental dos estudantes / Katia Burle dos Santos Guimarães. Assis, 2005
110 f.

Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências e Letras de Assis – Universidade Estadual Paulista.

1. Stress (Psicologia). 2. Saúde mental. 3. Estudante de medicina. 4. Formação profissional. I. Título.

CDD 362.2
616.89

DADOS CURRICULARES

KATIA BURLE DOS SANTOS GUIMARÃES

Data de Nascimento

10 de Fevereiro de 1961

Filiação

Manoel Ribeiro dos Santos

Helena Burle dos Santos

Formação Escolar

- Curso de Medicina – Faculdade de Medicina de Marília
Marília – SP – 1985
- Residência Médica em Psiquiatria – Faculdade de Medicina de Marília
Marília – SP – 1988
- Formação em Psicanálise no Instituto Durval Marcondes da Sociedade Brasileira
de Psicanálise de São Paulo
São Paulo – SP – 2001

Atividade Profissional

- Atividade clínica em psiquiatria e em psicanálise
- Psiquiatra do Núcleo de Atendimento ao Corpo Discente da Faculdade de
Medicina de Marília
- Coordenadora e docente do Curso de Especialização em Psicoterapia
Psicanalítica do Núcleo de Psicanálise de Marília e Região

Aos meus queridos pais, Helena e Deraldo, pelo dom da vida, pelos ensinamentos recebidos e por me mostrarem que o amor é a base fundamental para a construção de bons relacionamentos.

Ao Juquita, parceiro de longa jornada, pelo amor, pela compreensão, pelo apoio, não só neste trabalho, mas em todos os momentos da vida e por me fazer acreditar que tudo isso vale a pena.

Às nossas amadas filhas, Caroline e Fernanda, razão de nossas vidas, pelo que são, pela alegria que transmitem e, sobretudo, pela tolerância em tantos momentos de ausência e, às vezes, de impaciência.

AGRADECIMENTOS

Ao **Prof. Dr. Francisco Hashimoto**, sábio pesquisador, agradeço especialmente pelo estímulo para iniciar esta pesquisa e pela convivência nesses anos. Mais do que um orientador, um ser humano generoso e cuidadoso.

À psicóloga **Lisete Horn Belon Fernandes**, amiga e parceira de trabalho no NUADI, pela ajuda na compreensão e interpretação do instrumento utilizado nesta pesquisa.

À **Dra. Heloísa Cerqueira César Esteves Villar**, amiga de muitos anos, pelo companheirismo e por me ouvir nos momentos de angústia.

Aos formandos **Paula Sozari Rizo** e **Rubem Fernando Lellis da Costa Andrade** que, além de serem fonte de estímulo para esta pesquisa, contribuíram na aplicação do inventário.

Ao **Prof. Dr. Lauro Frederico Barbosa da Silveira** pela competência e ternura por ocasião do Seminário de Pesquisa do qual foi argüidor.

À **Prof. Wilka Coronado Antunes Dias** pela delicadeza das colocações e pela cuidadosa leitura por ocasião do exame de qualificação.

Ao **Prof. Dr. Luiz Antonio Nogueira Martins** pelas críticas pertinentes durante o exame de qualificação.

À minha sogra, **Eunice Rino Guimarães**, que partiu recentemente, pelas correções de minhas publicações, em especial pelo texto enviado para qualificação.

À **Prof. Dra. Maria Lúcia Gonçalves Balestriero** por me receber de maneira tão acolhedora e pela competente correção do português.

À equipe da **Biblioteca da FAMEMA**, especialmente **Regina Helena Gregório Menita**, **Helena Maria da Costa Lima** e **Josefina Barbosa de Faria**, que com carinho

e dedicação contribuíram com a pesquisa bibliográfica e realizaram, com cuidado e competência, a minuciosa correção das referências.

À **Prof. Dra. Maria Elizabeth da Silva Hernandes Corrêa** pelo estudo estatístico e pela correção dos gráficos e tabelas.

À **Prof. Dra. Maria Cláudia Cabrini Grácio** pelo estudo estatístico e pelas sugestões para a interpretação dos dados.

À funcionária **Vanessa Aparecida de Castro** pela contribuição na elaboração dos gráficos.

Ao meu marido, **Dr. José de Freitas Guimarães Neto**, pela construção das tabelas.

À minha filha mais velha, **Caroline Burle dos Santos Guimarães**, pela tradução do resumo.

À minha filha caçula, **Fernanda Burle dos Santos Guimarães**, pela transferência dos gráficos do Power Point para o Word.

À secretária **Elizângela Aparecida da Silva**, que, com alegria, convive conosco no NUADI, acolhendo os estudantes e ajudando a resolver as dificuldades ali encontradas.

A todos os **estudantes da FAMEMA**, que aceitaram participar desta pesquisa e pela confiança em nosso trabalho, buscando ajuda no NUADI.

Ao **corpo docente** e aos **colegas da pós-graduação** da Faculdade de Psicologia da UNESP – Campus de Assis pelos ensinamentos e pelas críticas construtivas ao longo desses anos.

A todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, substituindo-me nas funções exercidas na Associação Paulista de Medicina – Regional Marília e no Núcleo de Psicanálise de Marília e Região.

GUIMARÃES, K. B. dos S. **Estresse e a formação médica: implicações na saúde mental dos estudantes.** Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências e Letras de Assis – Universidade Estadual Paulista – UNESP, 2005, p. 110.

O objetivo deste trabalho foi avaliar a prevalência de estresse no estudante de Medicina. A Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) foi escolhida por utilizar, desde 1997, no lugar do método tradicional, uma nova metodologia de ensino, a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP). Os sujeitos da pesquisa foram quatrocentos e treze estudantes, do ano de 2003, equivalente a 87,5% dos estudantes matriculados naquele ano. Foi aplicado o Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp aos sujeitos da pesquisa durante os meses de abril a outubro de 2003. Observou-se a presença de estresse em 57,83% dos estudantes. A prevalência de estresse foi menor nos estudantes do primeiro ano em relação aos estudantes dos demais anos, e essas diferenças foram estatisticamente significantes. A prevalência de estresse foi maior no gênero feminino em relação ao masculino ($p < 0,05$). Nos estudantes que apresentaram estresse, 63,71% apresentaram predominância de sintomas psíquicos, 24,05% de sintomas físicos e 12,24% sem predominância. Nos estudantes que apresentaram estresse, 88,19% encontravam-se na fase de resistência, 4,64% na fase de alerta, 5,06% na fase de quase exaustão e 2,11% na fase de exaustão. Esses resultados sugerem que o curso médico é um agente estressor, mesmo numa faculdade que utiliza em seu currículo a ABP e, também, que há uma associação maior entre o estresse e o gênero feminino. Os resultados obtidos nesta pesquisa fazem considerar a necessidade de repensar o ensino médico, dando condições ao estudante de aprender a lidar com o estresse causado pelo curso, pois a maioria dos estudantes ainda se encontra na fase de resistência, portanto, sem uma doença instalada.

Palavras-chave: Estresse, Saúde Mental, Estudante de Medicina, Formação Universitária.

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the incidence of stress among medical students of the Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). This institution was chosen as it utilizes the Problem Based Learning (PBL) method of teaching, instead of the traditional one since 1997. The research subjects were four hundred and thirteen students, equivalent to 87.5% of all registered the students in 2003. Between April and October of this year was applied to the research subjects the Lipp's Inventory of Symptoms of Stress for Adults. It was observed the presence of stress on 57.83% the students. The prevalence of stress was minor in the sophomore students in relations to those of the other years, and these differences were significant. The prevalence of stress was higher on the female genus comparing to the male genus ($p < 0.05$). Of the students that presented stress 63.71% presented predominance of psychic symptoms, 24.05% physical symptoms, and 12.24% with no predominance. On the students that presented stress, 88.19% were on the resistance phase, 4.64% on the alert phase, 5.06% on the almost exhausted phase and 2.11% on the exhausted phase. These results suggest that the medical course is a stressor agent; even in a College that utilizes on its curriculum the PBL, as well as there is an association between the stress and the female genus. The results obtained in this research make us to considerer the possibility of acting on the medical teaching, giving conditions for the student to learn to struggle with the stress caused by the course, as the majority of the students still are on the resistance phase, consequently, without an installed disease.

Key words: Stress, Mental Health, Medical Student, Under Graduation Course.

Lista de Tabelas

Tabela 1	Número total e percentual de estudantes e os sujeitos da pesquisa, segundo gênero, da FAMEMA em 2003.....	60
Tabela 2	Número e percentual de estudantes sujeitos da pesquisa de acordo com sua inserção na série da FAMEMA, segundo a presença ou não de estresse, em 2003.....	65
Tabela 2a	Frequências absolutas da presença de estresse entre os estudantes participantes do estudo, por série da FAMEMA, em 2003.....	65
Tabela 2b	Frequências relativas (%) da presença de estresse entre os estudantes participantes do estudo, por série da FAMEMA, em 2003.....	66
Tabela 3	Número e percentual de estudantes com estresse, de acordo com sua inserção na série da FAMEMA, segundo o tipo de sintoma predominante, em 2003.....	66
Tabela 4	Número e percentual de estudantes segundo a fase de estresse, de acordo com sua inserção na série da FAMEMA, em 2003.....	68
Tabela 5	Número e percentual de estudantes com e sem estresse, de acordo com sua inserção na série da FAMEMA, segundo o gênero, em 2003	69
Tabela 6	Número e percentual de estudantes com e sem estresse, segundo faixa etária, da FAMEMA, em 2003.....	70

Lista de Gráficos

Gráfico 1	Número de estudantes de medicina da FAMEMA (2003). n = 472..	61
Gráfico 2	Número de estudantes de medicina da FAMEMA que responderam ao ISSL (2003) n = 413.....	61
Gráfico 3	Distribuição (Nº) segundo a idade dos estudantes da FAMEMA, n = 413.....	62
Gráfico 4	Percentual de estresse na população de estudantes da FAMEMA do primeiro ao sexto ano, que respondeu ao ISSL, n = 413.....	66
Gráfico 5	Percentual de estresse na população de estudantes segundo gêneros masculino e feminino, da FAMEMA, que responderam o ISSL, n = 413.....	67
Gráfico 6	Percentual de estresse na população de estudantes do sexo feminino da FAMEMA, do primeiro ao sexto ano, segundo ISSL, n = 233.....	67
Gráfico 7	Percentual de estresse na população de estudantes do sexo masculino da FAMEMA, do primeiro ao sexto ano, segundo ISSL, n = 180.....	67
Gráfico 8	Predominância dos sintomas entre os estudantes de medicina da FAMEMA com estresse, segundo ISSL, n = 237.....	68
Gráfico 9	Predominância dos sintomas entre os estudantes de medicina da FAMEMA, do primeiro ao sexto ano, com estresse, segundo ISSL, n = 237.....	68
Gráfico 10	Fases do estresse segundo Selye-Lipp nos estudantes de medicina da FAMEMA com prevalência de estresse, n = 237.....	69
Gráfico 11	Fases do estresse segundo Selye-Lipp nos estudantes de medicina da FAMEMA, com prevalência de estresse do primeiro ao sexto ano. n = 237.....	69
Gráfico 12	Distribuição (Nº) por idade dos estudantes da FAMEMA, sem e com estresse, segundo ISSL, n = 413.....	70

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO 1	O CONTEXTO DA PESQUISA: A FAMEMA E O NUADI	27
	1.1 FAMEMA	32
	1.1.1 Aprendizagem Baseada em Problemas.....	37
	1.2 NUADI	46
	1.2.1 Criação do NUADI.....	46
	1.2.2 Atividades do NUADI.....	47
CAPÍTULO 2	ESTRESSE E A FORMAÇÃO MÉDICA	52
CAPÍTULO 3	PESQUISA	59
	3.1 Objetivos	59
	3.1.1 Objetivo geral.....	59
	3.1.2 Objetivos específicos.....	59
	3.2 Sujeitos e Material de Estudo	60
	3.3 Procedimentos para Coleta de Dados	63
	3.4 Procedimentos para Análise dos Dados	64
CAPÍTULO 4	RESULTADOS	65
	4.1 Análise Estatística	70
CAPÍTULO 5	DISCUSSÃO	74

SÍNTESE CONCLUSIVA.....	84
REFERÊNCIAS.....	86
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.....	97
APÊNDICES.....	98
APÊNDICE 1 - Termo de compromisso.....	98
APÊNDICE 2 – Dados colhidos.....	99
ANEXOS.....	106
ANEXO 1 – Comitê de ética.....	106
ANEXO 2 – ISSL.....	107

INTRODUÇÃO

*“A coisa mais indispensável a um homem é reconhecer
o uso que deve fazer do seu próprio conhecimento”*

Platão

Já é voz corrente hoje, e reconhecida pelos profissionais e estudiosos da área de psiquiatria e psicologia, a situação de estresse intenso a que é submetido o estudante de medicina, nas situações e momentos diversos vivenciados durante seu curso de graduação.

Apesar disso, são ainda insuficientes os estudos sobre o problema, e em número relativamente restrito os serviços de atendimento psicológico e psiquiátrico ao discente que, de alguma forma, contribuem para amenizar os efeitos muitas vezes devastadores dessa situação.

A exigência durante o período universitário, exercida sobre os estudantes, em especial na Medicina, é muito grande. Privação dos mais diferentes níveis acontecem! Do sono, das horas de lazer, da atividade física, do contato com a família e tantos outros. A maneira como essas privações, somadas as exigências do curso médico, se refletem nesses estudantes serviram de motivação para este trabalho.

A Medicina sempre fez parte da história da humanidade, falar dela seria trabalhar com o óbvio (NUTTON, 2001). Entretanto, foi-se transformando ao longo dos tempos. Por meio do saber, várias foram as mudanças que trouxeram benefícios para a humanidade. Porém, quando esse saber ficou relacionado apenas à aquisição de

conhecimentos científicos e valorização de sofisticados aparelhos, o médico foi levado para longe de sua mais preciosa qualidade: a de ser humano.

Ele sabia ouvir, sabia atender às angústias de seu paciente, sabia acompanhar o momento da morte. E confirmando Alves (2002, p.15): “Amamos o médico não pelo seu saber, não pelo seu poder, mas pela solidariedade humana que se revela na sua espera meditativa”. Atualmente, porém, o médico e o estudante de Medicina vem se *des-humanizando*.

As escolas médicas, sobretudo nos dias de hoje, vêm percebendo essa realidade e estão tentando diagnosticar o que aconteceu com a formação desse profissional. O aumento do tecnicismo tem levado ao afastamento da maior virtude do médico: o contato com o paciente. A propósito desse diagnóstico, Colares et al. (2002, p. 195) afirmam que:

Na Educação Médica, embora o ensino e o aprendizado das atitudes não ocupem habitualmente a preocupação dos agentes elaboradores dos currículos, são difusamente reconhecidas a necessidade e a importância de o educando incorporar atitudes positivas, ou construtivas, frente a um universo muito diversificado de aspectos relacionados ao exercício da Medicina.

Iniciou-se, ainda na década de 60, uma reflexão sobre o que fazer para melhorar tal situação. As características de um universitário, em especial o estudante de Medicina, são apresentadas por Arruda (1999, p. 61) da seguinte maneira:

O estudante é um agente de transformação social; é um crítico azedo da nossa sociedade. Sua instabilidade é igual a oposição contra as autoridades. Os estudantes universitários de modo geral, e os de Medicina em particular, durante o período acadêmico, estão entre as idades de 17 a 26 anos, por conseqüência, encontram-se no estágio entre adolescência e o início da fase adulta. O estudante de Medicina

passa por dois tipos de crise, que se entrecruzam simultaneamente: aquela própria dos adolescentes tardios; uma outra, própria da escolha profissional que fizeram.

Há vários anos, alguns trabalhos vêm apontando o curso médico como um agente estressor. Werner e Korsch (1976) escreveram um trabalho baseado nas idéias do Dr. L. L. Stephens, que era ortopedista e lecionava na University of Southern California School of Medicine, em Los Angeles. Antes da década de 70, este profissional já enfatizava a importância da formação médica passar por uma mudança curricular. Propunha a inclusão de aspectos sociais e emocionais na graduação e alertava sobre a necessidade de suporte, no qual os estudantes pudessem falar a respeito de seus sentimentos.

Após essa publicação, Adler, Werner e Korsch (1980) acompanharam quatro grupos de residentes de primeiro ano da pediatria, sucessivamente, e aplicaram um questionário contendo 75 itens, que abarcavam os seguintes temas: atitudes frente ao paciente; confiança sobre sua habilidade; quantidade de estresse percebido; mecanismos de enfrentamento para lidar com o estresse; atitude diante dos docentes; percepção do residente sobre o aprendizado; percepção da qualidade de vida fora do hospital e sentimentos gerais sobre o internato.

Os resultados obtidos mostraram que as atitudes para com os pacientes melhoraram do início até o final do estágio; apesar de inseguros no começo, os residentes foram conseguindo confidenciar suas dificuldades. O nível de estresse físico foi significativo entre esses residentes; apresentavam respostas ligadas à autocrítica,

sempre superegóicas, aparentemente pagando uma culpa; e a maioria deles não fazia uso de estratégias para enfrentar o estresse.

Os sentimentos em relação ao primeiro ano de residência foram de uma experiência positiva; quanto à diferença de gênero, a pesquisa mostrou que os estudantes do gênero masculino com menores níveis de estresse eram aqueles que conseguiam compartilhar suas dificuldades emocionais; já as mulheres tinham expectativas mais positivas em relação à residência, mas os autores não se expuseram a confirmar nada além disso, pois não acharam o trabalho consistente para esse tipo de conclusão.

Borenstein e Cook (1982) apresentaram um novo programa de Saúde Mental da Universidade da Califórnia. Esse programa tinha autonomia, confidencialidade, acesso facilitado aos estudantes de medicina e baixo custo financeiro para a universidade. Eles concluíram que os melhores médicos seriam aqueles que primeiro pudessem olhar para si mesmos como seres humanos, que pudessem ouvir plenamente seus pacientes e transcender a prática puramente científica da Medicina.

Notman, Salt e Nadelson (1984) realizaram uma investigação longitudinal com 261 estudantes de Medicina de Harvard e Tufts. Destacaram a capacidade das mulheres perceberem e falarem mais rapidamente do que os homens sobre o estresse. Os autores sugeriram que os homens não conseguiam aceitar nenhum tipo de falha em suas vidas.

A hipótese desses autores era a de que quanto maior a liberdade para falarem de suas dificuldades mais facilmente esses estudantes desenvolviam reações adaptativas ao estresse gerado pelo curso médico. Destacaram a individualidade, mostrando que o significado da experiência era mais importante do que o fato em si. Tanto assim que cada estudante reagia de maneira diferente frente à mesma situação. O que seria estressante para um, poderia não ser para outro.

O curso médico é um agente estressor. Além disso, é um curso de graduação de longa duração, levando o jovem a uma exposição prolongada ao estresse e acarretando-lhe conseqüências, como enfatizou Firth (1986). Em sua pesquisa, em três universidades britânicas, constatou que os níveis de estresse eram elevados e, diferentemente de trabalhos americanos, não encontrou diferença entre os gêneros.

As manifestações psicossomáticas ligadas ao estresse do estudante de medicina foram estudadas por Nader e Barros (1991). Numa amostra com estudantes de medicina de Juiz de Fora, dos I, VII e XII termos, encontraram alta prevalência de perturbações psicossomáticas, sendo as mais freqüentes, aumento de apetite, diarreia, dor de cabeça, dor nas costas, insônia, sonolência excessiva, irritabilidade fácil, cansaço fácil, crises de ansiedade, tensão pré-menstrual e cólicas menstruais. Os autores encontraram diferença estatisticamente significativa entre o I e o VII períodos e não encontraram diferença entre o VII e o XII. Concluíram que o curso de Medicina era um fator desencadeante de estresse e que o aumento do estresse de dava do início até o meio do curso, depois estacionando por causa de um mecanismo de adaptação.

Mosley et al. (1994) utilizaram o Medical Education Hassles Scale-R², um inventário auto-aplicável para designar a frequência e a intensidade de estresse e sua associação com a educação médica. Eles encontraram altos níveis de estresse e fizeram várias críticas ao sistema tradicional de ensino médico. Também sugeriram a necessidade de estratégias de ensino para aprender a manejar o estresse.

Como vários trabalhos já apontaram, o curso médico é um agente estressor. Poder-se-iam levantar algumas questões, tais como as formuladas por Deary (1994): teriam os estudantes de medicina personalidades alteradas? O curso médico produziria alterações de personalidade? O curso de medicina causaria mais estresse do que outros cursos (Direito, Engenharia)? Seria possível um curso de medicina menos estressante? Poderiam ser os resultados do estresse reconhecidos e tratados mais efetivamente?

No Royal Free Hospital School of Medicine, em Londres, os estudantes dispunham de dois tipos de assistência para prevenir o estresse durante o curso médico: um curso integrado ao currículo, ministrado a pequenos grupos compostos por dez estudantes cada um e, além disso, um serviço de atendimento, sigiloso, para aqueles estudantes que necessitassem. (MICHIE; SANDHU, 1994).

O Grupo de Assistência Psicológica ao Aluno da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (GRAPAL), idealizado em 1968, criado em 1983, e em funcionamento desde 1986 (MILLAN; ROSSI; DE MARCO, 1999), é o serviço de atendimento psicológico e psiquiátrico ao estudante de medicina mais antigo do Estado de São Paulo.

Millan, Rossi e De Marco (1995) realizaram um estudo sobre a procura espontânea do estudante de medicina da USP, pelo GRAPAL, no período de 1986 a 1991, por meio da análise de 125 prontuários. Como visto em outros trabalhos, anteriormente citados, no tocante ao gênero, a procura foi maior por parte das estudantes do gênero feminino. Proporcionalmente, os estudantes que menos procuraram foram os do sexto ano. A predominância foi de transtornos de humor, seguidos pelos transtornos de ansiedade e de personalidade. Apenas um estudante procurou o serviço por uso abusivo de substância psicoativa.

Nogueira-Martins (1996, p. 1) mostrou que havia uma “alta prevalência de suicídio, depressão, uso de drogas, distúrbios conjugais e disfunções profissionais em médicos e estudantes de medicina”. Sugeriu a existência de evidências de que 8% a 10% da população médica apresentavam riscos em relação a distúrbios emocionais.

O autor apontou ainda que, após vencer o desafio do vestibular, o estudante de medicina deparava-se com as dificuldades inerentes ao curso médico e às mais diferentes situações que o levavam ao estresse. Ressaltou a continuidade desse quadro na vida profissional:

Apesar de haver diferenças qualitativas e quantitativas em relação ao estresse nas diversas especialidades médicas, o fato é que, enquanto curso e como profissão, o exercício da Medicina apresenta elevada toxicidade psicológica. Como as radiações e as infecções, os fenômenos psicológicos e contagiosos. As angústias inerentes à tarefa médica são poderosas radiações contagiantes que, encontrando terreno propício, podem ser muito danosas ao profissional (NOGUEIRA-MARTINS, 1994, p. 31-32).

Borini (1996) realizou uma pesquisa na FAMEMA na qual estudou longitudinalmente os estudantes no início e no final do curso. Avaliou a influência do curso médico sobre esses estudantes. Observou que ao final do curso os acadêmicos estavam menos tolerantes quanto ao uso de bebida alcoólica e que tinham assimilado o conceito de alcoolismo como doença. Além disso, os estudantes desenvolveram o conceito de que o alcoolismo é uma patologia multifatorial.

Durante sua experiência como *counselor*, na University of Florida College of Medicine, Wright (1996) observou uma série de características nos estudantes e, a partir disso, fez algumas recomendações. Disse que as alunas passam por maiores transformações, após iniciarem o curso médico do que os alunos do gênero masculino, considerando, assim, que elas necessitavam de assistência para reduzir as imposições que faziam a si mesmas.

Toews et al. (1997) analisaram o nível de estresse dos estudantes de medicina de quatro escolas médicas do Canadá. Basearam-se nas respostas de 1681 estudantes e utilizaram três instrumentos: o University of Calgary Stress Questionnaire, o Social Readjustment Rating Scale (SRRS) e o Symptom Checklist-90. Eles observaram que o nível de estresse era brando. Os resultados das quatro escolas mostraram poucas diferenças significantes, decorrentes, provavelmente, em função de diferenças curriculares e do tipo de avaliação. Observaram, no entanto, uma diferença significativa quanto ao gênero. Eles encontraram maior nível de estresse na população feminina. Concluíram sugerindo que a preocupação com a saúde mental dos estudantes de medicina deveria fazer parte do currículo das escolas médicas.

Dineen et al. (1997) usou um questionário auto-aplicável nos estudantes do quinto ano do Cork University Hospital. Estes responderam que boa parte do estresse era causada pelos exames; a maioria achava o internato menos estressante do que o terceiro ano; questões financeiras e familiares também eram causa de estresse.

De que maneira preparar o estudante de medicina para enfrentar o estresse da prática médica? Foi pensando nessa questão que Shapiro, Schwartz e Bonner (1998) pesquisaram como reduzir o estresse do estudante de Medicina. Afirmaram os autores que o estresse não apenas tinha conseqüências no bem estar pessoal do estudante, como também poderia interferir na sua atuação profissional por reduzir sua qualidade fundamental, o humanismo.

Por meio de um eletivo de oito semanas eles aplicaram em um grupo de estudantes o programa de Stress Reduction and Relaxation desenvolvido por Kabat-Zinn (1982). Foi um estudo randomizado e com grupo controle. Antes de iniciar o treinamento foram aplicados cinco tipos diferentes de escalas para medir: empatia, estresse psicológico, depressão, estado e traço de ansiedade e espiritualidade.

Ao final das oito semanas repetiram as mesmas escalas em ambos os grupos. No grupo que participou do eletivo encontraram diferença com significância estatística, mostrando uma redução da depressão, do estado de ansiedade, do traço de ansiedade e aumento da empatia e da espiritualidade. Os autores concluíram que para a redução do estresse havia a necessidade de adotar uma nova perspectiva de vida.

Supe (1998), em pesquisa realizada com os estudantes da Seth G. S. Medical College de Mumbai, constatou a presença de estresse entre os estudantes, assim como uma significância estatística entre o primeiro ano e os outros cinco. Encontrou os maiores níveis de estresse no segundo e terceiro anos e não encontrou diferença quanto ao gênero.

Já na experiência do GRAPAL, Millan, Rossi e De marco (1999) observaram que os estudantes passaram por várias crises do início ao final do curso. Algumas ligadas à faculdade, em função da adaptação ao novo método de estudo (bem diferente do cursinho ou do ensino médio), do enorme volume de matéria, do contato com o paciente, com a morte, com a escolha da especialidade, dentre outras.

No campo pessoal, o sofrimento psíquico variava conforme a organização familiar. Quando havia uma organização familiar adequada, o estudante tinha uma vida bem estruturada e contava com o respaldo familiar, superava as crises enfrentadas durante o curso. Quando havia uma desestrutura pessoal e familiar, apareciam crises que não se resolviam ou, com frequência, surgiam quadros psicopatológicos.

Shapiro, Shapiro e Schwartz (2000), numa revisão de literatura, de 1966 a 1999, realizada por meio do MEDLINE e do PsycINFO, reforçaram a idéia de que a educação médica tinha conseqüências deletérias, tanto para os estudantes do primeiro ao sexto anos quanto para os residentes. Afirmaram que o estresse trazia conseqüências para o aprendizado, tais como, reduzir a atenção, reduzir a concentração, provocar doenças e comprometer a relação médico-paciente.

Como a amostra foi pequena, não poderiam tirar conclusões sobre qual a melhor maneira de reduzir o estresse do estudante de Medicina. Dos trabalhos levantados apenas oito tinham grupo controle. Eles sugeriram que próximos trabalhos para pesquisar o manejo do estresse deveriam ter um rigor maior, com grupo controle e randomização, que se comparasse a duração e frequência das intervenções, que se estabelecesse o melhor tipo de intervenção, especificidade de medidas externas e seguimento assistido dos estudantes.

Um trabalho conjunto da Faculdade de Medicina da Universidade de Hanyang na Coreia e da Universidade de Cleveland, Ohio, nos Estados Unidos, mostrou por meio de um estudo qualitativo que a introdução de um estágio eletivo no segundo ano de Medicina reduzia o estresse e melhorava a condição emocional do estudante (LEE; GRAHAM, 2001).

Na Turquia, Aktekin et al. (2001) pesquisaram o início da formação em Medicina, em Economia e em Educação Física e concluíram que já no primeiro ano de Medicina os estudantes tinham um prejuízo em sua saúde mental, o que os levava a algumas inadequações em suas atividades sociais.

Na Universidade Federal do Espírito Santo, em 2002, realizou-se uma pesquisa com os internos (estudantes de quinto e sexto anos) sobre o nível de estresse provocado pela relação estudante/paciente (SILVA; RODRIGUES, 2004). Os eventos estressantes relatados foram: recusa ao tratamento proposto, morte, situações impactantes e causas institucionais. Após essa constatação, os pesquisadores questionaram as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos acadêmicos.

Esses estudantes consideraram que aprenderam pouco sobre esse tema durante a graduação. Aprenderam no âmbito familiar, na observação de colegas, residentes e na conduta de docentes. As autoras fizeram as seguintes considerações:

Os temas geradores de estresse na relação estudante/paciente deveriam ser inseridos nas disciplinas de graduação, permear constantemente as discussões nas aulas práticas e ser abordados em palestras, seminários e grupos de reflexão. Além disso, [...] investir na formação e no estímulo à adaptação dos professores, tornando-os modelos mais flexíveis e voltados aos aspectos humanísticos (SILVA; RODRIGUES, 2004, p. 195).

Baldassin (2003) pesquisou na Faculdade de Medicina do ABC os níveis, fontes e estratégias de enfrentamento do estresse psicológico nos estudantes de Medicina. Também afirmou que a escola médica “é um agente estressor que afeta negativamente o desempenho acadêmico, a saúde e o bem-estar psicológico do estudante” (BALDASSIN, 2003, p. 9). Observou diferença de gênero, encontrando nas mulheres o dobro de casos de depressão e o triplo de casos de ansiedade em relação aos homens.

No ano passado, Saks e Karl (2004) realizaram uma pesquisa em várias escolas de Medicina dos Estados Unidos e do Canadá. Participaram 62% das escolas participantes da Association of American Medical College's (AAMC). O objetivo era determinar a prevalência de programas de suporte ao acadêmico das escolas médicas e conhecer como esses programas eram conceitualizados e implementados. Tais suportes acadêmicos eram definidos de muitas maneiras diferentes e existia grande variedade na administração dos mesmos.

A prevalência de suporte acadêmico era de 95,3% para o primeiro e segundo anos, de 82,6% para o terceiro ano e de 79,0% para o quarto ano. Estes programas de suporte faziam parte da grade curricular. Essa intervenção era comum e visivelmente aceita. Existia uma grande variedade na administração desse suporte e na extensão institucional do mesmo.

Recentemente, movido por uma discussão sobre o Ato Médico, o Conselho Federal de Medicina publicou um livro sobre os estudantes de Medicina e o Ato Médico. Eles iniciaram pontuando que “os estudantes não passam impunes a este processo” e que os estudantes e docentes implicados na formação médica percebiam esses fatores de risco inerentes à formação médica (BARBOSA; PINHEIRO, 2004, p. 27).

Atualmente, algumas escolas médicas oferecem atendimento ao estudante de Medicina (MILLAN; ROSSI; DE MARCO, 1999). No Estado de São Paulo, hoje, todas as faculdades públicas de Medicina possuem um serviço de atendimento psicológico e psiquiátrico ao estudante de Medicina.

Problemas emocionais, desmoralização, relações interpessoais problemáticas, ansiedade e sintomas depressivos estão comumente presentes em médicos e estudantes de Medicina. Alguns dos mais valorizados traços de personalidade, por exemplo, como o perfeccionismo (que os estudantes levam para sua prática), também os tornam mais vulneráveis ao estresse, ansiedade e depressão. A procura espontânea por assistência psicológica tem sido estudada e nessa população encontra-se predominância de diagnósticos de depressão e ansiedade (CATALDO NETO et al., 1998, p. 9).

Como “o processo de profissionalização do futuro médico é marcado pelo contato diário com a morte, o sofrimento e a impotência” (NOTO et al., 2001, p. 71),

similarmente ao que ocorreu em outras escolas médicas, observou-se a necessidade de se ter um setor dentro da FAMEMA que pudesse atender o corpo discente. Foi criado, então, o Núcleo de Atendimento ao Corpo Discente – NUADI (FERNANDES, 1997).

Esse serviço presta atendimento psicológico e psiquiátrico aos estudantes de Medicina e Enfermagem da FAMEMA. Está ligado diretamente à Diretoria Acadêmica, é separado do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica, tem como pilar de funcionamento a confidencialidade e não dá parecer que possa ser utilizado juridicamente.

Antes da existência desse serviço, era comum o estudante procurar ajuda psicológica e/ou psiquiátrica nos corredores da Faculdade. No entanto, por falta de estrutura, esse atendimento acabava não acontecendo, apesar da boa vontade de muitos docentes (GUIMARÃES, 1997).

As observações sobre manifestações de estresse eram realizadas nos atendimentos aos estudantes, tanto naqueles para consulta psiquiátrica quanto naqueles com finalidade psicoterápica. Outra fonte de informação sobre o estresse dos estudantes era por meio dos docentes.

A procura pelo NUADI pode ser espontânea ou por encaminhamento. O encaminhamento pode ser feito por um outro discente, por um docente ou pela direção acadêmica. O número de procuras pelo NUADI aumenta a cada ano e os estudantes se queixam de estresse. Esses fatores levaram às indagações da pesquisadora sobre a ocorrência de estresse na comunidade acadêmica de medicina da FAMEMA.

De acordo com Komatsu (2003), desde 1997 a FAMEMA vem implantando um novo currículo cujo objetivo é propiciar a aprendizagem de modo dinâmico. Para isso usa uma metodologia de ensino denominada aprendizagem baseada em problemas, também conhecida por *Problem Basic Learning* (PBL).

A Aprendizagem Baseada em Problemas privilegia a humanização da formação médica. Entretanto, é preciso saber se esse currículo também trará mudanças na prevalência do estresse sobre o estudante de medicina. Simplesmente reconhecer a existência ou não de estresse nos estudantes já seria um bom começo (WERNER; KORSCH, 1976).

Como se encontram os estudantes que utilizam esse novo currículo em relação à prevalência de estresse? Em 2002 formou-se a primeira turma daqueles que o utilizaram desde o primeiro ano. Foram escolhidos os estudantes de 2003 para a realização desta pesquisa a fim de evitar o viés da primeira turma na qual incidiam importantes alterações curriculares.

Sendo assim, o tema deste trabalho - Estresse e a formação Médica: implicações na saúde mental dos estudantes -, teve origem na experiência de atendimento aos estudantes de Medicina da Faculdade de Medicina de Marília, somada à mudança curricular. Essa questão mostrou a necessidade de um mapeamento da prevalência de estresse nesses acadêmicos.

CAPÍTULO 1

“O passado é lição para se meditar; não para se repetir”

Mário de Andrade

O CONTEXTO DA PESQUISA: A FAMEMA E O NUADI

Tomando-se como ponto de partida a idéia de que “o sujeito se caracteriza pela sua historicidade, pela história demarcada por suas experiências imediatas e pela história inserida na tradição de sua cultura” (SOUZA, 1999, p. 132), pode-se observar que tanto a história da medicina quanto a história de vida do graduando configuram as vicissitudes encontradas em sua formação médica.

Resgatando a história da Medicina, o registro mais antigo que se tem é sobre a medicina sumeriana, na Mesopotâmia. Seu apogeu data de 3000 a 2000 a.C. É dessa época a referência de que pela primeira vez o médico é considerado um profissional com liberdade para lutar contra as doenças (LOPES, 1970).

Hipócrates foi o principal professor da Escola de Cós. Costumava ensinar seus alunos ao ar livre, sob a sombra de um grande plátano. Costumava dizer que o lugar do médico é na cabeceira do doente, frase que os alunos de medicina contemporânea ouvem de seus professores com frequência durante o curso (MILLAN, 2003, p. 9).

Os ensinamentos de Hipócrates perduram até nossos dias, haja vista que seus escritos “são os únicos a nos fornecer um conhecimento, assás imperfeito aliás, da situação da medicina no período mais brilhante da história grega” (OSLER, 1932, p. 46).

A escolarização, tal qual a conhecemos atualmente, é uma aquisição da Modernidade, e tem por objetivo operacionalizar o sujeito cognoscente. Entre a escola sumeriana e as universidades da Modernidade muitas foram as formas de transmissão do conhecimento utilizadas para a formação médica.

Com o advento da Modernidade as escolas médicas foram se estruturando e, a partir do século XV, a universidade de Medicina se desenvolveu, primeiramente no Norte da Itália, na França e na Inglaterra (NUTTON, 2001). A partir de então, vieram as transformações do Renascimento possibilitando aquisição de conhecimentos, como por exemplo, o estudo de anatomia.

À época do descobrimento, os europeus que por aqui chegavam recebiam orientações sobre higiene, alimentação e aclimação. “O primeiro físico europeu a pisar terras brasileiras foi o mestre João Menelau, bacharel em artes, em medicina, cirurgião de D. Manuel I e físico e astrônomo da armada de Pedro Álvares Cabral” (SANTOS FILHO, 1947, p. 47). No entanto, os “físicos” que chegavam à “ilha de Santa Cruz” seguiam para as Índias. Diziam que não ficariam em terras habitadas por indígenas, mesmo porque não teriam serventia, pois os nativos tinham seus pajés.

No Brasil-Colônia, séculos XVI, XVII e meados do XVIII, os homens que exerciam a medicina eram, em sua maioria, de condição humilde e de pouca instrução. “Físicos, cirurgiões, barbeiros e boticários não pertenceram ao governo da terra, não alcançaram prestígio e riqueza”. (SANTOS FILHO, 1947, p. 48). Os físicos que vinham para o Brasil cursavam a escola médica de Coimbra (Portugal), de Salamanca, Valladolid, Alcalá de Henares e Cordova (Espanha).

Por meio de um decreto do Marquês de Pombal, de 1773, que tornava acessível aos judeus os cargos públicos, os descendentes de judeus que exerciam a medicina passaram a ganhar certa importância. Isso se refletiu na profissão, levando vários filhos de famílias importantes a procurarem a Universidade. Doutores de boas famílias, filhos de fidalgos enobreceram a profissão. (SANTOS FILHO, 1947).

No Brasil, após a chegada de D. João VI, em 1808, foram criadas duas escolas de cirurgia: a da Bahia, em fevereiro, e a do Rio de Janeiro, em abril, que, posteriormente, passaram a categoria de Academia. Por meio do decreto de 03-10-1832, D. Pedro II transformou essas Academias em Faculdades de Medicina (SANTOS FILHO, 1947).

O curso médico dessas duas Faculdades era ministrado nas faculdades públicas e a parte prática era ministrada nas enfermarias dos hospitais da Misericórdia. Apresentavam o seguinte currículo:

1º ano – física médica; botânica médica e princípios elementares de zoologia

2º ano – química médica e princípios elementares de mineralogia; anatomia geral e descritiva

3º ano – anatomia (pelo mesmo lente do 2º ano); fisiologia

4º ano – patologia externa; patologia interna; farmácia, matéria médica (especialmente brasileira), terapêutica e arte de formular

5º ano – anatomia topográfica, medicina operatória e aparelhos; partos, moléstias de mulheres pejudadas e paridas e de meninos recém-nascidos

6º ano – higiene e história da medicina; medicina legal

Ensinava-se “clínica externa e anatomia patológica respectiva”, a todos os alunos do 2º ano ao 6º ano e “clínica interna e anatomia patológica respectiva” aos do 5º e 6º anos” (SANTOS FILHO, 1947, p. 226).

Depois disso, várias escolas médicas foram criadas. No estado de São Paulo, em 24 de novembro de 1891, foi criada a Academia de Medicina, Cirurgia e Farmácia de São Paulo. Em 1912, a então Academia foi transformada em Faculdade de Medicina e Cirurgia, tendo sido regulamentada em 21 de janeiro de 1913 pelo decreto n. 2.344. (MAZZIERI; TOLOSA, 2004).

Como não havia prédio próprio, ela utilizou várias dependências de diversos setores da saúde na cidade de São Paulo, até que em 15 de março de 1931 passou a ocupar o prédio da Av. Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho. A qualidade de ensino praticada pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) fez dela uma referência no ensino médico do Brasil.

Determinado a fundar uma nova Escola de Medicina na capital paulista, Octávio de Carvalho encabeçou um movimento que culminou com a criação da Escola Paulista de Medicina (EPM) em 15 de julho de 1933. Seus fundadores comprometerem-se a construir um hospital de ensino. Com ajuda da sociedade paulistana, veio a se tornar realidade, em junho de 1937, o Pavilhão Maria Thereza de Azevedo do Hospital São Paulo. E em 1956 a EPM foi federalizada. (ATALLAH; STELLA; FAGUNDES NETO, 2004).

Em 22 de abril de 1963, criou-se a Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Coincidentemente, no mesmo ano do Jubileu de Ouro da FMUSP que, por décadas, utilizou o Hospital da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, enquanto não tinha seu próprio hospital.

A Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, descrita como uma faculdade nova,

pôs em prática um currículo pleno, em que, nas 1^a e 2^a séries, ensinava-se sobre o homem normal (em suas formas, funções e comportamento), nas 3^a e 4^a séries, sobre a doença e, nas séries finais, (5^a e 6^a), no Internato, sobre o doente. A lógica dessa estrutura curricular passou a ser modelo para as demais escolas (ALTIMARI, 2004, p. 216).

Nessa trajetória histórica pôde-se observar as mudanças pelas quais o ensino médico vem passando.

Nada existe imutavelmente fixo na natureza. Tudo que existe no mundo físico e animado, cousas e seres, está em constante transformação. O homem renova, com poucas exceções, quase todas as células, em menos de cada decênio (PRADO, 1944, p. 413).

Considerando-se tal afirmativa, como não pensar na continuidade das transformações do ensino médico?

Recentemente, a Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) passou por uma modificação curricular, iniciando, em 1997, a implantação de uma metodologia denominada Aprendizagem Baseada em Problemas. Essa mudança tem trazido modificação no perfil do estudante¹; aquele que era apenas aluno², passou a participar ativamente do processo de aprendizado.

¹ Estudante: pessoa que estuda; discípulo (ESTUDANTE, 1986, p. 731).

² Aluno: pessoa que recebe instrução e/ou educação de algum mestre (ALUNO, 1986, p. 95).

Inserido nesse processo, o estudante de Medicina encontra-se, durante sua formação, em contato íntimo e direto com um fator estressor, ou seja, os fatores que levam a um processo no qual há ruptura da homeostase do organismo, reagindo por meio de alterações psicofisiológicas. Dessa maneira, pretende-se, neste trabalho, desenvolver a idéia de que o estudante de Medicina passa por transformações durante o período de graduação e de como essa formação pode funcionar como um agente estressor.

1.1 FAMEMA

A Faculdade de Medicina de Marília, FAMEMA, local de nossa pesquisa, foi criada pela Lei Estadual nº 9.236, em 19 de janeiro 1966. No entanto, seu funcionamento só foi autorizado após a constituição da Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília (FMESM) que, por meio da Lei Municipal nº 1.371, iniciou seu funcionamento em 30 de janeiro de 1967 (FAMEMA, 2002).

Inicialmente, foram autorizadas 60 vagas para o curso de Medicina. Em 1975, o número aumentou para 80 vagas anuais, permanecendo assim até a presente data. A FAMEMA foi a 10ª faculdade de medicina criada no estado de São Paulo e a 47ª do Brasil (MIGUEL; VILLANI, [198-?]). Atualmente permanece como um instituto isolado de ensino superior.

A organização pedagógica da FAMEMA baseou-se nos modelos das faculdades mais tradicionais, como a Faculdade de Medicina da Universidade de São

Paulo, da Escola Paulista de Medicina e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Vários professores dessas escolas participaram efetivamente como docentes da FAMEMA e foram os responsáveis pela elaboração do currículo (PADILHA, 1996).

Como a maioria das Faculdades de Medicina do Brasil, também a FAMEMA iniciou suas atividades hospitalares na Santa Casa de Misericórdia de Marília, que cedeu parte de sua enfermaria para as atividades de ensino-aprendizagem. O Hospital das Clínicas de Marília, inaugurado em abril de 1965, foi cedido a FAMEMA em 1972 (KOMATSU, 2003).

Em 1981, foi criado o Curso de Enfermagem da FAMEMA, sendo autorizado e implementado por meio do Decreto Federal nº 85.547/81. Nesse mesmo ano foram iniciadas suas atividades. Inicialmente dispunha de 80 vagas e, desde 1990, passou a oferecer 40 vagas anuais.

A história da FAMEMA foi marcada, segundo Padilha (1996), por várias crises de caráter administrativo, político, financeiro e educacional, ocorridas nas décadas de 70, 80 e 90.

A crise mais importante aconteceu em 1981. Nesse ano, o movimento estudantil paralisou suas atividades por 144 dias. O início ocorreu no dia 18 de agosto e as exigências eram a efetivação do convênio do Ministério da Educação e Cultura com o Ministério da Previdência e Assistência Social, a fim de que a “receita advinda das mensalidades escolares revertesse em benefício direto para o ensino-aprendizagem e

não apenas para cobrir as despesas do hospital” (KOMATSU, 2003, p. 94), e melhores condições de ensino e de gerenciamento do Hospital das Clínicas de Marília.

Resultou dessa paralisação uma mudança na diretoria e no estatuto da Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília, bem como na Diretoria da FAMEMA, e uma profissionalização da administração hospitalar. Em 1983, após dois anos dessas conquistas, houve nova crise e, pela primeira vez, os docentes assumiram os rumos da instituição.

Em 1981, foi desativado um convento de carmelitas que ficava vizinho ao Hospital de Clínicas de Marília. Em 1983, após os docentes assumirem a Fundação e a Direção da Faculdade, conseguiram realizar um contrato de locação desse imóvel situado à Avenida Monte Carmelo, nº 800. Após algumas reformas, o prédio do “Carmelo” foi inaugurado em 11 de fevereiro de 1984.

Desde então, tal prédio passou a ser conhecido por toda a comunidade da FAMEMA como Carmelo. Nesse local estão as salas de aula, a Diretoria, a Biblioteca, o Laboratório Morfofuncional, a Secretaria Geral, o Auditório e, após 1997, passou a abrigar as salas de tutoria.

O Hospital de Clínicas de Marília (HC-I) estava ficando insuficiente diante da demanda. Foi quando em 1988, o antigo Hospital Marília foi municipalizado e entregue para a Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília administrar. Atualmente, ele é a Unidade 2 do Hospital de Clínicas de Marília (HC-II).

Além desses hospitais e do Carmelo, a FAMEMA conta com o Ambulatório Especializado “Governador Mário Covas”, que possui 50 consultórios e salas de atendimento, e com o Hemocentro, que abriga o Banco de Sangue, os ambulatórios de hematologia e oncologia pediátrica, o laboratório de análises clínicas, o laboratório de genética e um auditório. Ambos distantes aproximadamente 500 metros do HCI, sendo um à direita e outro à esquerda do Hospital. Há ainda o Ambulatório de Oftalmologia, um centro de referência, um pouco mais distante do complexo FAMEMA.

A FAMEMA foi estadualizada em cumprimento à Lei Estadual nº 8.898 de 27 de setembro de 1994, passando a ser uma autarquia ligada à Secretaria da Ciência e Tecnologia do Estado de São Paulo. “A estadualização tem possibilitado a reorganização institucional e a superação progressiva da crise econômico-financeira enfrentada pela mesma desde o início dos anos 90” (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2002, p. 2).

O trabalho conjunto com os serviços de saúde do município de Marília sempre esteve presente na história da FAMEMA. No princípio de maneira informal e não organizada, até que o momento histórico do país levasse ao despertar da necessidade de um funcionamento profissional, na relação da FAMEMA com o Serviço Municipal de Saúde.

Em 1991, a Fundação Kellogg enviou 680 cartas a Faculdades de Medicina, Enfermagem, Odontologia, Escolas de Saúde Pública e cursos de administração em saúde da América Latina, tornando público o convite para participação em um novo programa de interação entre a saúde pública e a universidade, denominado Projeto UNI.

Dentro do prazo estabelecido, a Fundação Kellogg recebeu 150 cartas de intenção aceitando participar do UNI.

Após cuidadosa análise realizada pelo comitê assessor da Fundação Kellogg foram selecionadas 15 universidades, dentre elas a Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília, responsável pela FAMEMA. Para essa primeira fase, as outras universidades brasileiras selecionadas foram a Universidade Estadual de Londrina, a Universidade Estadual Paulista – UNESP – Botucatu e a Universidade de Brasília. (ALMEIDA, 1997).

Portanto, por meio da Fundação W. K. Kellogg foi possível a elaboração de um projeto conjunto entre a FAMEMA, a Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília e a Comunidade, denominado Projeto UNI-Marília. A segunda fase desse projeto teve início em novembro de 1992, quando se formou um conselho gestor com representantes dos três componentes: Faculdade de Medicina de Marília, Conselho Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília. Este conselho gestor era a instância máxima de deliberação, de formulação e de condução política do Projeto UNI-Marília. Tal conselho viabilizou a integração possível e desejável entre os três componentes.

As experiências promovidas desde o início do Projeto UNI-Marília permitiram um acúmulo de novos saberes construídos segundo diferentes enfoques trazidos pelos parceiros sob as diretrizes do ideário UNI (SILVA, 2000, p. 45).

Esse projeto tornou possível a mudança curricular, passando a utilizar a aprendizagem baseada em problemas.

1.1.1 Aprendizagem Baseada em Problemas

Desde sua criação, o método de ensino utilizado pela FAMEMA era o chamado ensino tradicional. Esse método, estruturado por disciplinas, ainda é utilizado pela maioria das escolas médicas no Brasil. Na FAMEMA era da seguinte maneira:

1º ano: anatomia, histologia, bioquímica e biofísica, genética médica, bioestatística e estatística vital, farmacologia e terapêutica experimental, fisiologia e educação física.

2º ano: bioquímica e biofísica, farmacologia e terapêutica experimental, fisiologia, clínica médica (Cardiologia, Pneumologia e Hematologia), clínica cirúrgica, anatomia patológica (Patologia Geral e Patologia Especial), epidemiologia geral e especial, parasitologia, microbiologia, ciências sociais aplicadas e educação física.

3º ano: clínica médica (Dermatologia, Reumatologia, Propedêutica, Gastroenterologia, Endocrinologia e Nefrologia), clínica cirúrgica (Cir. Glandular e de Pescoço, Oftalmologia, Urologia, Cir. Vascular, Gastroenterologia, Técnica Cirúrgica, Anestesiologia e Cir. Plástica e Reparadora), anatomia patológica (Patologia Geral e Patologia Especial), fisiologia, farmacologia e terapêutica experimental, psicologia médica e psiquiatria, medicina preventiva e integrada e educação física.

4º ano: medicina preventiva e integrada, pediatria social, saúde pública e planejamento, ginecologia e obstetrícia, pediatria e puericultura, clínica médica (Neurologia), clínica cirúrgica (Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Traumatologia), psicologia médica e psiquiatria, deontologia e medicina legal, estudo de problemas brasileiros e educação física.

5º e 6º anos: Internato (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 1985).

Coombs, Perell e Ruckh (1990) mostraram que o currículo tradicional enfatizava somente “cabeça” e “mãos”; respectivamente, a preocupação com o conhecimento cognitivo para diagnósticos apurados e intervenções apropriadas, e as

habilidades manuais para os procedimentos médicos. Houve uma mudança curricular na Universidade da Califórnia, incluindo o “coração”, ou seja, os aspectos afetivos de relação interpessoal, a habilidade para desenvolver um contato com sensibilidade e compaixão para com o paciente e com os outros. Segundo eles, a formação médica deveria ocorrer nestas três áreas vitais, para a construção do conhecimento.

O estudante de medicina vai constituindo sua identidade médica ao longo de sua graduação e pós-graduação. Tendo em vista as considerações de Silva (2003, p. 85) no sentido de que “a identidade de uma pessoa se faz ao longo dos anos e a partir das identificações com pessoas importantes ou com papéis significantes vivenciados”, nesse momento é fundamental que ele encontre professores humanos, dedicados, presentes e compreensivos. Assim, estará identificado com pessoas que privilegiem a afetividade e a humanização do atendimento além do conhecimento científico (WERNER; KORSCH, 1976).

A busca por um currículo mais humanizado, como relatado acima, aliada a mais uma crise financeira da faculdade e à aceitação da Fundação Kellogg para que a FAMEMA fizesse parte do projeto UNI, em 1997, levaram a instituição a adotar como metodologia de ensino a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP). Esse currículo “passou a ser centrado no estudante, baseado em problemas e orientado à comunidade” (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2002, p. 6).

Esse programa inovador já tinha se desenvolvido na *McMaster Medical School* em Hamilton, Canadá. Em 1964, a *Royal Commission on Health Services* do Canadá questionara a educação médica da geração anterior, sobre o que haveria de

errado com ela. A partir desse questionamento, em 1965, John Evans, diretor dessa faculdade, coordenou a reforma curricular (HART, 1977).

Isso resultou na criação da Aprendizagem Baseada em Problemas, na qual o estudante se concentra na definição, síntese e resolução de um problema. Esta prática requer, por parte dele, um esforço intelectual e uma aprendizagem para utilização seletiva das informações obtidas.

A Aprendizagem Baseada em Problemas coloca o estudante como sujeito que aprende a aprender, que enfoca e prioriza o trabalho de facilitador do professor-tutor, que valoriza o estudo independente e a inter-relação aprender e fazer. Algumas experiências adotam com clareza, a definição conceitual de ensinar-fazendo e aprender-trabalhando, superadora da dicotomia teoria-prática, criando condições favoráveis para a ação-reflexão-ação como modelo de intervenção nos processos de ensino-aprendizagem e no trabalho colaborativo e solidário entre sujeitos sociais da universidade, dos serviços e da comunidade (ALMEIDA, 1997, p. 131-132).

O curso médico da FAMEMA adotou a Aprendizagem Baseada em Problemas. A implementação desse novo currículo foi sendo feita de maneira gradual, série a série, de tal maneira que em 2002 graduava-se a primeira turma de estudantes formada pela metodologia da ABP.

As unidades Educacionais constituem um núcleo fundamental do currículo com o intuito de integrar diversas disciplinas e articular os aspectos das dimensões psicológica, social e biológica envolvidos em determinada situação ou problemas de saúde (NUNES, 2004, p. 27).

Segundo essa proposta, o objetivo principal do curso médico é prover aos estudantes uma qualificação profissional em Medicina. As competências definidas devem capacitar os estudantes para:

- O processo contínuo de aprender a aprender;

- A atenção aos pacientes;
- O entendimento da saúde individual inserida em um contexto sócio-econômico-cultural de uma determinada população;
- As habilidades técnicas efetivas para o gerenciamento dos problemas de saúde dos pacientes e da população;
- O comportamento profissional ético e humanístico;
- A capacidade de trabalhar em equipe e atuar para a melhoria de saúde da população;
- O desenvolvimento da prática baseada em evidências.

Como busca e aquisição de conhecimentos constitui um processo contínuo ao longo da vida de cada indivíduo, os estudantes, durante o Curso de Medicina, são encorajados a definir os próprios objetivos de aprendizagem e tomar a responsabilidade de avaliar os progressos pessoais no sentido de quanto estão se aproximando dos objetivos formulados.

Essa avaliação deve incluir a habilidade de reconhecer necessidades educacionais pessoais, desenvolver um método próprio de estudo, avaliar e utilizar adequadamente uma diversidade de recursos educacionais e avaliar criticamente os progressos obtidos. Na ABP, o problema é utilizado como estímulo à aquisição de conhecimento e compreensão de conceitos. Com a evolução do currículo, o estudante também usa cada problema para desenvolver habilidades na solução de outros problemas.

Em ABP, nenhuma exposição formal prévia de informação é dada pelo programa do Curso, e a seguinte seqüência de passos é aconselhada:

- a. Esclarecimento do problema/situação apresentada: aclarar o problema oferecido, explorando os dados apresentados;
- b. Exploração e análise integrada e articulada dos dados do problema: identificar as áreas/pontos importantes ao problema, através da definição de quais são as áreas relevantes de conhecimento dentro das três dimensões: biológica, psicológica e social, considerando os objetivos de aprendizagem em cada unidade educacional;
- c. Identificação do conhecimento atual relevante para o problema (brainstorm);
- d. Desenvolvimento de hipóteses, a partir da explicação dos dados apresentados no problema, e identificação do conhecimento adicional requerido para melhorar a compreensão do problema, baseado nas necessidades de aprendizagem individual e/ou do grupo (questões de aprendizagem);
- e. Busca de novos conhecimentos, utilizando os recursos de aprendizagem apropriados, dentre uma diversidade: livros, periódicos (revistas), bases de dados local (Medline, Lilacs) ou remota (Internet, Bireme), programas interativos, multimídia, entrevistas com professores, profissionais ou usuários, vídeos, slides, laboratórios, serviços de saúde, comunidade.; isto é, quais são as fontes de recursos mais apropriadas à exploração deste problema?;
- f. Síntese dos conhecimentos prévios e novos em relação ao problema, baseada em sólidas evidências científicas, como se pode explicar o problema agora?;
- g. Repetição de alguns ou todos os passos anteriores, se for necessário;
- h. Reconhecimento do que foi identificado como uma necessidade de aprendizagem, mas que não foi adequadamente explorado, para incursões complementares;
- i. Síntese dos conhecimentos auferidos e, se possível, teste da compreensão do conhecimento adquirido por sua aplicação em outra situação ou problema;
- j. Avaliação (auto, pares, tutores, sessão). (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2003, p. 8-9).

O estudante deve desenvolver competências para tornar-se um ativo integrante com contribuições para o grupo, seja um grupo de aprendizagem, de pesquisa, seja de trabalho formado por profissionais.

Do primeiro ao quarto ano funcionam os grupos de tutoria. O grupo de tutoria é formado por um tutor, um co-tutor e oito estudantes. O tutor é um professor que auxilia um grupo a atingir seus objetivos de aprendizagem. O grupo de tutoria representa, portanto, um laboratório para aprendizagem sobre a interação e integração humana.

No grupo de tutoria os estudantes podem desenvolver habilidades de comunicação e relacionamento interpessoal e a consciência de suas próprias reações no trabalho coletivo, constituindo uma oportunidade para aprender a ouvir, a receber e assimilar críticas e, por sua vez, oferecer análises e contribuições produtivas ao grupo.

O grupo de tutoria é um fórum, no qual os recursos dos membros do grupo são mais efetivos do que os resultantes da somatória das atividades individuais. Ele também promove a oportunidade para a auto-avaliação, na qual o estudante pode comparar, informalmente, seu progresso com o de seus parceiros.

A organização do conhecimento se dá por meio de três dimensões indissociáveis: a Biológica, a Psicológica e a Social, brevemente apresentadas, a seguir.

A Dimensão Biológica refere-se à perspectiva das ciências biológicas. A manutenção da homeostase e o conhecimento necessário para resgatar tal equilíbrio ocorrem por meio de aquisição cognitiva que vai sendo adquirida durante a graduação.

A Dimensão Social leva o estudante a compreender o caráter social do processo saúde/doença. A relação da prevalência de determinada patologia e o meio no qual ela ocorre em maior proporção é uma das características a ser aprendida por meio do conhecimento desta dimensão.

A Dimensão Psicológica busca compreender mecanismos mentais e o comportamento humano, parte da complexa tarefa dos profissionais de saúde. As pessoas não se limitam a organismos. Reagem de maneira distinta quando submetidas a condições de estresse psicológico semelhante.

Podem-se entender as reações de cada pessoa a cada momento individualizando-se as situações, aprimorando-as com uma relação interpessoal, quer com pacientes, familiares, cuidadores, quer com os próprios membros de uma equipe de trabalho.

É possível explorar essa perspectiva utilizando subsídios das ciências humanas, tais como da Psicologia, Psiquiatria, Sociologia, Antropologia, Filosofia, Ética, assim como do próprio cotidiano, da literatura, ou da vida real.

A análise da perspectiva psicológica é sempre situacional: o impacto da doença. Quais as impressões do paciente naquele momento a respeito da doença? Quais

suas maiores preocupações ou aflições? O que sente realmente a pessoa submetida a uma condição anormal? Quais as expectativas e possíveis reações frente a um determinado procedimento diagnóstico (exame) ou proposta de tratamento (fármacos, psicoterapia, cirurgia)?

Assim, ampliam-se os horizontes da compreensão sobre cada paciente pelo entendimento de que se trata de uma pessoa, por vezes fragilizada, amedrontada e à espera de afeto e conforto. Por isso são fundamentais as considerações sobre:

- a história do indivíduo,
- a dinâmica da comunicação interpessoal,
- o poder da relação médico-paciente,
- as questões éticas na tomada de decisões na investigação e na terapêutica,
- o respeito à autonomia do paciente,
- o sigilo médico,
- o impacto da doença no estilo de vida do paciente e na dinâmica familiar.

O estudante de Medicina da FAMEMA está inserido nessa nova concepção e, portanto, dessa maneira se dará a constituição desses futuros médicos. O currículo atual ficou da seguinte maneira:

1ª série			
Necessidades de Saúde 1			
Prática Profissional 1			
2ª série			
Unidade Integrada I	Unidade Integrada II	Eletivo	
Prática Profissional 2			
3ª série			
Ciclo de Vida 1		Ciclo de Vida 2	
Interação Comunitária 3	Eletivo	Interação Comunitária 3	
Habilidades Profissionais 3		Habilidades Profissionais 3	
4ª série			
Eletivo	Apresentações Clínicas 1	Apresentações Clínicas 2	
	Interação Comunitária 4		
	Habilidades Profissionais 4		
5ª série			
Eletivo/férias	Saúde do Adulto I	Emergência e Trauma	Saúde Materno- Infantil I
6ª série			
Eletivo/férias	Saúde do Adulto II	Saúde Materno- Infantil II	

Dados fornecidos pelo Curso de Medicina da FAMEMA

Fonte: Faculdade de Medicina de Marília (2004).

No livro de referência sobre o universo psicológico do estudante de medicina, MILLAN (1999) comentou a mudança curricular da Faculdade de Medicina da USP, iniciada em 1998, mencionando as duas disciplinas que foram criadas para o novo currículo: Bases Humanísticas da Medicina e Comportamento Humano, mas ele enfatizou que, em recente visita à FAMEMA, teve “a oportunidade de conhecer uma proposta inovadora de ensino médico, a Aprendizagem Baseada em Problemas, que está sendo implantada naquela instituição desde 1997” (MILLAN, 1999, p. 37). Isso mostra a importância que, dentre outras coisas, estudiosos do assunto dão à questão da humanização no ensino médico.

1.2 NUADI

1.2.1 Criação do NUADI

Assim como em várias faculdades de medicina (MILLAN; ROSSI; DE MARCO, 1999; NOTO et al., 2001; PASNAU; STOESSEL, 1994), há, na FAMEMA, um serviço de atendimento psicológico e psiquiátrico aos estudantes de Medicina e de Enfermagem, chamado Núcleo de Atendimento Psicológico ao Corpo Discente (NUADI). Ele foi oficialmente criado em 1994. É constituído de uma psiquiatra (a pesquisadora), uma psicóloga e uma secretária (GUIMARÃES, 2002).

Houve uma primeira tentativa para oferecer atendimento psicológico e psiquiátrico ao estudante de Medicina da FAMEMA por meio do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica na década de 80. Essa tentativa não deu certo, pois uma vez vinculado o serviço de atendimento ao Departamento, haveria a impossibilidade de garantir o sigilo e a superposição das funções didáticas e assistenciais. Essas dificuldades foram efetivamente observadas por serviços de outras faculdades de Medicina (MILLAN et al., 1998).

Foi quando se decidiu pela criação de um setor exclusivo para esse atendimento, da mesma maneira que já existe em outras escolas médicas (SAKS; KARL, 2004; MILLAN; ROSSI; DE MARCO, 1999; ROSPENDA; HALPERT; RICHMAN, 1994). Em 1994, o Diretor acadêmico convidou uma psicóloga para montar o serviço, que solicitou a participação de um psiquiatra. Tais profissionais não exercem

função docente nem estão ligadas ao Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica. O NUADI é vinculado diretamente à Direção Acadêmica.

Desde a sua criação, teve-se cuidado com o local que ele ocuparia. Deveria ser próximo da Faculdade sem, entretanto, estar dentro do Carmelo, prédio onde ficam as salas de tutoria, biblioteca, laboratório morfofuncional, diretoria e secretaria. Também não deveria funcionar dentro de nenhum dos hospitais, nem no prédio de ambulatórios ou no hemocentro. Foi então escolhido um anexo em frente ao Carmelo onde funciona também o setor responsável pelos Orientadores. Essa casa é um local de fácil acesso e não causa constrangimento ao estudante que procura o serviço.

1.2.2 Atividades do NUADI

O NUADI desenvolve várias atividades:

- Entrevista inicial
- Atendimento psicoterápico
- Atendimento psiquiátrico
- Encaminhamento para psicoterapia
- Orientação
- Atendimento familiar
- Orientação aos docentes e/ou orientadores
- Emergência

1. Entrevista inicial: é uma entrevista realizada nos primeiros meses de aula. Cada estudante do primeiro ano é convidado a comparecer ao NUADI. Ele recebe uma carta-convite da qual consta dia, hora e local da entrevista. O nome do estudante não é escrito

no prontuário. A identificação é feita por uma numeração catalogada pela secretária, a fim de que esse material seja identificado apenas pelos integrantes do serviço. Na primeira entrevista, preenche-se uma ficha com dados pessoais, familiares e relacionados à escolha profissional. Apesar de não ser obrigatória, quase todos os primeiranistas comparecem. A frequência, nos últimos anos vem aumentando e, ultimamente, tem sido em torno de 90%. Entendemos que esse aumento se deve à boa propaganda feita pelos veteranos, do segundo ao sexto ano, que já passaram por essa experiência.

2. Atendimento psicoterápico: é realizado pela psicóloga, com um atendimento, semanal ou quinzenal, de 30 minutos. A abordagem psicoterápica usada é a psicanalítica. Há atendimentos em psicoterapia breve, além de outros tipos de atendimento que se estendem por vários anos.

3. Atendimento psiquiátrico: é realizado pela psiquiatra. Nesse atendimento, também de 30 minutos, faz-se o diagnóstico e, quando necessário, inicia-se terapêutica medicamentosa. Enquanto o estudante fizer uso de psicofármaco será acompanhado pela psiquiatra. Vale lembrar que a psiquiatra tem formação psicanalítica e faz uso desse referencial teórico no contato.

4. Encaminhamento para psicoterapia: é feito tanto pela psicóloga quanto pela psiquiatra. Como não é possível atender os 480 estudantes de medicina mais os 160 de enfermagem, o NUADI, por meio do Diretório Acadêmico Cristiano Altenfelder (DACA) viabilizou um convênio pelo qual profissionais da cidade, psicólogos e psiquiatras, se dispõem a atender os estudantes em psicoterapia psicanalítica, por

honorários mais acessíveis. Esses profissionais devem preencher os critérios exigidos pelo convênio.

5. Orientação: às vezes o jovem procura o NUADI para orientar-se quanto aos recursos de que dispõe tanto na faculdade quanto na cidade, bem como por dificuldades pedagógicas, ou, até mesmo, por não saber como lidar, por exemplo, com o final de um namoro com colega de turma. Situações que demandam de um a três contatos fazem parte dessas orientações.

6. Atendimento familiar: quando um estudante inicia tratamento psicofarmacológico e/ou psicoterápico, os pais querem saber o motivo e, por vezes, solicitam consulta ao NUADI para obterem esclarecimentos. Outra situação ocorre quando há algum tipo de risco para o jovem e a presença da família é solicitada pelo NUADI para dar continuidade ao tratamento.

7. Orientação aos docentes e/ou orientadores: orientador é um docente que acompanha o estudante durante todos os anos de graduação. Atua como se fosse um padrinho ou madrinha, que irá auxiliar o acadêmico em suas dúvidas, uma espécie de mentor. Desde coisas mais simples tais como: onde fazer compras, onde alugar casa até pensar junto com o acadêmico sobre o local no qual fará os estágios eletivos. Esse orientador, bem como qualquer docente pode solicitar ajuda ao NUADI. O horário é marcado, e o sigilo do atendimento, mantido.

8. Emergência: o NUADI é um serviço ambulatorial sem pretensões nem estrutura para ser um serviço de urgência/emergência. Apesar disso, desde o início das atividades, em 1994, tem-se atendido a situações de urgência; atualmente, no mínimo uma

ocorrência por ano. Por estarem em uma cidade com apenas 200.000 habitantes, os estudantes têm a possibilidade desse atendimento emergencial; desta forma, as telefonistas têm autorização para contatar os profissionais, mesmo fora do horário de trabalho. Até o presente momento, essas situações foram contidas de modo que o estudante não ficasse exposto. Essa exposição é considerada, pois caso ele procurasse ou fosse levado ao serviço de urgência psiquiátrica da cidade, que fica no Pronto Socorro Municipal no Hospital de Clínicas I, seria atendido pelos docentes e internos de plantão. Por isso, toma-se o cuidado para que o estudante possa ser atendido em outro local, tendo sua privacidade preservada.

Vale ressaltar que o NUADI mantém um compromisso ético de confidencialidade em relação ao corpo discente. É uma norma do serviço não revelar dados e não fornecer informações para avaliações pedagógicas nem jurídicas. Observa-se procedimento semelhante em outros serviços (NOGUEIRA-MARTINS; AVANCINE; NOTO, 2003; MILLAN; ROSSI; DE MARCO, 1999).

Guardar para si os sentimentos evocados pela formação médica, geralmente leva a defesas mal adaptativas para o futuro médico, bem como para os pacientes. O encontro com a morte, as possíveis identificações dos pacientes com pessoas queridas dos estudantes, as responsabilidades frente ao sofrimento, parecem ser características universais do estudante de medicina (VAILLANT; SOBOWALE; McARTHUR, 1972; WERNER; KORSCH, 1976; NOGUEIRA-MARTINS, 1996).

Atualmente, é possível encontrar um espaço para compartilhar experiências emocionais difíceis dentro da própria escola médica. O NUADI tornou-se essa

referência dentro da instituição. Tanto o corpo discente quanto o corpo docente contam com esse recurso. Conhecem os meios de encaminhamento e sabem que o estudante com dificuldade emocional poderá ser encaminhado ao serviço.

A medicina atual tem por objetivo o cuidado do ser humano a partir de um referencial biopsicosocial. Para que o exercício profissional seja realizado dessa maneira é fundamental que o futuro médico também receba esses cuidados durante sua formação. Por conseguinte, hoje não é mais possível pensar a faculdade sem um serviço de atendimento psicológico ao acadêmico.

CAPÍTULO 2

“Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina”

Cora Coralina

ESTRESSE E A FORMAÇÃO MÉDICA

A atribuição de sentido às experiências foi o foco que despertou a necessidade de o psicológico desenvolver-se e, assim, termos o sujeito psíquico como o sujeito do mundo atual. Pensando neste sujeito enquanto ser subjetivo, a formação médica deveria estar comprometida, também, com os aspectos humanísticos desse estudante, pois só assim, em situação futura, ele estará preparado para exercer adequadamente sua profissão.

O jovem que deseja ser médico traz dentro de si marcas que definem tal escolha. No entanto, nem sempre essa é sua vocação, nem sempre, a escolha adequada a seu tipo de personalidade. Esse conflito pode levá-lo a um estado de confusão tal, que o faça desistir do curso ou mesmo que o impeça de ver suas possibilidades de desenvolvimento profissional.

Millan (2003, p. 277) realizou um estudo sobre a vocação médica e gênero. Nesse estudo, concluiu que “a vocação médica transcende o gênero e que ambos os gêneros possuem uma visão hipocrática da medicina”. Ele enfatizou a importância de o jovem que pretende ser médico ter vocação para tal profissão.

Poder-se-iam indagar as razões pelas quais uma pessoa escolhe viver tão próxima da morte, convivendo, diuturnamente, com o sofrimento. Que estranha vocação seria essa?

Do vértice psicológico, a vocação médica pode ser analisada por meio das motivações conscientes e das inconscientes (MILLAN; ROSSI; DE MARCO, 1999). Do ponto de vista consciente, os estudantes relatam, na entrevista inicial realizada pelo NUADI, por ocasião do início da Faculdade, motivos como o gosto por ciências biológicas, a influência de algum parente, a possibilidade de atuação no campo social, o contato com gente e, raramente, o reconhecimento social. Poucos são aqueles que ainda têm a ilusão de boa remuneração financeira ou de ser um profissional liberal.

Por outro lado, a verdadeira escolha se faz inconscientemente. “É digna de nota a existência da escolha profissional baseada na vivência de angústia e impotência diante da morte; assim o médico acredita que, por meio de sua profissão, possa salvar todas as vidas e ainda evitar sua própria morte” (MILLAN et al., 1991, p. 137). Observa-se a onipotência, a incapacidade de tolerar limites, o medo de errar, a impossibilidade de ter dúvida. Essas atitudes provêm de mecanismos primitivos da mente. São angústias presentes em todo ser humano, como o medo do desamparo, da fragilidade e da destrutividade.

Na tentativa de conter a expressão da pulsão de morte, escolhe-se a Medicina. Tenta-se, por meio da projeção no paciente, tratar de si mesmo. Certa vez, um estudante disse que, quando entrou na Faculdade, ainda adolescente, achava que médico era “semideus”. E ele não estava brincando, falava no que piamente acreditava e

pretendia tornar-se um. Boa parte dos estudantes que iniciam a Faculdade ainda está adolecendo.

O conceito de pulsão de morte foi introduzido por Freud, em 1920, em *Além do Princípio do Prazer*. Esta pulsão tende a levar o ser vivo ao estado inorgânico e contrapõe-se à pulsão de vida. Inicialmente a pulsão de morte volta-se para o interior do ser humano levando à autodestruição e, secundariamente, volta-se para o exterior, podendo manifestar-se sob a forma de destruição ou de agressão (FREUD, 1920/1976).

Aqui, o termo projeção é utilizado no sentido freudiano. Significa rejeitar para fora o que se recusa reconhecer em si ou o que se recusa ser (PROJEÇÃO, 1992, p. 373-380). Este mecanismo é freqüentemente utilizado na adolescência. Muitas vezes a dificuldade para lidar com a finitude, com a morte, se expressa na adolescência por meio de situações de risco nas quais se desafia a morte.

Adolescer do latim *adolescere* significa adoecer, fazer crescer, brotar. É nessa fase, da metade para o final da adolescência que o jovem se depara com a escolha profissional. O amadurecimento vai-se dando por meio desses conflitos vivenciados pelo adolescente que está prestes a entrar na vida adulta e que se espera, vá adquirindo maturidade. “As situações que o ser humano vivencia, a partir das mudanças que possam vir a ocorrer com a chegada da maturidade são assimiladas, segundo o momento em que ele se encontra, como se situa e compreende sua existência” (HASHIMOTO, 1998, p. 39).

O sistema de ensino vigente no País coloca o vestibular como uma meta, um objetivo a ser alcançado. Isso traz enorme prejuízo para a educação (DIMENSTEIN; ALVES, 2003). E é dentro desse sistema que se faz a seleção de futuros estudantes de Medicina. Esse processo atual de “seleção privilegia inteligência e capacidade de memorização e está longe de definir o potencial humanístico do aluno” (SROUGI, 2003, p. A3). O médico que conseguia ficar ao lado do leito de morte de seu paciente, compartilhar as angústias da família, ser continente, humano, hoje pouco se encontra (ALVES, 2002).

Um dos aspectos que tem chamado a atenção de estudiosos sobre a formação médica refere-se à questão do estresse, objeto deste estudo. As primeiras referências à palavra estresse significando “aflição” e “adversidade” datam do século XIV. No século XVII, o vocábulo passou a ser utilizado em inglês para designar “opressão, desconforto e adversidade” (LIPP, 2001a). Esse termo foi aceito por analogia com o conceito usado pela engenharia, o qual mostrava que as características das cargas deveriam ser consideradas na escolha do material para a construção de pontes e outras estruturas.

Em 1936, o endocrinologista Hans Selye introduziu o termo “stress” para designar uma síndrome produzida por vários agentes nocivos. Sua ênfase era na resposta não-específica do organismo a situações que enfraquecessem ou o fizessem adoecer, a qual ele chamou de “síndrome geral de adaptação” ou “síndrome do stress biológico”. Os trabalhos de Selye foram muito influenciados pelas descobertas de dois fisiologistas que causaram imenso impacto na época: Bernard, que, em 1879, havia sugerido que o ambiente interno dos organismos deve permanecer constante apesar das mudanças no ambiente externo, e Cannon, que, em 1939, sugeriu o nome “homeostase” para designar o esforço dos processos fisiológicos para manter um estado de equilíbrio interno do organismo. Selye, utilizando-se desses conceitos, definiu o “stress” como uma quebra neste equilíbrio. (LIPP, 2001a, p. 18).

Atualmente, estresse é um processo, e não uma reação única, no qual o organismo reage com componentes físicos e/ou psicológicos, causados pelas alterações psicofisiológicas que ocorrem quando a pessoa se confronta com uma situação que, de um modo ou de outro, a irrite, amedronte, excite ou confunda, ou até a faça imensamente feliz (LIPP, 2001b).

Em outras palavras, estresse é um estado de tensão que causa uma ruptura na homeostase do organismo. No processo de avaliação dos estímulos estressores, há uma atividade mental que, em parte, é racional e, em parte, emocional, não necessariamente consciente. Esse conceito, porém, é passível de críticas (FILGUEIRAS; HIPPERT, 1999; LIPP, 2000a).

O estresse sempre esteve presente no ser humano ao longo de sua existência. Novas hipóteses surgem também no campo da medicina psicossomática, a partir dos trabalhos pioneiros de Hans Selye. O estresse pode afetar qualquer pessoa; com maior intensidade, aquelas cujas atividades profissionais ou escolares envolvem funções de inter-relação (KRAKOWSKI, 1984; SCHMIDT, 1990).

Ribeiro (1999) considera que diante do mesmo agente estressor o sujeito pode responder de diferentes maneiras. A diferença está na característica de cada indivíduo. A susceptibilidade individual faz com que uma pessoa seja mais susceptível do que outra, diante do mesmo fator estressor. Entende-se por agente estressor ou fator estressor as fontes de estresse originado de fatores externos (SELYE, 1956).

Partindo-se do conhecimento de que o Curso Médico é um agente estressor (BALDASSIN, 2003; MILLAN, 2003; NOGUEIRA-MARTINS, 1994; MICHIE; SANDHU, 1994; TOEWS et al., 1997; DINEEN et al., 1997; SILVA; RODRIGUES, 2004; NOGUEIRA-MARTINS; JORGE, 1998), este trabalho pretende averiguar a prevalência de estresse nos estudantes em uma faculdade de Medicina, entendendo que cada estudante responde de maneira diferente ao mesmo agente estressor.

Como o ser humano é indivisível, tanto a saúde física quanto à saúde mental dos estudantes deveriam ser contempladas durante o período de formação. O contato com o sofrimento humano, com a morte, com sua impotência e ignorância são causas de estresse e podem levar o estudante a buscar alguma saída para conseguir chegar ao final da jornada. Muitas vezes, esses jovens buscam saídas para essas angústias por meio de situações extremamente destrutivas. Dessa maneira, o nível de estresse vai gradualmente aumentando.

Baseando-se no conceito de estresse de Selye (1956) podem ser encontradas as seguintes fases do estresse:

- Fase de Alerta: começa quando a pessoa se confronta inicialmente com um estressor. Nesse momento, o organismo se prepara para movimento de “luta ou fuga”, com a conseqüente quebra da homeostase. Quando o estressor tem curta duração, a restauração da homeostase ocorre, e o indivíduo sai da fase de alerta sem complicações para seu bem-estar.
- Fase de Resistência: quando o estressor é de longa duração, como é o caso da formação médica, o organismo tenta restabelecer sua homeostase de um modo reparador. A energia adaptativa de reserva é utilizada na tentativa de

reequilíbrio. Se essa reserva é suficiente, a pessoa recupera-se e sai do processo do estresse. Caso contrário, o organismo se enfraquece e se torna vulnerável a doenças.

- Fase de Exaustão: ocorre se a resistência da pessoa não for suficiente para lidar com a fonte estressora ou se aparecerem outros agentes estressores. Ocorrerá a exaustão psicológica, comumente em forma de depressão, e a exaustão física manifestar-se-á, com conseqüente aparecimento de doenças.

Além dessas fases, o instrumento utilizado nesta pesquisa, Inventário sobre Stress para Adultos de Lipp (ISSL), contempla uma outra fase designada Quase-Exaustão, caracterizada por um enfraquecimento da pessoa que não mais está conseguindo adaptar-se ou resistir ao estressor. As doenças que começam a surgir, ainda não são tão graves como na fase de exaustão (LIPP, 2000b).

A saúde mental do jovem estudante, diante desse agente estressor constante vai ficando comprometida. Considerando “o contínuo saúde/doença psíquica como um certo modo de posicionamento do sujeito em relação aos conflitos e contradições que o atravessam” (COSTA-ROSA, 1999, p. 15) pode-se compreender a saúde mental como um estado do indivíduo cujas funções mentais se acham em situação normal, ou seja, mesmo diante de fatores internos ou externos, estressantes, o indivíduo consegue manter sua capacidade de pensamento funcionando.

Um dos objetivos mais recentes da saúde mental não se restringe apenas à cura das doenças ou a sua prevenção, mas envidar esforços para a implementação de recursos que tenham como resultado melhores condições de saúde para a população (HELOANI e CAPITÃO, 2003, p. 2).

CAPÍTULO 3

“Com o conhecimento nossas dúvidas aumentam”

Goethe

PESQUISA

Esta pesquisa, realizada na Faculdade de Medicina de Marília, em 2003, buscou averiguar os níveis de estresse nos estudantes de medicina. Nosso trabalho no serviço de atendimento ao estudante dessa faculdade, o NUADI, levou ao questionamento sobre o estresse e a saúde mental do estudante de medicina.

3.1. Objetivos

3.1.1 Objetivo geral

O objetivo deste trabalho consiste em averiguar a prevalência de estresse nos estudantes de uma faculdade de Medicina, e discutir as implicações na saúde mental deles.

3.1.2 Objetivos específicos

1. Analisar a prevalência de estresse nos estudantes de medicina, considerando os diferentes estágios em que se encontram no curso, do primeiro ao sexto ano;
2. Verificar a correlação entre estresse e a diferença de gênero;

3. Identificar a fase de estresse predominante, considerando as fases de alerta, de resistência, de quase-exaustão e de exaustão;
4. Identificar o tipo de estresse predominante, considerando o estresse psicológico e o físico;
5. Identificar a faixa etária de maior prevalência de estresse.

3.2 Sujeitos e Material de Estudo

Os sujeitos da pesquisa foram os estudantes de medicina da Faculdade de Medicina de Marília que cursavam do primeiro ao sexto anos, em 2003; eram 472 jovens com idade entre 17 e 28 anos, sendo 268 (56,78%) do gênero feminino e 204 (43,22%) do gênero masculino.

Dos 472 estudantes matriculados em 2003, 413 foram convidados, aleatoriamente, a participar da pesquisa. Eram 233 (56,42%) do gênero feminino e 180 (43,58%) do gênero masculino. Todos os estudantes que foram contatados aceitaram o convite.

Os sujeitos da pesquisa ficaram assim distribuídos:

Tabela 1 – Número total e percentual de estudantes e os sujeitos da pesquisa, segundo gênero, da FAMEMA, em 2003.

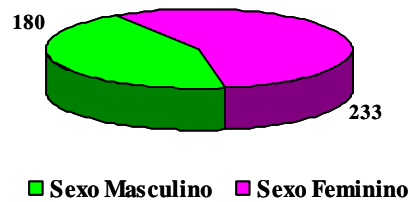
Estudantes Sexo	Total de Estudantes *		Sujeitos da Pesquisa	
	n	%	n	%
Feminino	268	56,78	233	56,42
Masculino	204	43,22	180	43,58
Total	472	100,00	413	100,00

*Fonte : Secretaria Geral da FAMEMA

Gráfico 1 - Número de estudantes de medicina da FAMEMA (2003). n = 472



Gráfico 2 – Número de estudantes de medicina da FAMEMA que responderam ao ISSL (2003) n = 413.



Dados sobre a idade da população alvo (n = 413):

17 anos: 02 estudantes – 0,48%	23 anos: 68 estudantes – 16,46%
18 anos: 08 estudantes – 1,94%	24 anos: 68 estudantes – 16,46%
19 anos: 16 estudantes – 3,87%	25 anos: 49 estudantes – 11,86%
20 anos: 41 estudantes – 9,93%	26 anos: 19 estudantes – 4,60%
21 anos: 68 estudantes – 16,46%	27 anos: 08 estudantes – 1,95%
22 anos: 65 estudantes – 15,74%	28 anos: 01 estudante – 0,25%

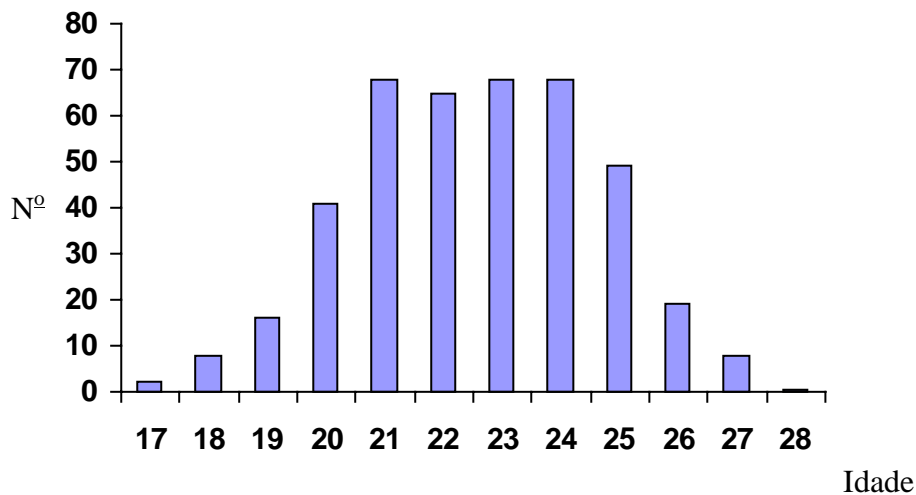


Gráfico 3 – Distribuição (Nº) segundo a idade dos estudantes da FAMEMA, n = 413.

O instrumento utilizado foi o Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL). Este instrumento foi escolhido por ter sido validado pelo Conselho Regional de Psicologia (LIPP; GUEVARA, 1994), por ter sido usado em várias pesquisas no Brasil, (LIPP, 2001a), por ser de fácil aplicação e por ser adequado ao objeto deste estudo.

O ISSL é formado por duas partes: a primeira, com dados de identificação, tais como, nome, sexo, data de nascimento, local de trabalho (no caso o local de estudo, FAMEMA), função exercida (o ano letivo), local (onde estava o estudante quando respondeu ao inventário) e a data.

A segunda parte é o inventário propriamente dito, é constituído de seis quadros: 1a, 1b, 2a, 2b, 3a e 3b. As denominações a e b referem-se, respectivamente, aos sintomas físicos e psíquicos. O número 1 inclui questões referentes às últimas 24

horas; o número 2, à última semana; o número 3, ao último mês (Anexo 2). O estudante marca os sintomas experimentados de acordo com cada tabela.

3.3 Procedimentos para Coleta de Dados

Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da FAMEMA (Anexo 1), realizou-se a aplicação do ISSL, pela psicóloga do NUADI, aos três indivíduos (a pesquisadora e dois estudantes do quarto ano de Medicina) que fariam a aplicação do inventário nos estudantes. O objetivo dessa prévia foi possibilitar aos aplicadores uma experiência pessoal e a percepção dos sentimentos evocados pelas questões do inventário.

Em seguida, procedeu-se ao estudo do inventário utilizado e à compreensão das normas de aplicação do ISSL. Depois, preparou-se o material a ser utilizado: listas de presença dos seis anos, o termo de compromisso (Apêndice 1) em duas vias (uma para a pesquisadora, outra para o estudante), o Inventário (Anexo 2) e a folha de Avaliação.

A aplicação do ISSL foi realizada entre os meses de abril e outubro do ano de 2003. Convidaram-se, aleatoriamente, os estudantes do primeiro ao sexto ano da FAMEMA, que foram abordados nas mais diversas dependências da Faculdade: no Carmelo, no Anfiteatro, no Hemocentro, no Hospital de Clínicas I (HC-I), no Hospital de Clínicas II (HC-II) e em outras dependências. A checagem dos estudantes que

respondiam ao inventário era feita pelas listas de presença, que ficavam centralizadas com a pesquisadora.

A aplicação do ISSL foi feita individualmente e em grupos de até quinze estudantes. O tempo médio para que cada um deles respondesse ao inventário era em torno de dez minutos, incluindo o preenchimento do Termo de Compromisso. Os aplicadores foram: a pesquisadora e dois estudantes do, então, quarto ano de Medicina da FAMEMA.

Após a aplicação, procedeu-se à avaliação dos ISSL pela pesquisadora com supervisão de uma psicóloga. Com a finalidade de facilitar o serviço, todos os passos de avaliação e organização dos dados foram realizados, sendo o material separado por série.

3.4 Procedimentos para Análise dos Dados

Os dados obtidos possibilitaram várias classificações:

- Pela presença ou não de estresse;
- Pelo tipo de sintoma predominante;
- Pela fase do estresse;
- Por sexo;
- Por faixa etária.

Elaborou-se a classificação para cada série e para o total de estudantes de Medicina.

CAPÍTULO 4

“Não se pode ensinar nada a um homem. Pode-se apenas ajudá-lo a encontrar a resposta dentro dele mesmo”

Galileu Galilei

RESULTADOS

Os resultados obtidos, pela aplicação do instrumento escolhido, serão apresentados na forma de dados numéricos (Apêndice 2), por meio de tabelas e de gráficos.

Tabela 2 – Número e percentual de estudantes sujeitos da pesquisa de acordo com sua inserção na série da FAMEMA, segundo a presença ou não de estresse, em 2003.

Estresse Série	Com Estresse		Sem Estresse	
	n	%	n	%
1 ^o	30	12,66	44	25,00
2 ^o	50	21,10	25	14,20
3 ^o	41	17,30	23	13,07
4 ^o	41	17,30	35	19,89
5 ^o	33	13,92	24	13,64
6 ^o	42	17,72	25	14,20
Total	237	100,00	413	100,00

Tabela 2a – Frequências absolutas da presença de estresse entre os estudantes participantes do estudo, por série da FAMEMA, 2003.

Ano	1 ^o	2 ^o	3 ^o	4 ^o	5 ^o	6 ^o	Total
Sem Estresse	44	25	23	35	24	25	176
Com Estresse	30	50	41	41	33	42	237
Total	74	75	64	76	57	67	413

$$\chi^2 = 13,538, \text{ gl} = 5 \text{ e } p = 0,0188$$

Tabela 2b – Frequências relativas (%) da presença de estresse entre os estudantes participantes do estudo, por série da FAMEMA, 2003.

Ano	1 ^o	2 ^o	3 ^o	4 ^o	5 ^o	6 ^o	Total
Sem Estresse	59	33	36	46	42	37	43
Com Estresse	41	67	64	54	58	63	57
Total	100	100	100	100	100	100	100

Gráfico 4 – Percentual de estresse na população de estudantes da FAMEMA do primeiro ao sexto ano, que respondeu ao ISSL, n = 413.

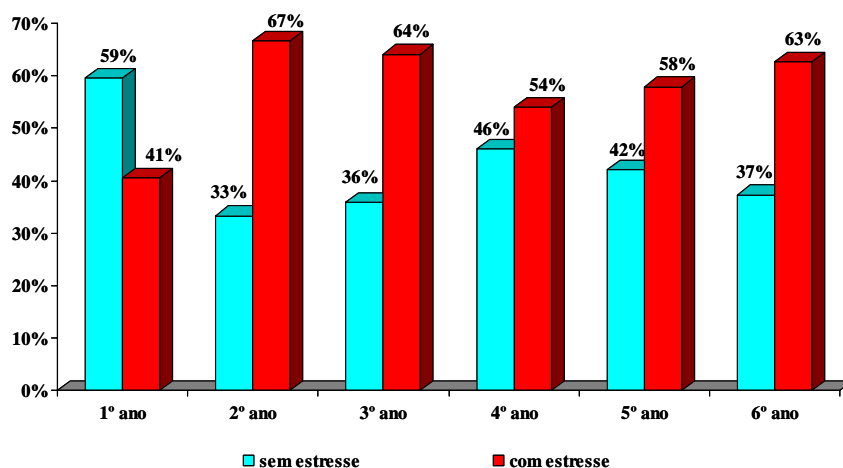


Tabela 3 – Número e percentual de estudantes com e sem estresse, de acordo com sua inserção na série da FAMEMA, segundo o gênero, em 2003.

Estresse Gênero Série	Com Estresse				Sem Estresse			
	Feminino		Masculino		Feminino		Masculino	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1 ^o	25	15,43	5	6,67	17	23,94	27	25,71
2 ^o	37	22,84	13	17,33	10	14,09	15	14,27
3 ^o	32	19,75	9	12,00	10	14,09	13	12,39
4 ^o	25	15,43	16	21,33	22	30,98	13	12,39
5 ^o	18	11,12	15	20,00	9	12,68	15	14,27
6 ^o	25	15,43	17	22,67	3	4,22	22	20,95
Total	162	100,00	75	100,00	71	100,00	105	100,00

Gráfico 5 – Percentual de estresse na população de estudantes segundo gêneros masculino e feminino, da FAMEMA, que responderam o ISSL, n = 413.

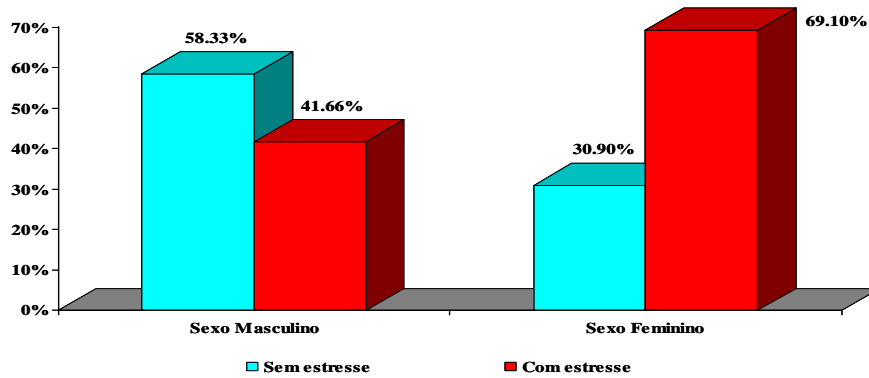


Gráfico 6 – Percentual de estresse na população de estudantes do sexo feminino da FAMEMA, do primeiro ao sexto ano, segundo ISSL, n = 233.

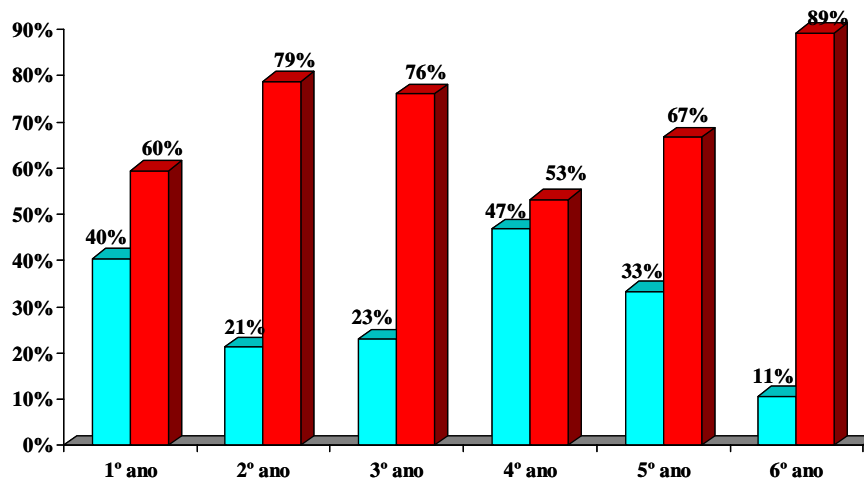


Gráfico 7 - Percentual de estresse na população de estudantes do sexo masculino da FAMEMA, do primeiro ao sexto ano, segundo ISSL, n = 180.

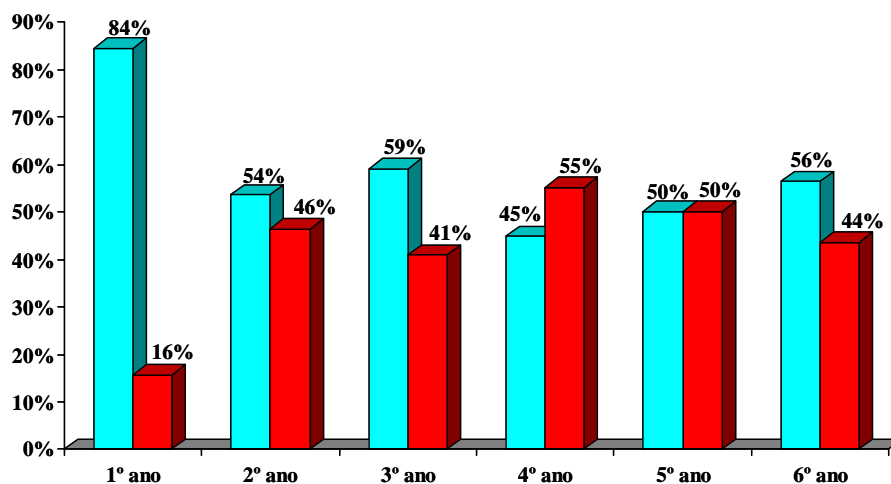


Tabela 4 – Número e percentual de estudantes segundo a fase de estresse, de acordo com sua inserção na série da FAMEMA, em 2003.

Série	Alerta		Resistência		Quase Exaustão		Exaustão	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1 ^o	1	9,09	27	12,93	2	16,67	0	0
2 ^o	4	36,36	43	20,57	2	16,67	1	20
3 ^o	1	9,09	39	18,66	1	8,33	0	0
4 ^o	4	36,36	31	14,83	4	33,33	2	40
5 ^o	0	0	31	14,83	1	8,33	1	20
6 ^o	1	9,09	38	18,18	2	16,67	1	20
Total	11	100	209	100	12	100	5	100

Gráfico 10– Fases do estresse segundo Selye-Lipp nos estudantes de medicina da FAMEMA com incidência de estresse, n = 237

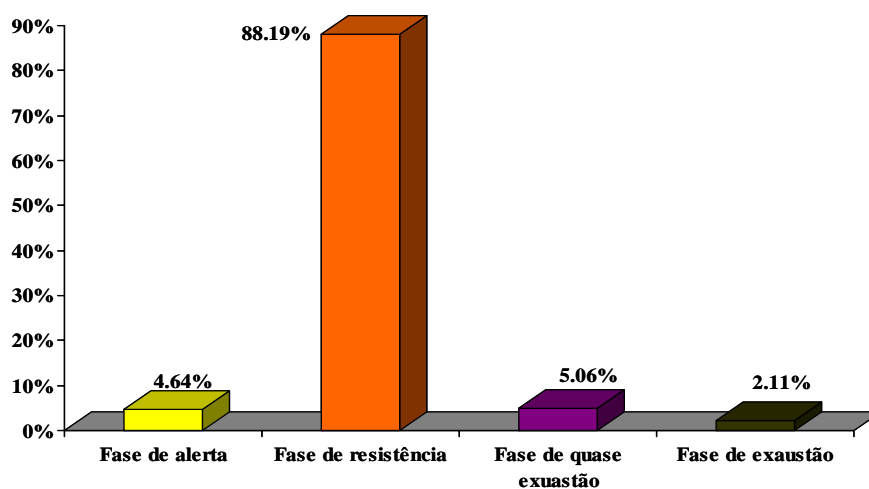


Gráfico 11 – Fases do estresse segundo Selye-Lipp nos estudantes de medicina da FAMEMA, com incidência de estresse do primeiro ao sexto ano. n = 237

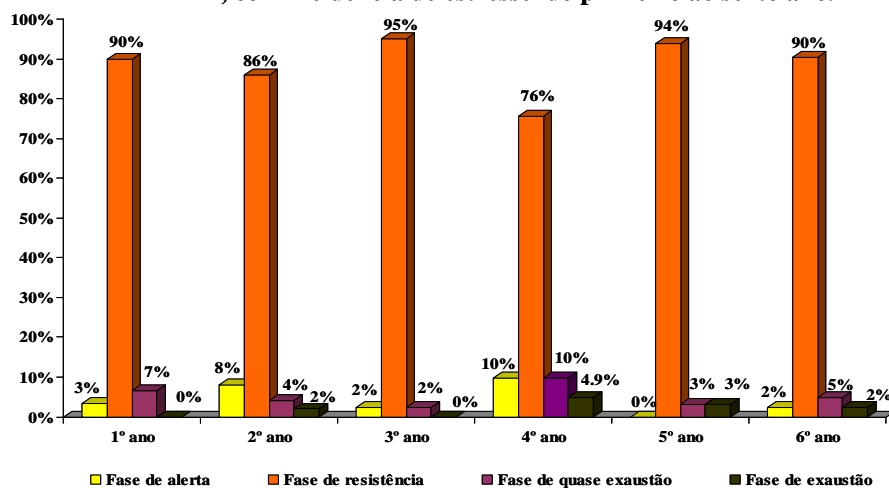


Tabela 5 – Número e percentual de estudantes com estresse, de acordo com sua inserção por série da FAMEMA, segundo o tipo de sintoma predominante, em 2003.

Sintomas Série	Psíquicos		Físicos		Sem Predominância	
	n	%	n	%	n	%
1 ^o	19	12,59	08	14,04	03	10,34
2 ^o	36	23,84	07	12,28	07	24,14
3 ^o	22	14,57	10	17,54	09	31,02
4 ^o	28	18,54	11	19,30	02	6,90
5 ^o	17	11,26	12	21,05	04	13,80
6 ^o	29	19,20	09	15,79	04	13,80
Total	151	100	57	100	29	100

Gráfico 8 – Predominância dos sintomas entre os estudantes de medicina da FAMEMA com estresse, segundo ISSL, n = 237.

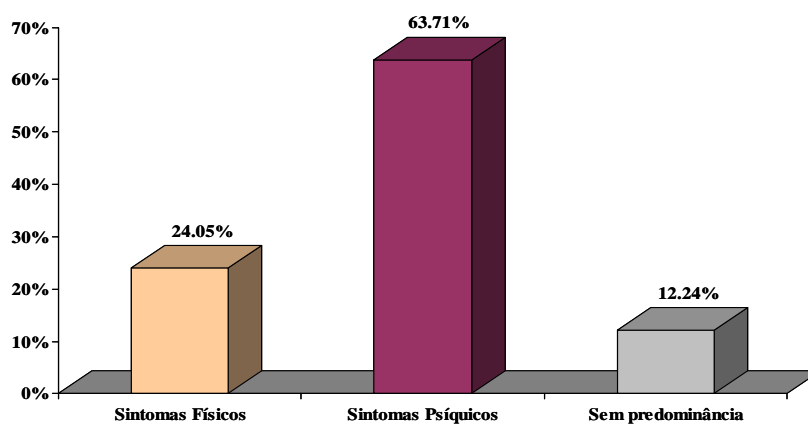


Gráfico 9 – Predominância dos sintomas entre os estudantes de medicina da FAMEMA do primeiro ao sexto ano, com estresse, segundo ISSL, n = 237.

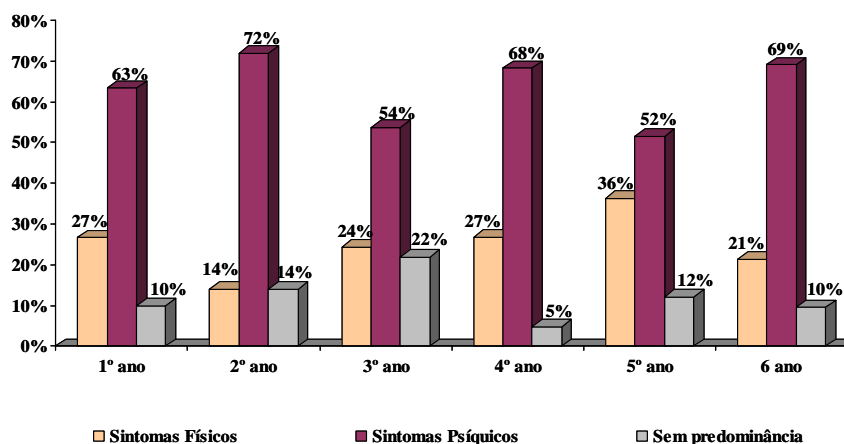
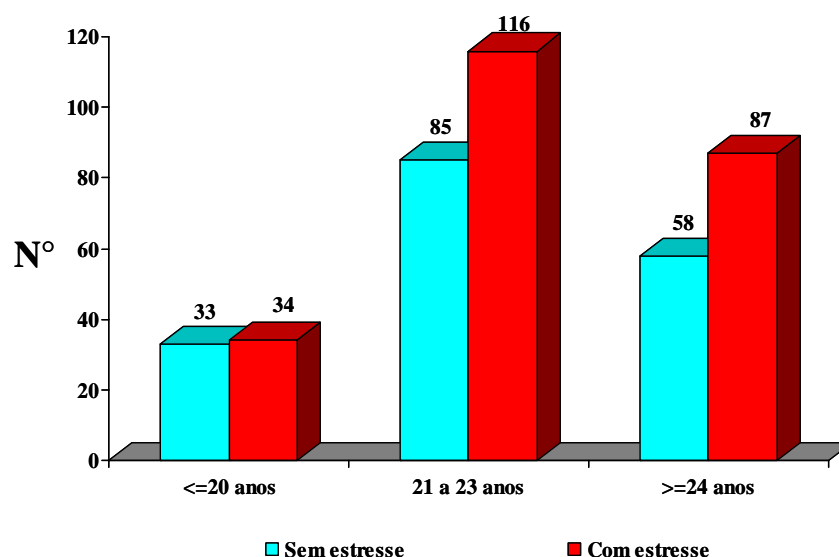


Tabela 6 – Número e percentual de estudantes com e sem estresse, segundo faixa etária, da FAMEMA, em 2003.

Estresse Faixa etária (anos)	Com Estresse		Sem Estresse	
	n	%	n	%
≤ 20	30	12,66	44	25,00
21 a 23	50	21,10	25	14,20
≥ 24	41	17,30	23	13,07
Total	237	100,00	413	100,00

Gráfico 12 – Distribuição (Nº) por idade dos estudantes da FAMEMA, sem e com estresse, segundo ISSL, n = 413.



4.1 Análise estatística

Por meio do teste qui-quadrado aplicado à tabela 2a, observa-se uma associação significativa entre o ano cursado pelo aluno e a ocorrência de estresse.

Considerando que a maior porcentagem de alunos sem estresse encontra-se no primeiro ano (cf. tabela 2a), utilizando novamente o teste qui-quadrado, compara-se

a presença de estresse entre os alunos do 2º ao 6º ano, isto é, excluindo o 1º ano da comparação. Observa-se, por meio desse teste - $\chi^2 = 3,166$, $gl = 4$ e $p = 0,5304$, que não há diferença significativa entre a porcentagem de alunos com estresse e o fato de estar cursando do 2º ao 6º ano, isto é, a porcentagem de alunos com estresse, entre o 2º e 6º ano, é estatisticamente igual entre esses anos.

Isso mostra não haver diferença estatisticamente significativa entre os níveis de estresse encontrados no segundo, terceiro, quarto, quinto e sexto anos. Portanto, os níveis de estresse se mantêm do segundo ano até o final da graduação. A leve diminuição no quarto ano não tem significância.

Utilizando-se novamente o teste qui-quadrado, escolhe-se, então, o primeiro ano, por ser o ano em que, o teste aplicado anteriormente aponta a associação ano letivo e estresse, para comparar com todos os demais anos os resultados em relação ao estresse.

Diferença entre o primeiro e o segundo ano em relação ao estresse:

$$\chi^2 = 10,226; gl = 1 \text{ e } p = 0,0014$$

Portanto, existe diferença significativa entre a porcentagem de alunos com estresse do 1º e 2º ano.

Diferença entre o primeiro e o terceiro ano em relação ao estresse:

$$\chi^2 = 7,602; gl = 1 \text{ e } p = 0,0058$$

Portanto, existe diferença significativa entre a porcentagem de alunos com estresse do 1º e 3º ano.

Diferença entre o primeiro e o quarto ano em relação ao estresse:

$$\chi^2 = 2,703; \text{ gl} = 1 \text{ e } p = 0,1001$$

Portanto, não existe diferença significativa entre a porcentagem de alunos com estresse do 1º e 4º ano.

Diferença entre o primeiro e o quinto ano em relação ao estresse:

$$\chi^2 = 3,885; \text{ gl} = 1 \text{ e } p = 0,0487$$

Portanto, existe diferença significativa entre a porcentagem de alunos com estresse do 1º e 5º ano.

Diferença entre o primeiro e o sexto ano em relação ao estresse:

$$\chi^2 = 6,901; \text{ gl} = 1 \text{ e } p = 0,0086$$

Portanto, existe diferença significativa entre a porcentagem de alunos com estresse do 1º e 6º ano.

Isso mostra que o nível de estresse no primeiro ano é significativamente inferior àquele observado no segundo, terceiro, quinto e sexto anos. O quarto ano apresenta-se com uma porcentagem de alunos com estresse, estatisticamente, igual àquele observado entre os alunos do 2º, 3º, 5º, 6º anos, mas também não pode ser considerada estatisticamente superior à porcentagem de alunos com estresse do 1º ano, embora haja diferença estatística significante entre o 1º ano e o 2º, 3º, 5º e 6º anos, em relação à presença de estresse. Observa-se, dessa maneira, que o quarto ano apresenta uma porcentagem de alunos com estresse, estatisticamente compatível com a porcentagem de alunos com estresse no primeiro ano, mas também compatível com a porcentagem de estresse observada entre alunos dos demais anos (2º, 3º, 5º e 6º ano).

A análise estatística, feita no epi-info versão 6, baseou-se no cálculo de qui-quadrado com a população total dos estudantes entrevistados conforme o gênero, obtendo-se o seguinte resultado: $\chi^2 = 33,18$ com $p = 0,0000000$, mostrando que há significância na diferença entre os dois grupos, sugerindo haver uma associação entre ser do sexo feminino e ter estresse.

Os resultados encontrados mostram de que maneira o estudante de medicina se comporta em relação ao estresse durante seu período de formação. Ao iniciar a faculdade a prevalência de estresse é menor do que durante todo o curso. Mesmo com redução dos níveis de estresse no quarto ano, ainda assim, tais níveis não são menores do que no início do curso.

CAPÍTULO 5

“Ninguém duvida tanto quanto aquele que mais sabe”

Soren Kiekergaard

DISCUSSÃO

Participaram desta pesquisa 413 estudantes, ou seja, 87,5% dos discentes da FAMEMA matriculados em 2003. O resultado obtido mostrou a prevalência de estresse em 57,38% dos estudantes participantes desta pesquisa. Saipanish (2003), usando outro instrumento, o Thai Stress Test (TST), encontrou a presença de estresse em 61,40% dos estudantes de medicina, sendo que 59% apresentavam nível médio e 2,4% nível alto de estresse.

Cataldo Neto et al. (1998, p. 8), numa revisão de literatura sobre o estudante de medicina e o estresse acadêmico, afirmaram que “medidas dos níveis de estresse em estudantes de medicina britânicos revelaram uma prevalência estimada de estresse de 31,2% - utilizando o General Health Questionnaire (GHQ)”. Eles mostraram que quanto maior a capacidade de adaptação do estudante em relação ao estressor menor a incidência de estresse.

Na Inglaterra, Guthrie et al. (1998) realizaram um estudo longitudinal prospectivo, de cinco anos, para avaliar os níveis de estresse psicológico e o *burn out*³ nos estudantes de medicina da Universidade de Manchester. Um dos instrumentos utilizados foi um questionário sobre estresse que revelou a incidência de estresse em

³ Entende-se por *burn out* uma síndrome do estresse profissional em resposta a um estresse emocional crônico. No médico aparece uma despersonalização em relação ao atendimento do paciente, uma exaustão emocional, diminuição da eficiência, da produtividade e da realização profissional.

55,8% dos estudantes do primeiro ano, em 51,6% dos do quarto ano e em 58,7% dos do quinto ano. Consideraram alta a incidência de estresse. Não encontraram diferença significativa entre o primeiro, quarto e quinto anos.

Nesta pesquisa, primeiramente, compararam-se todos os anos para ver se, globalmente, havia alguma diferença entre eles. Depois de detectado que havia diferença estatisticamente significativa entre o 1º ano e os demais, retirou-se o primeiro ano, comparando-se do 2º ao 6º. A justificativa para a exclusão do 1º ano foi o fato de ser o ano com a menor porcentagem de estresse (tabela 2a). Da análise sem o 1º ano, isto é, do 2º ao 6º anos, resultou haver diferença entre o 4º ano e o 2º, 3º, 5º e 6º quanto à porcentagem de estresse entre os estudantes. Além disso, como o primeiro ano demonstrou ser o ano que, na análise conjunta, apresentava menor prevalência de estresse, foi feita uma análise dois a dois, ou seja, entre o 1º e 2º, 1º e 3º e assim sucessivamente, para ver se a diferença observada globalmente, por meio do primeiro teste, se mantinha entre o primeiro ano e todos os outros anos.

Por meio da aplicação desses cinco últimos testes foi possível observar que o primeiro ano diferia dos demais, exceto do 4º ano. Isso gerou um fato no mínimo curioso, que mereceria uma análise qualitativa, uma vez que a porcentagem de estresse no 4º ano é igual àquela observada do 2º ao 6º ano, mas também é igual àquela observada no 1º ano, porém o 1º ano difere estatisticamente do 2º, 3º, 5º e 6º anos. Ilustrativamente, seria mais ou menos assim:

% de estresse 1º ano = % de estresse 4º ano,

% de estresse 4º ano = % de estresse 2º, 3º, 5º e 6º anos, mas

% de estresse 1º ano \neq % de estresse 2º, 3º, 5º e 6º anos

Considerando que o primeiro ano tem uma prevalência de estresse menor do que os outros cinco anos subsequentes ($p < 0,05$), pode-se comparar com os resultados de Supe (1998) que encontrou dados semelhantes mostrando que o nível de estresse era maior a partir do segundo ano, especialmente no segundo e terceiro anos. Do segundo ao sexto ano, a prevalência de estresse entre os estudantes de medicina se mantinha elevada. Entretanto, Aktekin et al. (2001) realizaram uma pesquisa envolvendo estudantes de Medicina, Economia e Educação Física e concluíram que já os primeiranistas de Medicina apresentam um prejuízo na saúde mental deles.

Cataldo Neto et al., (1998) destacaram algumas fases pelas quais passariam os estudantes de medicina durante a graduação. Por exemplo, no primeiro ano, a fase de euforia inicial, com crenças de onipotência, de que ser médico seria apenas questão de tempo. Idéia corroborada por Millan et al. (1991, p. 138) ao observarem que

após longo período de estudos, a faculdade é vista pelo aluno como o continente idealizado, onde não haverá mais angústia, insegurança ou exigências; pelo contrário, será o lugar onde suas expectativas serão satisfeitas e aquele desejo de ser médico, muitas vezes presente desde a infância, será finalmente realizado.

Os dados a que se chegou na pesquisa no NUADI vêm ao encontro dessas afirmações. A partir do segundo ano vem a fase do desencanto. Essas fases não são lineares nem tampouco igualmente vividas por todos. Cada um a seu tempo vai percebendo a realidade em que está inserido. Após as comemorações pela entrada na faculdade eles começam a entrar em contato com a morte, com a impotência, com o fracasso. Anteriormente, esses alunos eram os primeiros da classe, com notas altas praticamente durante todo o tempo de escola. Agora, para conseguirem uma nota

razoável, ou para serem “suficientes”, segundo a avaliação utilizada na FAMEMA, têm muita dificuldade.

No segundo e terceiro anos, mesmo mais adaptados ao novo currículo, as dificuldades em relação aos aspectos sociais e familiares aparecem mantendo a dificuldade de redução do estresse.

Neste trabalho, não há diferença estatisticamente significativa entre os níveis de estresse no segundo e no terceiro anos. Observando-se a faixa etária dessas duas séries, vê-se que 72% dos estudantes do segundo ano, com estresse, e 80,49% dos estudantes do terceiro ano, com estresse, situam-se na faixa etária de 21 a 23 anos, ou seja, no final da adolescência. Parece que esse fato tem sua expressão no aumento dos níveis de estresse. Pode-se compreender o aumento de dificuldade para lidar com as variáveis do momento de mudança tão intensa. Além do final da adolescência, começam a ter um contato mais estreito com as limitações da Medicina.

Na FAMEMA, mesmo tendo contato com pacientes, desde o primeiro ano, o início do internato continua sendo um momento especial. É nessa fase que o contato mais próximo com o paciente acontece. Além disso, as responsabilidades aumentam, a dedicação passa a ser integral, o estudante começa a realizar determinados procedimentos que até então não executava e com frequência tem privação de sono. No final, ainda precisa escolher a especialidade e se preparar para o exame de residência. É uma nova fase promotora de estresse. Alguns autores estudaram especificamente esse período: o internato. Tanto do ponto de vista físico quanto psíquico, as exigências aumentam consideravelmente (SHAPIRO; SHAPIRO; SCHWARTZ, 2000).

Em relação ao gênero feminino há uma diferença significativa mostrando aumento da prevalência de estresse na população feminina do sexto ano ($p < 0,05$) em relação aos outros anos.

Encontrou-se uma prevalência de estresse em 69,53% das mulheres participantes deste estudo e em 41,66% dos homens. Esse achado tem uma diferença com significância estatística. A diferença de gênero em relação à prevalência de estresse não é um consenso na literatura. Pasnau e Stoessel (1994), Wright (1996), Toews et al. (1997), Lee e Graham (2001), Baldassin (2003), Sender et al. (2004) também encontraram maior prevalência de estresse no sexo feminino. Entretanto, o mesmo não aconteceu com Millan (2003), Supe (1998) e Firth (1986), que em seus trabalhos não encontraram predominância do gênero feminino em relação ao estresse.

O que se observa é maior dificuldade das mulheres enfrentarem esse agente estressor. Qual será a causa dessa diferença? Esta questão merece maior investigação, uma vez que este trabalho não permite conclusões a respeito. No entanto, poder-se-ia fazer uma inferência no sentido de que compete, ainda, às mulheres, por razões culturais, realizar uma série de outros afazeres.

Em sua pesquisa sobre vocação médica, Millan (2003) encontrou diferenças entre os gêneros em relação às características emocionais de cada um, ressaltando que algumas diferenças encontradas seriam típicas da adolescência. No entanto, quanto ao perfil de personalidade, ao contato com a realidade, à vocação médica e à visão hipocrática da medicina, o resultado foi semelhante para ambos os gêneros.

Nesta pesquisa, do total de estudantes com estresse, 63,71% têm predominância de sintomas psíquicos, corroborando a idéia de que o estudante de Medicina necessita de atendimento psicológico além de formação biomédica, tanto que, atualmente, vem aumentando o número de escolas médicas preocupadas com atendimento psicológico e psiquiátrico ao estudante de Medicina.

O exercício da Medicina apresenta uma elevada toxicidade psicológica. Como as radiações e as infecções, os fenômenos psicológicos são irradiados e contagiosos. As angústias inerentes à tarefa médica são poderosas radiações contagiantes (NOGUEIRA-MARTINS, 1994, p. 31).

Esse conceito também se aplica ao estudante de medicina; como se pode ver nesta pesquisa, os sintomas psíquicos são predominantes.

Dos estudantes com estresse, 88,19% encontram-se na fase de resistência. Segundo Lipp (2000b) quando alguém se encontra na fase de resistência do estresse ainda não há uma doença instalada. Sendo assim, deve-se e pode-se fazer alguma coisa para que esse processo seja interrompido, o que não significa afastar-se do agente estressor, uma vez que não apenas a duração do curso médico é longa, como também na residência e por toda a vida esse profissional estará sob estresse.

Como o estudante não pode encerrar sua fonte de estresse, o curso médico, uma vez que é o meio de formação escolhido por ele como futura profissão, resta-lhe aprender a lidar com esse agente estressor. O fator mais importante, segundo Firth (1986), é o fato de a Medicina ser um curso longo, portanto mantendo-se como um agente estressor permanente durante toda a graduação.

O conhecimento científico, apesar de indispensável, não é específico da profissão médica. O que é específico da medicina é a relação com o outro, a qualidade imperfeita da vida, a morte, a dor física e psíquica, o corpo e suas vicissitudes (MILLAN, 2003, p. 103).

A maioria das pessoas experimenta os dois estágios: ter e não ter estresse e costuma sair da condição de estresse com sucesso. A volta ao equilíbrio pode ocorrer pelo término da fonte de estresse ou, mesmo em sua presença, quando se aprende a lidar com ela. Por isso, aprender a lidar com o estresse é a melhor escolha para o futuro médico, já que a fonte de estresse existirá por toda a vida.

Uma vez que, da população estudada, 48,67% encontravam-se na faixa etária entre 21 e 23 anos, no início da vida adulta, seria adequado estimular esses jovens para cuidarem de sua saúde mental. Pode-se fazer isso, pelo menos, de duas maneiras diferentes: por meio de uma atitude consciente ou por meio de investigação do funcionamento inconsciente para, então, proceder a mudanças mais eficazes.

Michie e Sandhu (1994), diante das evidências do estresse no estudante de medicina, sugerem dois modos de atuação: como primeiro, a inserção, na graduação, de discussões feitas em pequenos grupos nos quais o estudante possa aprender a manejar o estresse; o outro, um serviço de atendimento individual e confidencial, semelhante aos que existem na FAMEMA, USP, UNIFESP e em outras faculdades de medicina no país.

Coombs, Perell e Ruckh (1990) reforçam a necessidade da escola médica contemplar três áreas, que eles consideram vitais: do conhecimento cognitivo, da prática e da emoção. Sugerem que a faculdade de medicina deva incluir em seu currículo um seminário para discussão dos aspectos emocionais do graduando.

Na pesquisa levada a efeito para a concretização deste trabalho, realizada numa escola cuja metodologia utilizada é a Aprendizagem Baseada em Problemas, encontrou-se, ainda, prevalência de estresse. Pensando nisso, algumas indagações são inevitáveis: por que será que mesmo com um currículo que enfoca as dimensões biológica, psicológica e social encontra-se uma prevalência significativa de estresse? Terá a cultura institucional mudado, com a mudança do método? Estas questões permanecem para futuras pesquisas.

Para ser um bom médico é preciso valorizar e acolher as dificuldades emocionais do paciente. No entanto, como afirmam Lee e Graham (2001) e Borenstein e Cook (1982), para reconhecer o sentimento do outro é preciso primeiro reconhecer o seu próprio. A existência de serviços de atendimento psicológico ao estudante de medicina permite que o futuro médico inicie o conhecimento de seu funcionamento mental na época de sua formação. Sendo assim, poderá, ao se formar, estar apto tanto do ponto de vista cognitivo quanto emocional.

Olhando o estudante de Medicina por esse vértice, pode-se pensar na função formadora da Faculdade, responsável por fornecer meios para a futura prática profissional. As dimensões biológica, psicológica e populacional compõem o conteúdo necessário para a formação médica. Vale lembrar que o humanismo é um instrumento terapêutico poderoso. Entretanto, o incentivo ao estudante para vir a conhecer-se por meio de um trabalho psicoterápico ainda é incipiente.

O estresse inerente ao curso médico se mantém durante o período de residência médica (NOGUEIRA-MARTINS, 1996), etapa da formação médica para a

qual os pesquisadores já sugerem mudanças a fim de “reduzir o estresse do treinamento, promover o crescimento profissional e pessoal, prevenir disfunções profissionais e distúrbios emocionais nos residentes” (NOGUEIRA-MARTINS, 2003, p. 98). Frequentemente vivido pelos residentes e internos, “a privação de sono pode causar uma desintegração do ego e psicose” (ASKEN; RAHAM, 1983, p. 385). Enfim, existe a necessidade de cuidar do futuro médico a fim de que ele possa cuidar melhor de seus futuros pacientes.

Em decorrência desses achados, poder-se-ia pensar em programas de prevenção do estresse, oferecendo para essa população vários recursos diferentes, de maneira que cada um dos estudantes pudesse encontrar aquele que mais se adaptasse às suas necessidades (MICHIE; SANDHU, 1994; LEE; GRAHAM, 2001; MALATHI; DAMODARAN, 1999), pois a formação do psiquismo se faz de maneira muito singular, com especificidades e características exclusivas. Talvez esse tema possa ser desenvolvido numa futura pesquisa.

O cuidado com a saúde mental do estudante de medicina é sugestão da maioria dos trabalhos sobre esse tema. Um trabalho de prevenção pode reduzir a prevalência de estresse, como mostram Werner e Korsch (1976); Adler, Werner e Korsch (1980); Borenstein e Cook (1982); Loureiro (1993); Guthrie et al. (1998); Shapiro, Schwartz e Bonner (1998); Millan; Rossi; De Marco (1999); Nogueira-Martins (2003); Silva e Rodrigues (2004).

Além de um serviço de atendimento ao discente, sugere-se, também, pelas evidências já apontadas neste trabalho, que durante a graduação haja um espaço de

discussão sobre a saúde mental do estudante de medicina a fim de que ele possa aprender a lidar com o estresse inerente ao curso médico. Seria favorável a criação de uma identidade profissional menos idealizada e mais humana.

As considerações aqui apresentadas são fruto de reflexões que levam ao encontro de pensamentos da autora, tecidos com contribuições de outros autores. Escapar da tentação de escrever entre aspas, citando esses autores, “implica, por um lado, reconhecer que o logos faz parte do Outro e dele provém, isto é, que a originalidade do discurso é um sonho do autor. Por outro lado, implica a construção da representação do vivido, que é sempre singular” (BERLINCK, 2003, p. 7).

SÍNTESE CONCLUSIVA

“O que aprendemos refaz e reorganiza nossa vida”

Mário Quintana

Por meio dos resultados obtidos pôde-se chegar às seguintes conclusões:

- Há prevalência de estresse nos estudantes do curso médico;
- O primeiro ano apresenta níveis de estresse significativamente menores do que os níveis apresentados pelos outros anos;
- O quarto ano apresenta níveis de estresse significativamente maiores do que o primeiro ano e, ao mesmo tempo, apresenta níveis de estresse menores do que o segundo, terceiro, quinto e sexto anos;
- Existe uma correlação entre ter estresse e ser do gênero feminino;
- A maioria dos estudantes de medicina com estresse encontra-se na fase de resistência;
- O sintoma psicológico é o tipo predominante de estresse existente no estudante de medicina;
- A faixa etária que apresenta maiores níveis de estresse encontra-se entre 21 e 23 anos.

Tais conclusões são fruto da investigação descrita neste trabalho e também da experiência de dez anos de trabalho num serviço de atendimento ao estudante de medicina, o NUADI. A criação do serviço, bem como sua caracterização, com seus limites e suas indicações, exigiram tempo e dedicação por parte dos profissionais que compõem o serviço.

Este trabalho foi apenas uma das maneiras de dar início a uma série de pesquisas sobre a saúde mental dos estudantes de medicina; em particular, dos da FAMEMA. Uma pesquisa que, dentro de suas limitações, tentou colaborar com a compreensão daquilo que se passa com o estudante de medicina, durante sua graduação, a partir de um determinado vértice, o estresse.

Espera-se que os resultados obtidos abram outras possibilidades de pesquisa. Uma pesquisa qualitativa poderia contribuir para a elucidação dos resultados encontrados, principalmente em relação à ambivalência nos resultados do quarto ano. Outros caminhos também se colocariam como, por exemplo, a possibilidade de uma pesquisa comparando diferentes técnicas que proporcionassem ao estudante de medicina boas condições de saúde mental. Ou, pelo menos, condições emocionais mais adequadas para lidar com as situações adversas de seu curso, munindo-o de recursos vários, fortalecendo-o, enfim.

Vale lembrar que o contato com o sofrimento humano, com a morte, com a impotência, com a ignorância, bem como outras situações difíceis, levam o estudante a buscar uma saída para chegar ao final da jornada. Muitas vezes, na inadequação em que se vê ao lidar com situações desse tipo, não consegue mais se valer de seus mecanismos de defesa que, ao se tornarem insuficientes, levam-no à estruturação de uma doença.

Outra expectativa também aqui colocada é a da contribuição que esse trabalho possa propiciar para a discussão junto às faculdades de Medicina, no intuito de que possam prover recursos, de vértices variados, para o cuidado da saúde mental dos futuros médicos.

REFERÊNCIAS

- ADLER, R.; WERNER, E. R.; KORSCH, B. Systematic study of four years of internship. **Pediatrics**, Springfield, v. 66, n. 6, p. 1000-1008, Dec. 1980.
- AKTEKIN, M.; KARAMAN, T.; SENOL, Y. Y.; ERDEM, S.; ERENGIN, H.; AKAYDIN, M. Anxiety, depression and stressful life events among medical students: a prospective study in Antalya, Turkey. **Med. Educ.**, Oxford, v. 35, n. 1, p. 12-17, Jan. 2001.
- ALMEIDA, M. J. **Educação médica e saúde**: limites e possibilidades das propostas de mudança. 1997. 317 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.
- ALTIMARI, D. C. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. In: NATALINI, G.; AMARAL, J. L. G. (Org.). **450 anos de história da medicina paulistana**. São Paulo: Imprensa Oficial, 2004. p. 202-219.
- ALUNO. In: FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. p. 95.
- ALVES, R. **O médico**. Campinas: Papyrus, 2002. 96 p.
- ARRUDA, P. C. V. As relações entre alunos, professores e pacientes. In: MILLAN, L. R.; De MARCO, O. L. N.; ROSSI, E.; ARRUDA, P. C. V. **O universo psicológico do futuro médico**: vocação, vicissitudes e perspectivas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 43-73.
- ARRUDA, P. C. V.; MILLAN, L. R. A vocação médica. In: MILLAN, L. R.; De MARCO, O. L. N.; ROSSI, E.; ARRUDA, P. C. V. **O universo psicológico do futuro médico**: vocação, vicissitudes e perspectivas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 15-29.

ASKEN, M. J.; RAHAM, D. C. Resident performance and sleep deprivation: a review. **J. Med. Educ.**, Washington, v. 58, n. 5, p. 382-388, May 1983.

ATALLAH, A. N.; STELLA, R. C. R.; FAGUNDES NETO, U. Escola Paulista de Medicina: Universidade Federal de São Paulo. In: NATALINI, G.; AMARAL, J. L. G. (Org.). **450 anos de história da medicina paulistana**. São Paulo: Imprensa Oficial, 2004. p. 172-201.

BALDASSIN, S. P. **Níveis, fontes e estratégias de enfrentamento de estresse psicológico entre estudantes de medicina**. 2003. 116 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

BARBOSA, G. A.; PINHEIRO, A. G. Introdução: In: PIMENTEL, A. J. A.; ANDRADE, E. O.; BARBOSA, G. A. (Org.). **Os estudantes de medicina e o ato médico: atitudes e valores que norteiam seu posicionamento**. Brasília: CFM, 2004. p. 27-30.

BERLINCK, M. T. **Seminário Inaugural do Laboratório de Psicopatologia Fundamental. Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP, em fevereiro de 2003**. São Paulo: PUC, 2003.

BORENSTEIN, D. B.; COOK, K. Impairment prevention in the training years: a new mental health program at UCLA. **JAMA**, Chicago, v. 247, n. 19, p. 2700-2703, May 1982.

BORINI, P. Influência do curso médico sobre os estudantes de medicina quanto ao uso de bebida alcoólica e sobre as atitudes, conceitos e concepções etiológicas relativos ao uso abusivo de álcool. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 12, p. 703-708, dez. 1996.

CATALDO NETO, A.; CAVALET, D.; BRUXEL, D. M.; KAPPES, D. S.; SILVA, D. O. F. O estudante de medicina e o estresse acadêmico. **Rev. Med. PUCRS**, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 6-12, jan./mar. 1998.

COLARES, M. F. A.; TRONCON, L. E. A.; FIGUEIREDO, J. F. C.; CIANFLONE, A. R. L.; RODRIGUES, M. L. V.; PICCINATO, C. E.; PERES, L. C.; COLETA, J. A. D. Construção de um instrumento para avaliação das atitudes de estudantes de medicina frente à aspectos relevantes da prática médica. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 194-203, set./dez. 2002.

COOMBS, R. H.; PERELL, K.; RUCKH, J. M. Primary prevention of emotional impairment among medical trainees. **Acad. Med.**, Washington, v. 65, n. 9, p. 576-581, Sept. 1990.

COSTA-ROSA, A. Modo psicossocial: um novo paradigma nos tratamentos psíquicos em saúde coletiva. **Vertentes**, Assis, v. 5, p. 11-22, 1999.

DEARY, I. J. Need medical education be stressful? **Med. Educ.**, Oxford, v. 28, p. 55-57, 1994.

DIMENSTEIN, G.; ALVES, R. **Fomos maus alunos**. Campinas: Papyrus, 2003. 128 p.

DINEEN, M.; COLE, M.; DALLY, R. J. R.; DINNED, S.; GAUGHRAN, F. Stress in medical students. **Ir. Med. J.**, Dublin, v. 90, n. 5, p. 184-185, Aug./Sept. 1997.

ESTUDANTE. In: FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. p. 731.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. **Histórico escolar**. Marília, 1985. Não paginado.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. **Projeto UNI – Marília**: relatório de avaliação do 3º ano: julho/95-junho/96. Marília, 1996. 152 p.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. **Manual FAMEMA 2002**. Marília, 2002. 22 p.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. **Guia do processo de ensino-aprendizagem:** aprender a aprender - 2003: curso de medicina. Marília, 2003. 35 p.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. **Estrutura curricular:** curso de medicina. Marília, 2004. Disponível em: <http://www.famema.br/medicina/grade.htm>. Acesso em: 19 set. 2004.

FERNANDES, L. H. B.; GUIMARÃES, K. B. S. NUADI – Núcleo de Apoio ao Corpo Discente da Faculdade de Medicina de Marília. In: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Medicina. **Diretório dos serviços de assistência psicológica ao estudante universitário.** São Paulo, 1997. p. 19-21.

FILGUEIRAS, J. C.; HIPPERT, M. I. S. A polêmica em torno do conceito de estresse. **Psicol. Cienc. Profissão**, Brasília, v. 19, n. 3, p. 40-51, 1999.

FIRTH, J. Levels and sources of stress in medical students. **Br. Med. J.**, London, v. 292, n. 6529, p. 1177-1180, May 1986.

FREUD, S. (1920). Além do princípio de prazer. In: EDIÇÃO standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. 18, p. 11-85.

GUIMARÃES, K. B. S. A visão psicanalítica e o serviço de atendimento psicoterápico a alunos de graduação: NUADI – uma experiência. In: ENCONTRO DE PSICOLOGIA E PSICANÁLISE, 3., 1997, Assis. **Resumos...** Assis: UNESP, 1997. Não publicado.

GUIMARÃES, K. B. S. Stress e trabalho: compreendendo o estudante de medicina no internato. In: ENCONTRO DE PSICOLOGIA, 17.; ENCONTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA, 4., 2002, Assis. **Programação e resumos...** Assis: UNESP, 2002. p. 136.

GUTHRIE, E.; BLACK, D.; BAGALKOTE, H.; SHAW, C.; CAMPBELL, M.; CREED, F. Psychological stress and burnout in medical students: a five-year prospective longitudinal study. **J. R. Soc. Med.**, London, v. 91, n. 5, p. 237-243, May 1998.

HART, L. Medicine at McMaster: an innovative programme for undergraduates. **S. Afr. Med. J.**, Cape Town, v. 51, n. 9, p. 282-284, Feb. 1977.

HASHIMOTO, F. **Ventos de outono**: uma fenomenologia da maturidade. São Paulo: Arte & Ciência, 1998. 123 p.

HELOANI, J. R.; CAPITÃO, C. G. Saúde mental e psicologia do trabalho. **São Paulo Perspect**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 102-108, abr./jun. 2003.

KABAT-ZINN, J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: the theoretical considerations and preliminary results. **Gen. Hosp. Psychiatry**, New York, v. 4, n.1, p.33-47, Apr. 1982.

KOMATSU, R. S. **Aprendizagem baseada em problemas**: sensibilizando o olhar para o idoso. Londrina: Rede Unida, 2003. 187 p.

KRAKOWSKI, A. J. Stress and the practice of medicine: III. Physicians compared with lawyers. **Psychother. Psychosom.**, Basel, v. 42, n.1/4, p. 143-151, 1984.

LEE J.; GRAHAM, A.V. Students' perception of medical school stress and their evaluation a wellness elective. **Med. Educ.**, Oxford, v. 35, n. 7, p. 652-659, July 2001.

LIPP, M. E. N. O stress da criança e suas consequências. In: LIPP, M.E.N. (Org.). **Crianças estressadas**: causas, sintomas e soluções. São Paulo: Papyrus, 2000a. p. 13-42.

LIPP, M. E. N. **Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL)**, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000b. 39 p.

LIPP, M. E. N. Stress: conceitos básicos. In: LIPP, M. E. N. (Org.). **Pesquisas sobre stress no Brasil**: saúde, ocupações e grupos de risco. 2. ed. Campinas: Papirus, 2001a. p. 17-31.

LIPP, M. E. N. O que eu tenho é stress? de onde ele vem? In: LIPP, M. E. N. (Org.). **O stress está dentro de você**. 4. ed. São Paulo: Contexto, 2001b. p.9-18.

LIPP, M. E. N.; GUEVARA, A. J. H. Validação empírica do inventário de sintomas de stress (ISS). **Estud. Psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 11, n. 3, p.43-49, set. 1994.

LOPES, O. C. **A medicina no tempo**: notas de história da medicina. São Paulo: Melhoramentos, 1970. 339 p.

LOUREIRO, S. R. *Locus* de controle: subsídios para a compreensão de alguns aspectos relativos à saúde mental do estudante do curso médico. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 26, n. 2, p. 246-257, abr./jun. 1993.

MALATHI, A.; DAMODARAN, A. Stress due to exams in medical students: role of yoga. **Indian J. Physiol. Pharmacol.**, New Delhi, v. 43, n. 2, p. 218-224, Apr. 1999.

MAZZIERI, B. R.; TOLOSA, E. M. C. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. In: NATALINI, G.; AMARAL, J. L. G. (Org.). **450 anos de história da medicina paulistana**. São Paulo: Imprensa Oficial, 2004. p. 152-171.

MICHIE, S.; SANDHU, S. Stress management for clinical medical students. **Med. Educ.**, Oxford, v. 28, n. 6, p. 528-33, Nov. 1994.

MIGUEL, J.C.; VILLANI, V.G. **Nos bastidores da história, a origem da Faculdade de Medicina de Marília**. Marília, [198-?].

MILLAN, L. R. O curso médico no Brasil. In: MILLAN, L. R.; De MARCO, O. L. N.; ROSSI, E.; ARRUDA, P. C. V. **O universo psicológico do futuro médico**: vocação, vicissitudes e perspectivas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 31-42.

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

MILLAN, L. R.; ROSSI, E.; DE MARCO, O. L. N. A procura espontânea de assistência psicológica pelo estudante de medicina. **Rev. ABP/APAL**, São Paulo, v. 17, n.1, p. 11-16, jan./mar. 1995.

MILLAN, L. R.; ROSSI, E.; DE MARCO, O. L. N. A assistência psicoterápica ao estudante de medicina. In: MILLAN, L. R.; De MARCO, O. L. N.; ROSSI, E.; ARRUDA, P. C. V. **O universo psicológico do futuro médico:** vocação, vicissitudes e perspectivas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 117-128.

MILLAN, L. R.; DE MARCO, O. L. N.; ROSSI, E.; MILLAN, M. P. B.; ARRUDA, P. V. Alguns aspectos psicológicos ligados à formação médica. **Rev. ABP/APAL**, São Paulo, v. 13, n. 4, p.137-142, out./dez. 1991.

MILLAN, L. R.; SOUZA, E. N.; DE MARCO, O. L. N.; ROSSI, E.; ARRUDA, P. V. O I Encontro Paulista dos Serviços de Assistência Psicológica ao Estudante Universitário. **Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 53, n. 3, p. 156-161, maio/jun. 1998.

MOSLEY, T. H. Jr; PERRIN, S. G.; NERAL, S. M.; DUBBERT, P. M.; GROTHUES, C. A.; PINTO, B. M. Stress, coping, and well-being among third-year medical students. **Acad. Med.**, Washington, v. 69, n. 9, p.765-767, Sept. 1994.

NADER, D. A.; BARROS, A. F. Estudo de perturbações psicossomáticas em estudantes de medicina da UFJF. **H. U. Rev.**, Juiz de Fora, v.18, n. 1, p. 69-79, jan./abr. 1991.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. **Residência médica:** um estudo prospectivo sobre dificuldades na tarefa assistencial e fontes de estresse. 1994. 228 f. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1994.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Saúde mental do médico e do estudante de medicina. **Psychiatry On-line Brazil** . [S.l.], v. 1, n. 1, jul. 1996. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/arquivo/saudment.htm>. Acesso em: 24 jan. 2003.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Residência médica: estresse e crescimento. **Psychiatry On-line Brazil** . [S.l.], v. 3, n. 9, out. 1998. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/arquivo/resid2.htm>. Acesso em: 19 set. 2004.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. A saúde do profissional de saúde. In: DE MARCO, M. A. (Org.). **A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 93-99.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A.; JORGE, M. R. Natureza e magnitude do estresse na residência médica. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 44, n.1, p. 28-34, jan./mar. 1998.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; AVANCINE, M. A. T. O.; NOTO, J. R. S. A atenção à saúde mental do estudante de graduação na UNIFESP. In: DE MARCO, M. A. (Org.). **A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 239-243.

NOTMAN, M. T.; SALT, P.; NADELSON, C. C. Stress and adaptation in medical students: who is most vulnerable? **Compr. Psychiatry**, New York, v. 25, n. 3, p. 355-366, May/June 1984.

NOTO, J. R. S.; AVANCINE, M. A. T. O.; NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; ZIMMERMANN, V. B. Atenção à saúde mental do estudante de medicina. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 71-75, jan./abr. 2001.

NUNES, A. P. **Formação médica em situação de estágio: concepções e prática de estudantes de medicina no atendimento a pacientes especiais**. 2004. 98 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília, 2004.

NUTTON, V. Ascensão da medicina. In: PORTER, R. **Cambridge**: história ilustrada da medicina. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p. 52-81

OSLER, W. A medicina e os médicos os descreve Platão. In: _____. **Aequanimitas**: e outras alocuções dirigidas a estudantes de medicina, enfermeiras e àqueles que exercem a profissão médica. 3. ed. Philadelphia: Blakiston, 1932. p. 45-72.

PADILHA, R.Q. **Os hospitais de ensino e a previdência social**: estudo de um caso. 1996. 135 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

PASNAU, R. O.; STOESSEL, P. Mental health service for medical students. **Med. Educ.**, Oxford, v. 28, n. 1, p. 33-39, 1994.

PRADO, A. A. **As doenças através dos séculos**. São Paulo: São Paulo Médico Editora, 1944. 415 p.

PROJEÇÃO. In: LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário da psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1992. p. 373-380.

RIBEIRO, D. P. S. A. **Estratégias de “coping” em psicólogos de serviços básicos e ambulatoriais de saúde pública**. 1999. 125 f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

ROSPENDA, K. M.; HALPERT, J.; RICHMAN, J. A. Effects of social support on medical students' performances. **Acad. Med.**, Washington, v. 69, n. 6, p. 496-500, June 1994.

SAIPANISH, R. Stress among medical students in a Thai Medical School. **Med. Teach.**, London, v. 25, n. 5, p. 502-506, Sept. 2003.

SAKS, N. S.; KARL, S. Academic support services in U. S. and Canadian Medical Schools. **Med. Educ. Online**, Michigan, v. 9, 2004. Disponível em: <<http://www.med-ed-online.org/res00085.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2004.

SANTOS FILHO, L.. O físico e o cirurgião. In:_____. **História da medicina no Brasil**: (do século XVI ao século XIX). São Paulo: Brasiliense, 1947. P.47-107.

SCHMIDT, I. T. **Stress ocupacional no ambiente acadêmico universitário**. 1990. 157 f. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1990.

SELYE, H. **The stress of life**. New York: McGraw-Hill, 1956. 324 p.

SENDER, R.; SALAMERO, M.; VELLÉS, A.; VALDÉS, M. Psychological variables for identifying susceptibility to mental disorders in medical students at the University of Barcelona. **Med. Educ. Online**, Michigan, v. 9, 2004. Disponível em: <<http://www.med-ed-online.org/res00088.pdf>>. Acesso em: 4 jul. 2004.

SHAPIRO, S. L.; SCHWARTZ, G. E.; BONNER, G. Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. **J. Behav. Med.**, New York, v. 21, n. 6, p. 581-599, Dec. 1998.

SHAPIRO, S. L., SHAPIRO, D. E., SCHWARTZ, G. E. Stress management in medical education: a review of the literature. **Acad. Med.**, Washington, v. 75, n. 7, p. 748-759, July 2000.

SILVA, R. F. **Prática educativa transformadora**: a trajetória da unidade educacional de interação comunitária. 2000. 143 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

SILVA, J. F. R. A formação do médico. In: DE MARCO, M. A. (Org.). **A face humana da medicina**: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 83-86.

SILVA, L. C. G.; RODRIGUES, M. M. P. Eventos estressantes na relação com o paciente e estratégias de enfrentamento: estudo com acadêmicos de medicina. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 3, p. 185-196, maio/jun. 2004.

SOUZA, M. A Cordialidade como mal-estar ou a violência como o recalado. **Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.**, São Paulo, v. 2, n. 4, p. 123-142, dez. 1999.

SROUGI, M. Como fazer um bom médico. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 25 mar. 2003. Caderno A, p. 3.

SUPE, A. N. A study of stress in medical students at Seth G. S. Medical College. **J. Postgrad. Med.**, Bombay, v. 44, n. 1, p. 1-6, Jan./Mar. 1998.

TOEWS, J. A.; LOCKYER, J. M.; DOBSON, D. J. G.; SIMPSON, E.; BROWNELL, A. K. W.; BRENNEIS, F.; MacPHERSON, K. M.; COHEN, G. S. Analysis of stress levels among medical students, residents and graduate students at four Canadian schools of medicine. **Acad. Med.**, Washington, v. 72, n. 11, p. 997-1002, Nov. 1997.

VAILLANT, G. E.; SOBOWALE, N. C.; McARTHUR, C. Some psychologic vulnerabilities of physicians. **N. Engl. J. Med.**, Boston, v. 287, n. 8, p. 372-375, Aug. 1972.

WERNER, E. R.; KORSCH, B. M. The vulnerability of the medical student: posthumous presentation of L. L. Stephens' ideas. **Pediatrics**, Springfield, v. 57, n. 3, p. 321-328, Mar. 1976.

WRIGHT, B. V. Being female in medical school: observations of a counselor. **J. Fla. Med. Assoc.**, Jacksonville, v. 83, n. 7, p. 498-501, Aug./Sept. 1996.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **Informação e documentação**: citações em documentos - apresentação: NBR 10520. Rio de Janeiro, 2002. 7 p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **Informação e documentação**: referências – elaboração: NBR 6023. Rio de Janeiro, 2002. 24 p.

DE MARCO, M. A. (Org.). **A face humana da medicina**: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. 291 p.

ECO, U. **Como se faz uma tese**. São Paulo: Perspectiva, 1998. 170 p.

FANTIN, V. M. S. R.; EUCLIDES, M. L. (Org.). **Manual de pesquisa em bases de dados**. Marília: UNESP, 2003. 14 p.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2000. 289 p.

MILLAN, L. R.; De MARCO, O. L. N.; ROSSI, E.; ARRUDA, P. C. V. **O universo psicológico do futuro médico**: vocação, vicissitudes e perspectivas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. 282 p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Sistemas de Bibliotecas. **Normas para apresentação de documentos científicos**. Curitiba: Editora da UFPR, 2000. v. 2,4,6-7.

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA. Coordenadoria Geral de Bibliotecas. **Normas para publicações da UNESP**: volume 4; dissertações e teses do trabalho científico ao livro. São Paulo: Editora UNESP, 1994. 93 p.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Termo de compromisso

TERMO DE COMPROMISSO

Projeto: *STRESS* E TRABALHO: COMPREENDENDO O ESTUDANTE DE MEDICINA

Mestranda: Katia Burle dos Santos Guimarães

Pós-Graduação – Nível de Mestrado – Área Psicologia e Sociedade – Linha de Pesquisa Subjetividade e Saúde Coletiva – UNESP – Universidade Estadual Paulista – Campus de Assis

Fone: (14) 422-3466 – 423-1819 (FAX)

Orientador: Prof. Dr. Francisco Hashimoto

Pós-Graduação em Psicologia – Área Psicologia e Sociedade – Linha de Pesquisa Subjetividade e Saúde Coletiva – UNESP – Universidade Estadual Paulista – Campus de Assis

Fone: (18) 3322 2933

Convite

Caro aluno, gostaria de convidá-lo a participar desta pesquisa, cujo objetivo é conhecer qual o nível de stress do corpo discente de uma faculdade de medicina que utiliza como metodologia o PBL.

Dados da Pesquisa:

- A técnica de coleta de dados será realizada por meio da aplicação do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL).
- A garantia de sigilo será assegurada ao sujeito, tanto em relação à sua privacidade, quanto ao da FAMEMA.
- O sujeito poderá recusar-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, não sofrendo qualquer penalização ou prejuízo pessoal.
- O sujeito não terá nenhuma despesa pela sua participação na pesquisa.
- A pesquisa em foco visa trazer contribuições para melhorar a qualidade de vida dos estudantes de Medicina.
- Em relação as publicações científicas resultantes do trabalho, o sujeito dispõe-se a:
 - () autorizar a utilização do resultado do inventário.
 - () não autorizar a utilização do resultado do inventário.

Autorização

Declaro que estou devidamente esclarecido sobre a natureza desta pesquisa e aceito ser sujeito da mesma.

Nome do entrevistado: _____

Idade: _____ RG: _____

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

APÊNDICE 2 – Dados colhidos

1º ano: 80 estudantes

Sexo Feminino	47	58,75%
Sexo Masculino	33	41,25%

Responderam ao ISSL: 74 estudantes = 92,50%

Sexo Feminino	42	56,75%
Sexo Masculino	32	43,25%

NÃO TÊM STRESS	44	59,46%
TÊM STRESS	30	40,54%
Predominam Sint. Físicos	08	26,66%
Predominam Sint. Psíquicos	19	63,33%
Sem Predominância	03	10,00%

Na população do Sexo Feminino:

Não têm stress	17	40,48%
Têm stress	25	59,52%

Na população do Sexo Masculino:

Não têm stress	27	84,37%
Têm stress	05	15,63%

Fases do Stress segundo Selye Lipp:

Fase de Alerta	01	3,33%
Fase de Resistência	27	90,00%
Fase de Quase Exaustão	02	6,66%
Fase de Exaustão	0	0%

Faixa etária: 17 a 27 anos	Sem estresse	Com estresse
≤ 20 anos	21 estudantes	19 estudantes
21 a 23 anos	16 estudantes	09 estudantes
≥ 24 anos	07 estudantes	02 estudantes

2º ano: 82 estudantes

Sexo Feminino	52	63,41%
Sexo Masculino	30	36,59%

Responderam ao ISSL: 75 estudantes = 91,46%

Sexo Feminino	47	62,66%
Sexo Masculino	28	37,33%

NÃO TÊM STRESS	25	33,33%
TÊM STRESS	50	66,66%
Predominam Sint. Físicos	07	14,00%
Predominam Sint. Psíquicos	36	72,00%
Sem Predominância	07	14,00%

Na população do Sexo Feminino:

Não têm stress	10	21,28%
Têm stress	37	78,72%

Na população do Sexo Masculino:

Não têm stress	15	53,57%
Têm stress	13	46,43%

Fases do Stress segundo Selye Lipp:

Fase de Alerta	04	8,00%
Fase de Resistência	43	86,00%
Fase de Quase Exaustão	02	4,00%
Fase de Exaustão	01	2,00%

Faixa etária: 19 a 25 anos	Sem estresse	Com estresse
≤ 20 anos	10 estudantes	11 estudantes
21 a 23 anos	13 estudantes	36 estudantes
≥ 24 anos	02 estudantes	03 estudantes

3º ano: 74 estudantes

Sexo Feminino	50	67,57%
Sexo Masculino	24	32,43%

Responderam ao ISSL: 64 estudantes = 86,49%

Sexo Feminino	42	65,63%
Sexo Masculino	22	34,37%

NÃO TÊM STRESS	23	35,94%
TÊM STRESS	41	64,06%
Predominam Sint. Físicos	10	24,39%
Predominam Sint. Psíquicos	22	53,66%
Sem Predominância	09	21,95%

Na população do Sexo Feminino:

Não têm stress	10	23,81%
Têm stress	32	76,19%

Na população do Sexo Masculino:

Não têm stress	13	59,09%
Têm stress	09	40,91%

Fases do Stress segundo Selye Lipp:

Fase de Alerta	01	2,44%
Fase de Resistência	39	95,12%
Fase de Quase Exaustão	01	2,44%
Fase de Exaustão	0	0%

Faixa etária: 20 a 26 anos	Sem estresse	Com estresse
≤ 20 anos	02 estudantes	04 estudantes
21 a 23 anos	18 estudantes	33 estudantes
≥ 24 anos	03 estudantes	04 estudantes

4º ano: 76 estudantes

Sexo Feminino	47	61,84%
Sexo Masculino	29	38,16%

Responderam ao ISSL: 76 estudantes = 100%

Sexo Feminino	47	61,84%
Sexo Masculino	29	38,16%

NÃO TÊM STRESS	35	46,05%
TÊM STRESS	41	53,95%
Predominam Sint. Físicos	11	26,83%
Predominam Sint. Psíquicos	28	68,29%
Sem Predominância	02	4,88%

Na população do Sexo Feminino:

Não têm stress	22	46,83%
Têm stress	25	53,19%

Na população do Sexo Masculino:

Não têm stress	13	44,83%
Têm stress	16	55,17%

Fases do Stress segundo Selye Lipp:

Fase de Alerta	04	9,76%
Fase de Resistência	31	75,6%
Fase de Quase Exaustão	04	9,76%
Fase de Exaustão	02	4,88%

Faixa etária: 21 a 27 anos	Sem estresse	Com estresse
≤ 20 anos	0 estudantes	0 estudantes
21 a 23 anos	22 estudantes	25 estudantes
≥ 24 anos	13 estudantes	16 estudantes

5º ano: 80 estudantes

Sexo Feminino	40	50%
Sexo Masculino	40	50%

Responderam ao ISSL: 57 estudantes = 71,25%

Sexo Feminino	27	47,37%
Sexo Masculino	30	52,63%

NÃO TÊM STRESS	24	42,10%
TÊM STRESS	33	57,90%
Predominam Sint. Físicos	12	36,36%
Predominam Sint. Psíquicos	17	51,51%
Sem Predominância	04	12,12%

Na população do Sexo Feminino:

Não têm stress	09	33,33%
Têm stress	18	66,66%

Na população do Sexo Masculino:

Não têm stress	15	50,00%
Têm stress	15	50,00%

Fases do Stress segundo Selye Lipp:

Fase de Alerta	0	0%
Fase de Resistência	31	93,93%
Fase de Quase Exaustão	01	3,03%
Fase de Exaustão	01	3,03%

Faixa etária: 22 a 27 anos	Sem estresse	Com estresse
≤ 20 anos	0 estudantes	0 estudantes
21 a 23 anos	13 estudantes	11 estudantes
≥ 24 anos	11 estudantes	22 estudantes

6º ano: 80 estudantes

Sexo Feminino	32	40%
Sexo Masculino	48	60%

Responderam ao ISSL: 67 estudantes = 83,75%

Sexo Feminino	28	41,79%
Sexo Masculino	39	58,21%

NÃO TÊM STRESS	25	37,31%
TÊM STRESS	42	62,69%
Predominam Sint. Físicos	09	21,43%
Predominam Sint. Psíquicos	29	69,05%
Sem Predominância	04	9,52%

Na população do Sexo Feminino:

Não têm stress	03	10,71%
Têm stress	25	89,29%

Na população do Sexo Masculino:

Não têm stress	22	56,41%
Têm stress	17	43,59%

Fases do Stress segundo Selye Lipp:

Fase de Alerta	01	2,38%
Fase de Resistência	38	90,48%
Fase de Quase Exaustão	02	4,76%
Fase de Exaustão	01	2,38%

Faixa etária: 23 a 28 anos	Sem estresse	Com estresse
≤ 20 anos	0 estudantes	0 estudantes
21 a 23 anos	3 estudantes	2 estudantes
≥ 24 anos	22 estudantes	40 estudantes

FAMEMA: 472 estudantes

Sexo Feminino	268	56,78%
Sexo Masculino	204	43,22%

Responderam ao ISSL: 413 estudantes = 87,50%

Sexo Feminino	233	56,42%
Sexo Masculino	180	43,58%

NÃO TÊM STRESS	176	42,62%
TÊM STRESS	237	57,38%
Predominam Sint. Físicos	57	24,05%
Predominam Sint. Psíquicos	151	63,71%
Sem Predominância	29	12,24%

Na população do Sexo Feminino:

Não têm stress	71	30,47%
Têm stress	162	69,53%

Na população do Sexo Masculino:

Não têm stress	105	58,33%
Têm stress	75	41,66%

Fases do Stress segundo Selye Lipp:

Fase de Alerta	11	4,64%
Fase de Resistência	209	88,19%
Fase de Quase Exaustão	12	5,06%
Fase de Exaustão	05	2,11%

Faixa etária: 17 a 28 anos	Sem estresse	Com estresse
≤ 20 anos	33 estudantes	34 estudantes
21 a 23 anos	85 estudantes	116 estudantes
≥ 24 anos	58 estudantes	87 estudantes

ANEXOS

ANEXO 1 – Comitê de ética

ANEXO 2 – ISSL

