



Copyright Associação Brasileira de Educação Médica  
Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida  
por qualquer meio, sem a prévia autorização deste órgão.

### Diretorial Nacional

PRESIDENTE – Prof. Mourad Ibrahim Belaciano  
1º VICE-PRESIDENTE – Prof. José Olindo Duarte Ferreira  
2º VICE-PRESIDENTE – Prof. Rodrigo Cariri Chalegre de Almeida  
TESOUREIRO – Prof. Francisco Barbosa Neto  
SECRETARIA – Profª Patrícia Tempski  
DIRETOR EXECUTIVO – João José Neves Marins

### Coordenadores Regionais

#### NORTE:

Profª. Maria Giffoni Rocha Mesquita;  
Acad. Tárina M.C. da Fonseca

#### NORDESTE:

Profª. Dione Tavares Maciel  
Acad. Giulliana F. da Silva

#### SÃO PAULO:

Profª. Eliana Goldfarb Cyrino  
Acad. Fabrício Donizete da Costa

#### MINAS GERAIS:

Profª. Rosuita Fratari Bonito  
Acad. João Eliton Bonin

#### SUL I:

Prof. Elizabeth de Carvalho Castro  
Acad. Babington Silva

#### SUL II:

Prof. Ademir Garcia Reberti  
Acad. Vanessa Gheno

#### CENTRO-OESTE:

Prof. Vardeli Alves H. Moraes  
Acad. Claudia dos Santos Martins

#### RIO DE JANEIRO/ESPÍRITO SANTO:

Profª. Márcia Vaz  
Acad. Fernando Guedes da Cunha

### Apoio



### EDITOR

Prof. João José Neves Marins

### SECRETARIA

Rozane Landskron Gonçalves

### Normatização:

Angélica Sodré dos Santos  
Claudia Iara Pinheiro Martins (Colaboração)

### Revisão de texto:

Fani Knoploch

### Capa criação:

Patrícia Tempski

### Foto capa:

“O retrato do estudante de Medicina” autoria de Ana  
Kalline Jerônimo Silva.

### Diagramação e formatação:

Abreus's System

### Impressão:

Mangava Comercial Ltda

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)  
Biblioteca da Associação Brasileira de Educação Médica

Revista Brasileira de Educação Médica / Associação Brasileira de Educação Médica. – Vol. 1 (maio 2004)- . . . – Rio de Janeiro : Associação Brasileira de Educação Médica, 2004-.

Anual  
ISSN 1806-5031

I. Educação Médica. II. Associação Brasileira de Educação Médica.

Aceita-se permuta

Tiragem 1000 exemplares

Indexada em:

Sumários.org – Sumários de Revistas Brasileiras  
<<http://www.sumarios.org>>

Texto completo em:

<<http://www.abem-educmed.org.br>>

---

# APRESENTAÇÃO

---

## A Comissão de Suporte e Qualidade de Vida ao Estudante e Residente da ABEM

### *The ABEM Committee on Support and Quality of Life for Medical Students and Residents*

Vivemos um momento histórico, marcado pela multiplicação das atividades cotidianas e pela escassez de tempo, tanto para desempenhá-las como para descanso e lazer. O tempo que ganhamos com a inclusão de facilidades tecnológicas se reverteu em novas demandas, que nos sobrecarregam mais ainda.

Nesse contexto, os conhecimentos se multiplicam e rapidamente estão disponíveis, exigindo-nos flexibilidade e adaptação a mudanças em diferentes níveis: pessoal, social, cultural, profissional e institucional.

Ficamos obrigados a atender às exigências da modernidade, buscando maior produtividade, maior conhecimento, maior abrangência de nossas ações, buscando a excelência. Tal comportamento reativo tem um preço, pois interfere em nosso equilíbrio e qualidade de vida.

Mesmo na Faculdade de Medicina, poucas são as políticas de promoção e prevenção da saúde.

Os futuros médicos ingressam num curso longo e de muitas exigências, no final da adolescência, e devem assimilar novas obrigações, conhecimentos, posturas, habilidades e atitudes.

A fim de auxiliá-los na construção do conhecimento, a instituição de ensino lhes apresenta um currículo extenso e complexo, e a oportunidade de vivenciar os processos de saúde, doença e morte. No entanto, nem sempre a escola de Medicina os ensina a lidar com as angústias, frustrações e incertezas advindas desse processo, deixando, muitas vezes, o aluno como único responsável

pela manutenção de sua saúde física, mental e social, e, enfim, de sua qualidade de vida.

O curso de Medicina é considerado uma fonte de estresse que afeta em maior ou menor grau a qualidade de vida do estudante, que deve buscar em seu patrimônio biológico, intelectual, emocional e cultural estratégias que o tornem competente e resistente aos estressores externos e internos.

Em um momento em que as faculdades de Medicina repensam seus currículos e buscam novas formas de aprimorar o processo de ensino-aprendizagem, investigar o bem-estar e a qualidade de vida do estudante e identificar os fatores associados à sua promoção ou ao prejuízo da saúde física e mental do estudante podem orientar mudanças no sentido de aumentar a saúde daquele que vai cuidar da saúde de outros no futuro.

Oferecer conteúdos de promoção da saúde, gestão de tempo e de relação humana, trabalhar a resiliência dos estudantes, garantir tempo livre para estudo ou atividades fora do curso, estimular a atividade física e, principalmente, criar serviços e programas de apoio psicológico são possibilidades nesse sentido.

A Associação Brasileira de Educação Médica, desde 2004, apontou a questão da qualidade de vida do estudante e do papel dos serviços de apoio e suporte como uma de suas prioridades, criando o Departamento de Qualidade de Vida, Apoio e Suporte ao Estudante, ao Residente e ao Docente.

Em seis anos de existência, o departamento elaborou o site de Tutoria Virtual (<http://www.fm.usp.br/cedem/qv>), organizou cursos e oficinas nos congressos nacionais e regionais para criação de novos serviços de apoio e suporte ao estudante e programas de Tutoria (*Mentoring*). Desenvolveu também, o concurso fotoliterário “Vida de Estudante” e organizou nos últimos cinco anos, durante o Cobem, o Encontro de Serviços de Apoio e Suporte ao Estudante e o Fórum dos Serviços de Suporte ao Estudante e ao Residente, com o objetivo de agregar docentes, discentes e profissionais que pesquisam o bem-estar do estudante e trabalham nas ações de suporte e cuidado ao estudante nos cursos de Medicina.

Nestes anos à frente desse departamento, vimos aumentar em muito o número de pesquisadores do tema, o número de publicações e resumos submetidos ao congresso.

A organização deste caderno da Abem, além de reconhecer o trabalho de muitos pesquisadores, retrata o estado da arte e reafirma a importância do cuidado como estratégia de formação integral e humanização do ensino da Medicina no Brasil.

*Patricia Tempski / Patricia Lacerda Bellodi*  
**Coordenadoras do Departamento de Qualidade de Vida e Suporte ao Estudante, Residente e Docente da Abem**

---

---

# SUMÁRIO

---

## ARTIGOS/ARTICLES

- Mentoring, Bem-estar nos Primeiros Anos e o “Continuar a Ser” ..... 7  
*Mentoring, Well-being in the Early Years of Medical School, and “Staying the Course”*  
Patricia Lacerda Bellodi
- Qualidade de Vida dos Médicos Residentes: Revisão de Estudos Brasileiros ..... 12  
*Quality of Life for Medical Residents: a Review of Brazilian Studies*  
Luiz Antonio Nogueira-Martins
- Ansiedade e Depressão no Estudante de Medicina: Revisão de Estudos Brasileiros ..... 19  
*Anxiety and Depression in Medical Students: a Review of Brazilian Studies*  
Sergio Baldassin
- Eu Quero, eu Preciso Dormir! Sonolência Diurna do Estudante de Medicina..... 27  
*I Want to Sleep! I Need to Sleep! Daytime Sleepiness among Medical Students*  
Patricia Tempiski e Bruno Perotta
- Psicanálise e Educação Médica: o que Significa ser um Estudante Saudável? ..... 31  
*Psychoanalysis and Medical Education: What does it Mean to be a Healthy Student?*  
Katia Burle dos Santos Guimarães
- Eu, Diretora de uma Escola Médica, e o Bem-estar do Estudante de Medicina ..... 36  
*Me, Myself as Dean of a Medical School, and My Students’ Well-being*  
Maria Luisa Carvalho Soliani
- Eu, Estudante de Medicina, e o Meu Bem-estar ..... 47  
*Me, Myself as a Medical Student, and My Well-being*  
Arthur Hirschfeld Danila
- “Confesso que Vivi”: Quatro Décadas Dedicadas ao Estudante de Medicina..... 55  
*“I Confess that I Have Lived”: Four Decades Dedicated to Medical Students*  
Emirene Maria Trevisan Navarro da Cruz
- Diálogo Filosófico sobre Qualidade de Vida..... 62  
*A Philosophical Dialogue on Quality of Life*  
Patricia Tempiski
- Bons Conselhos ..... 74  
*Good Advice\**  
Patricia Tempiski e Patricia Lacerda Bellodi (organizadoras)

---

# Mentoring, Bem-estar nos Primeiros Anos e o “Continuar a Ser”

## *Mentoring, Well-being in the Early Years of Medical School, and “Staying the Course”*

Patrícia Lacerda Bellodi<sup>1</sup>

Palavras-chave: Mentoring, Bem-estar, Alunos de Medicina, Winnicott  
Keywords: Mentoring, Well-being, Medical Students, Winnicott

---

### INTRODUÇÃO

Estressados, ansiosos, deprimidos, angustiados, esgotados. Assim têm sido apresentados os alunos de Medicina em vários estudos que investigam o bem-estar e a qualidade de vida ao longo da formação (Dyrbye et al<sup>1</sup> 2006).

Tal resultado parece ser fruto de um encontro entre características pessoais dos alunos e características institucionais do curso médico. Do lado do aluno, encontram-se pessoas persistentes, realizadoras e perfeccionistas. Do lado da escola, especialmente nos primeiros anos, encontra-se um curso distante daquilo que o aluno idealizou, com sobrecarga de estudos teóricos das chamadas matérias básicas, disciplinas fragmentadas e professores com métodos pedagógicos pouco didáticos (Millan et al<sup>2</sup> 1999). O curso, assim estruturado, rouba o tempo do lazer, do sono, do convívio com pessoas fora do ambiente acadêmico. Todo o tempo, inclusive o tempo livre, deve ser dedicado ao curso, mesmo que em detrimento da própria saúde física e emocional (Fiedler<sup>3</sup> 2008).

Entretanto, a relação custo-benefício, entre esforço e resultado, não se mostra favorável aos estudantes neste início de sua formação. Aquele aluno que, na entrada na faculdade, teve a confirmação clara de sua competência se vê diante de resultados, nas primeiras provas, que em nada espelham sua autoimagem anterior. Além disso, surgem no horizonte dúvidas angustiantes sobre a sua vocação.

Narrativas como a desta aluna de quinto ano mostram claramente essa dinâmica produtora de mal-estar nos primeiros anos (Bellodi<sup>4</sup> 2005):

*“[...] no momento em que vemos nosso nome na lista. Quanta alegria! [...] Mas murchamos mais rápido do que poderíamos imaginar. A vaidade vai sendo substituída pela insegurança, e perguntas incômodas começam a emergir em nossas cabeças, em meio a nomes de ossos e ciclos bioquímicos. Será que eu vou ser um bom médico? Será que estou no curso certo? Mais inquietantes do que as perguntas são as respostas a elas que surgem como mosquitos zumbindo em nossos ouvidos em noite de verão. Se depender da forma como eu estou estudando, não serei um bom médico. Se eu tivesse feito outra coisa, talvez estivesse mais feliz”. (aluna, 5º ano, 2008)*

Preocupadas com problemas como este e diversos outros, que surgem ao longo do curso, várias escolas investiram na ampliação de sua rede de suporte, adicionando aos serviços de apoio psicológico os chamados Programas de *Mentoring*.

O *Mentoring* pode ser compreendido como um tipo especial de relação em que, basicamente, uma pessoa mais experiente acompanha, orienta e estimula um jovem iniciante em sua jornada de desenvolvimento pessoal e profissional (Bellodi<sup>5</sup> 2005). Tal como na obra de

---

<sup>1</sup> Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Homero, a *Odisseia*, os alunos de Medicina têm a seu lado, assim como teve Telêmaco, filho de Ulisses, a figura de um mentor, ajudando na travessia para a vida profissional futura.

O Programa de *Mentoring* da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Programa Tutores FMUSP, iniciou-se em 2001 e inclui todos os 1.080 alunos da escola. Estes são distribuídos em grupos, heterogêneos quanto ao ano acadêmico, coordenados por um tutor – professor da faculdade ou médico do hospital-escola. Em reuniões periódicas, discutem aspectos do cotidiano acadêmico, do futuro profissional e também questões pessoais que permeiam a formação durante o curso (Bellodi e Martins<sup>6</sup> 2005).

O Programa Tutores acredita que a atividade pode contribuir para aumentar o vínculo entre professores e alunos e, por meio da troca de experiências, pode não só acompanhar o desenvolvimento dos alunos, como identificar problemas no curso e na sua formação, permitindo um encaminhamento mais imediato para a solução adequada. Acredita, especialmente, que pode colaborar para uma formação integral dos alunos (integrando conhecimento, habilidades e atitudes) e maior integração do curso a eles oferecido.

Como coordenadora do Programa Tutores FMUSP, considerando o bem-estar dos alunos nos primeiros anos, suas dificuldades e o espaço de troca de experiências oferecido pelo Programa Tutores, tenho como objetivo, neste ensaio, inicialmente, apresentar de que maneira o ciclo básico tem aparecido nos encontros entre tutores e alunos. Depois, a partir de alguns relatos de alunos e tutores, adotando como ponto de vista psicológico o paradigma winnicotiano, busco refletir sobre a relação integração curricular-integração psíquica. Acredito que tal articulação permite um olhar mais compreensivo sobre essas questões, mostrando, especialmente, o potencial do *Mentoring* como favorecedor do bem-estar do aluno.

## A TUTORIA E AS VELHAS QUEIXAS

Desde o início do programa, a cada novo ano, os tutores registram, em seus relatórios, queixas dos alunos ingressantes sobre o modo como o chamado ciclo básico se encontra organizado. Nos diários de 2008 (Banco de Dados do Programa Tutores), por exemplo, encontra-se que:

*“Não foi surpresa ouvir que os calouros estavam decepcionados com o início do curso básico e especialmente com a distância do que estavam aprendendo e o que achavam que aconteceria”.* (Diário do Tutor<sup>7</sup> 2008)

*“Os calouros estão muito animados com a faculdade, mas já reclamam do curso básico: decepção com as aulas e professores”.* (Diário do Tutor<sup>7</sup> 2008)

*“Queixaram-se, como sempre, das matérias do curso básico [...]”.* (Diário do Tutor<sup>7</sup> 2008)

*“Falamos sobre os cursos do básico: vai ano entra ano e nada muda [...]”.* (Diário do Tutor<sup>7</sup> 2008)

Os sentimentos de decepção, frustração, desesperança e impotência dos alunos parecem também contaminar os tutores:

*“Falamos dos cursos do primeiro ano e que muitas das reclamações dos alunos acabam sem retorno. Isso desanima os alunos e desanima os tutores também!”.* (Diário do Tutor<sup>7</sup> 2008)

A não integração entre as diferentes disciplinas promove falta de sentido à experiência educacional. Esse aspecto foi bastante observado pelos tutores, que, em outros fóruns de discussão institucionais, como o da reforma curricular, também enfatizam:

*“No grupo de tutoria não é incomum você, por exemplo, escutar um aluno dizendo que viu *Biologia Molecular* no 2º ano, e ele nem sabe por que é que viu. *Aí, quando ele chega no 6º ano, num diagnóstico de tuberculose, ele fala: Meu Deus! É aquilo o que eu vi lá no 2º ano e eu não sei mais nem o que é aquilo[...]”.* (Tutor, depoimento em grupo focal, 2009)*

Não apenas as queixas, mas também os efeitos prejudiciais da estruturação dos primeiros anos do curso são relatados, com riqueza de detalhes, pelos tutores:

*“A caloura disse estar muito desanimada por vários motivos: não está entendendo a matéria, achando-se incapaz; sente-se inferiorizada, pois foi uma das únicas alunas a tirar nota baixa em prova de *Bioquímica*. Está cansada*

*de estudar o dia inteiro e até nos finais de semana; sente-se destrutada por alguns professores e está bastante deprimida com tudo isto”. (Diário do Tutor<sup>7</sup> 2008)*

Desanimada, incapaz, inferiorizada, cansada, destrutada, deprimida. Esse relato mostra uma aluna “devastada” pelo ambiente que encontrou no início de seu desenvolvimento como futuro médico.

Relatos como esse me fizeram buscar elementos teóricos a respeito do desenvolvimento humano e suas vicissitudes, para pensar de que maneira a integração/não integração de um ambiente externo pode se relacionar com a integração/desintegração do ambiente interno, a integração psíquica.

Nesse sentido, as ideias de Winnicott, médico pediatra e psicanalista, me pareceram fundamentais. Diz ele em sua obra *Natureza Humana*: “A integração provoca um sentimento de sanidade, enquanto a perda da integração produz uma sensação de enlouquecimento” (Winnicott<sup>8</sup> 1990).

## O PARADIGMA WINNICOTIANO

O paradigma winnicotiano propõe como exemplar, isto é, como experiência central, a figura do bebê. Não do bebê sozinho, mas sim do bebê no colo da mãe – representado a tese de que não há desenvolvimento possível sem um ambiente suficientemente bom.

Neste paradigma, do ponto de vista existencial, o cuidado se acha *a priori*, antes de toda atitude e situação do ser humano.

Mas a integração psíquica, para Winnicott, não é herdada, e sim conquistada.

O ponto de partida do desenvolvimento é um estado primário de não integração.

Somente se pode caminhar no sentido da integração psíquica (eu sou, habito dentro do meu corpo, este é diferente do outro, percebo o que sinto como meu) se houver um encontro entre os fatores internos (temos uma tendência inata ao amadurecimento) e os cuidados ambientais, representados, no início da vida, pela sustentação concreta da mãe (*o holding*).

O ambiente, quando cuidadoso, consegue atender às necessidades do ser de modo sensível, isto é, no momento e no ritmo adequados, protegendo-o de imprevisos e invasões.

Esse ambiente tem, assim, tarefas a cumprir: “[...] é tarefa da mãe proteger o bebê de complicações que ele ainda não pode entender, dando-lhe continuamente aquele pedacinho simplificado do mundo que ele, através dela, passa a conhecer” (Winnicott<sup>9</sup> 2000).

E, então: “[...] a partir da confiança que deposita no fato concreto de o segurarem [...] o bebê passa a confiar nos processos internos que levam à integração numa unidade” (Winnicott<sup>10</sup> 1987).

Mas, se o ambiente cuidadoso é sensível às necessidades do ser em desenvolvimento, o ambiente não favorecedor, ao contrário, apresenta estímulos excessivos (não dou conta de assimilar, seja pela presença de um acontecimento muito intenso, seja pelo acúmulo de excitações), incongruentes (não compreendo o sentido) ou ausentes (não sou estimulado).

Nesse sentido, a escola médica-ambiente pode ser concebida, em muitos aspectos, como um ambiente não facilitador do desenvolvimento, já que apresenta, como lista Zanolli<sup>11</sup> (2004), conteúdos e objetivos mal definidos, transmissão de informações e pura utilização da memória, professores capacitados somente em conteúdos, ensinar-aprender com observação passiva dos estudantes, humilhação e intimidação dos estudantes pelos docentes, clássica pergunta do professor “como você ainda não sabe?”, primeiro a teoria e depois a prática, e uma avaliação praticamente somativa/punitiva no final das disciplinas e estágios.

Quais seriam as consequências dessas falhas ambientais?

## FALHAS AMBIENTAIS E SUAS CONSEQUÊNCIAS

Para o ser em desenvolvimento, são graves as consequências de falhas no ambiente cuidador, seja este o familiar, seja a escola médica.

O potencial inato do ser rumo ao desenvolvimento não se realiza, e seu funcionamento passa a ser baseado em reações frente às irritações do meio. O reagir interrompe a continuidade do ser. O ego se enfraquece, e “ações evacuativas” surgem para resolver as dificuldades.

A narrativa da aluna do quinto ano, apresentada no início do ensaio, continua e ilustra tais “ações evacuativas”, facilmente constatadas no cotidiano acadêmico.

*"A principal causa desta desilusão é que nossos corações apaixonados pela medicina são partidos pelas matérias básicas. Claro que elas são importantes, mas somos obrigados a engolir tudo, sem mastigar, para, sem termos digerido, vomitarmos frases feitas em provas insuportáveis". (aluna, 5º ano, 2008)*

Posto isto, a questão que se coloca agora é: como enfrentar tais falhas ambientais traumáticas?

## A TUTORIA COMO TESTEMUNHA

Os estudiosos de situações traumáticas são unânimes em afirmar a importância do testemunho para a superação destas.

Considera-se fundamental, nesse sentido, ter um ouvinte atento que funcione como testemunha do "horror" vivenciado: "O papel de ouvinte atento é muito importante porque as pessoas geralmente não se dispõem a ouvir sobre fatos chocantes, já que pensar no que é angustiante provoca angústia: o que ocorreu com o outro pode ocorrer comigo" (Rudge<sup>12</sup> 2009).

Mas nem sempre é fácil contar com ele...

*"Frequentemente, ninguém quer ouvir seu testemunho, pois os ouvintes não estão dispostos a se sobrecarregar de sentimentos de medo ou dor, raiva ou vergonha[...]". (Bohleber<sup>13</sup> 2007)*

Quero agora voltar à segunda e última parte daquele Diário do Tutor, também apresentado inicialmente. O tutor do aluno continua seu relato, contando em seguida que:

*"Foi muito bom o quintoanista estar presente, uma vez que ele mesmo passou pelas mesmas dificuldades, chegando a perder 20 kg nos 6 primeiros meses do curso. Ele acha que a faculdade tem responsabilidade nestas dificuldades encontradas por vários alunos no início do curso, principalmente por conta das áreas básicas. Ao final, a caloura mostrou-se aliviada por saber que o quintoanista já passou por dificuldades semelhantes às suas e que as superou totalmente. Em minha opinião, só esta ajuda imensa que o grupo deu a ela, através de um veterano, está valendo a Tutoria de 2008". (Diário do Tutor<sup>7</sup> 2008)*

Outra aluna, do sexto ano, também conseguiu, no seu relato, expor de forma bem clara a importância do grupo de tutoria como testemunha (Bellodi<sup>4</sup> 2005):

*"Como o grupo de tutoria é formado por alunos de vários anos e por um médico formado, é um lugar perfeito para trocar experiências. Os alunos dos primeiros anos percebem que não são e nem foram os únicos a achar o curso cansativo, diferente do que esperavam; aqueles do terceiro e quarto ano lidam com as dificuldades da relação aluno-paciente; os internos têm espaço para falar sobre o medo por estarem virando médicos de verdade (medo que todo mundo tem e ninguém assume). Crescer dói, e o grupo de tutoria te diz: sim, dói, isso é normal, não negue, todos nós também passamos por isso". (aluna, 6º ano, 2008)*

Esses depoimentos parecem mostrar que se adoecemos com os outros, para eles e por conta deles, também podemos nos cuidar através deles e com eles. É este "com eles e através deles" que a Tutoria oferece...

## A TUTORIA-AMBIENTE

Como consideração final, volto a Winnicott, que nos lembra que, por mais que caminemos no sentido de maior independência ao longo da vida, o indivíduo nunca é, de fato, independente do meio:

*"O indivíduo, visto como uma unidade autônoma nunca, de fato, é independente do meio ambiente, embora existam maneiras pelas quais, na maturidade, ele possa sentir-se livre, independente, tanto quanto contribua para a felicidade e para o sentimento de estar de posse de uma identidade pessoal". (Winnicott<sup>14</sup> 1975)*

Acredito que a tutoria-ambiente, dentro da escola médica, seja uma dessas maneiras que podem contribuir para que os alunos de Medicina se sintam livres, independentes, podendo "continuar a ser"...

## REFERÊNCIAS

1. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic Review of Depression, Anxiety, and Other Indicators of Psychological Distress among U.S. and Canadian Medical Students. *Acad Med.* 2006;81:354-73.

2. Millan LR, De Marco OLN, Rossi E, Arruda PCV, orgs. O Universo Psicológico do Futuro Médico: vocação, vicissitudes e perspectivas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999.
3. Fiedler PT. Avaliação da Qualidade de Vida do estudante de Medicina e da influência exercida pela formação acadêmica. São Paulo; 2008. Doutorado [Tese] — Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
4. Bellodi PL. Experiências de Tutorandos. In: Bellodi PL, Martins MA. Tutoria: Mentoring na formação médica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.
5. Bellodi PL. Tutor. In: Bellodi PL, Martins MA. Tutoria: Mentoring na formação médica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005. p.69-85.
6. Bellodi PL, Martins MA. Tutoria: Mentoring na formação médica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.
7. Universidade de São Paulo. Centro de Desenvolvimento de Educação Médica. Tutor. Programa de Tutores. São Paulo: USP. [13 set. 2010; acesso em 30 set. 2010]. Diário do Tutor 2008. Disponível em: <http://www.fm.usp.br/tutores>.
8. Winnicott DW. Natureza Humana. Rio de Janeiro: Imago; 1990.
9. Winnicott DW. Da Pediatria à Psicanálise. Rio de Janeiro: Imago; 2000.
10. Winnicott DW. Os Bebês e suas Mães. São Paulo: Martins Fontes; 1987.
11. Zanolli MB. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na área clínica. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, orgs. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec / Abem; 2004.
12. Rudge AM. Trauma: de Freud aos dias atuais. [Acesso em 29 ago. 2010]. Disponível em: <http://www.amalgama.blog.br/09/2009/trauma-de-freud-aos-dias-atuais>.
13. Bohleber W. Recordação, trauma e memória coletiva: a luta pela recordação em psicanálise. Rev Bras Psicanal. 2007;41:154-75.
14. Winnicott DW. O Brincar e a Realidade. Rio de Janeiro: Imago; 1975.

## ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rua Dona Luiza Júlia, 12 – apto 62  
Itaim Bibi – São Paulo  
04542-20  
[ptbellodi@uol.com.br](mailto:ptbellodi@uol.com.br)

---

# Qualidade de Vida dos Médicos Residentes: Revisão de Estudos Brasileiros

## *Quality of Life for Medical Residents: a Review of Brazilian Studies*

Luiz Antonio Nogueira-Martins<sup>1</sup>

Palavras-chave: Residência Médica; Qualidade de Vida.  
Keywords: Internship and Residency; Quality of Life.

---

### INTRODUÇÃO

Tornar-se médico é um complexo processo de aquisição de competências, resultante da interação de um conjunto de fatores individuais (personalidade do estudante, eventos de vida) e ambientais (infraestrutura física e tecnológica, recursos humanos, atmosfera do ambiente educacional). Este processo de profissionalização se desenvolve ao longo de todo o curso de graduação e tende a se consolidar durante a residência médica.

A residência médica – sistema educacional de treinamento em serviço, criado nos Estados Unidos em 1889 por William Stewart Halsted e implantado no Brasil em 1944-45, embora ainda padeça de vários questionamentos críticos, relacionados principalmente à adequada oferta de supervisão qualificada e aos potenciais efeitos deletérios da carga horária de trabalho e da privação do sono – tem sido reconhecida como o melhor sistema de capacitação profissional do médico.

A experiência com a residência médica tem evidenciado que, simultaneamente ao incremento da competência, autoconfiança e segurança profissionais, o treinamento pode ter efeitos prejudiciais na sensibilidade dos médicos em relação aos pacientes, no desempenho acadêmico e profissional, na saúde, no bem-estar e na qualidade de vida pessoal<sup>1-8</sup>.

Embora a busca pelo significado e conceituação de qualidade de vida (QV) seja uma questão tão antiga quanto a civilização, o termo ganhou força principalmente no período posterior à Segunda Guerra mundial, nos Estados Unidos, onde inicialmente foi utilizado para avaliar o impacto da aquisição de bens materiais na qualidade de vida das pessoas e, logo após, também passou a englobar a avaliação dos avanços alcançados nas áreas de educação, saúde e economia<sup>9</sup>.

Atualmente, o conceito mais utilizado para definir qualidade de vida é aquele desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), segundo o qual QV é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Esse é um conceito amplo, influenciado de forma complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais e relação com características do ambiente<sup>10</sup>.

Os instrumentos de avaliação de QV podem ser genéricos ou específicos. Os instrumentos genéricos são utilizados para a população em geral, sem que haja necessidade de características ou condições específicas de doenças ou outros aspectos especiais, podendo ser aplicados em quaisquer pessoas. Os instrumentos genéricos

---

<sup>1</sup> Livre-Docente. Professor Associado da Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo.

de avaliação da qualidade de vida mais utilizados em estudos na área da saúde têm sido o SF-36 (*Medical Outcome Study 36-Item Short Form*) e o Whoqol-100/Whoqol-abreviado (*World Health Organization Quality Of Life*)<sup>11</sup>.

Embora se observe um crescente aumento dos estudos brasileiros sobre vários aspectos que se relacionam de alguma forma com o tema da qualidade de vida dos médicos residentes, como, por exemplo, a avaliação de *burnout*<sup>12</sup> e a de sintomas ansiosos e depressivos<sup>13,14</sup>, somente cinco estudos nacionais<sup>15-19</sup> utilizaram instrumentos específicos de avaliação de qualidade de vida.

Vale assinalar que nesta revisão só foram incluídos trabalhos empíricos, não sendo, portanto, relacionados artigos de revisão da literatura.

## ESTUDOS BRASILEIROS

O primeiro estudo brasileiro que avaliou a qualidade de vida de médicos residentes<sup>15</sup> foi desenvolvido por Paula Costa Mosca Macedo, em dissertação de mestrado apresentada em 2004 à Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina, intitulada “Avaliação da qualidade de vida em residentes de Medicina da Unifesp-EPM”.

Em sua pesquisa, a autora estudou uma amostra randomizada de 128 residentes, estratificada por ano de residência, utilizando um questionário sociodemográfico ocupacional e o questionário SF-36.

O SF-36 é um instrumento multidimensional formado por 36 itens, agrupados em 8 domínios e divididos em 2 componentes (físico e mental). O componente físico agrupa os domínios capacidade funcional (CF), aspectos físicos (AF), dor (DOR) e estado geral de saúde (EGS). O componente mental agrupa os domínios vitalidade (VIT), aspectos sociais (AS), aspectos emocionais (AE) e saúde mental (SM). As questões do SF-36 abordam o funcionamento físico, as limitações causadas por problemas de saúde física e emocional, o funcionamento social, a saúde mental, a dor, a vitalidade (energia/fadiga) e as percepções da saúde geral.

O perfil sócio-ocupacional do grupo estudado revelou os seguintes dados: amostra de 59 mulheres e 69 homens, com idade média de 26 anos, constituída de 40% de R1, 38% de R2 e 22% de R3; 61% dos residentes estavam em treinamento em especialidades clínicas e 39% em especialidades cirúrgicas; 68% estavam satisfeitos com os programas de residência médica; 84%

consideravam não ter tempo suficiente de lazer, embora 32% tenham referido a prática regular de exercícios físicos; 71% referiram ter atividades profissionais fora da residência médica e 41% dedicavam mais de 30 horas semanais de trabalho aos cuidados de pacientes críticos.

Os resultados referentes à avaliação da qualidade de vida mostraram que o componente físico apresentou medianas mais altas (CF = 90; AS = 75; DOR = 72; EGS = 72) do que o componente mental (VIT = 40; AS = 62; AE = 33; SM = 56).

Residentes do sexo masculino tiveram menores escores (menor/pior QV) nos domínios ‘aspectos físicos’ e ‘aspectos emocionais’; residentes de programas de especialidades cirúrgicas apresentaram maiores escores (maior/melhor QV) nos domínios ‘aspectos sociais’ e ‘saúde mental’. Residentes que tinham atividades profissionais fora da residência médica tiveram menores escores (menor/pior QV) no domínio ‘aspectos emocionais’. Residentes que tinham mais de 30 horas semanais com cuidados a pacientes críticos tiveram escores menores em todos os domínios, com exceção do domínio ‘estado geral de saúde’. Residentes não satisfeitos com os programas de residência ou com tempo insuficiente de lazer tiveram menores escores do que os residentes que estavam satisfeitos, e residentes que não tinham prática regular de atividade física tiveram menores escores nos domínios ‘capacidade física’, ‘aspectos físicos’, ‘estado geral de saúde’, ‘vitalidade’ e ‘aspectos sociais’.

As comparações entre os três anos mostraram que, com exceção do domínio ‘aspectos emocionais’, todos os domínios de qualidade de vida tiveram escores maiores no segundo ano (R2) do que no primeiro ano (R1). No terceiro ano (R3), os escores do componente mental do SF-36 foram maiores do que nos anos anteriores (R1 e R2). O estudo mostrou que os fatores preditivos de maior qualidade de vida foram: estar no segundo ou terceiro ano de residência, estar satisfeito com o treinamento, ter tempo suficiente para lazer e atender pacientes críticos por menos de 30 horas semanais.

As conclusões deste estudo indicaram que o componente mental da qualidade de vida foi o mais prejudicado, apontando a importância do cuidado com a saúde mental dos residentes, especialmente durante o primeiro ano do treinamento e durante estágios/períodos em que estão sobrecarregados pelo atendimento a pacientes críticos.

O segundo estudo nacional<sup>16</sup> foi desenvolvido por Getulio Rodrigues de Oliveira Filho, em tese de doutorado apresentada em 2005 à FMUSP, intitulada “Aquisição de conhecimentos, estratégias de aprendizado, satisfação com o ambiente de ensino e qualidade de vida de médicos residentes de anestesiologia. Um estudo multicêntrico”.

A hipótese que motivou este estudo, conduzido com 60 residentes de anestesiologia de três centros formadores no estado de Santa Catarina, foi a de que as percepções sobre a QV subjetiva e sobre o ambiente educacional, assim como as estratégias de estudo e aprendizado, poderiam influenciar o desempenho acadêmico de residentes de anestesiologia durante o período de formação.

Como instrumento de avaliação da qualidade de vida foi utilizado o Whoqol-abreviado, composto por 26 questões, agrupadas em 24 facetas e 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente (meio ambiente).

Para avaliação do ambiente educacional, foi utilizado no estudo o Questionário Dundee sobre o ambiente educacional (*Dundee Ready Educational Environment Measure – Dreem*), que avalia as percepções sobre o ambiente de aprendizagem. O Dundee possui cinco escalas: percepções sobre o aprendizado, os professores, a atmosfera educacional da instituição, o próprio desempenho acadêmico e a interação social no ambiente acadêmico.

A avaliação das estratégias de estudo e aprendizado foi realizada por meio do Lassi (*Learning and Study Strategies Inventory*), que é um instrumento composto por 80 itens distribuídos em dez escalas, que mensura as estratégias pessoais de estudo e aprendizado, relacionadas aos três componentes do aprendizado estratégico: habilidade, vontade e autorregulação. O foco do Lassi é em pensamentos, atitudes e crenças que se relacionam com o aprendizado eficaz e que podem ser alterados por intervenções educacionais específicas.

Para a avaliação do desempenho acadêmico foram utilizados dois instrumentos: o Teste de Progresso (TP), que contém questões que abordam os objetivos de aprendizado finais do curso de graduação em Medicina; e as Provas Nacionais de Médicos em Especialização da Sociedade Brasileira de Anestesiologia, cobrindo os objetivos de aprendizado do primeiro ano (ciências básicas) e do segundo ano (anestesiologia clínica).

As principais conclusões do estudo foram:

- Os escores obtidos no Teste de Progresso e na Prova Nacional de Especialização permitiram a identificação de residentes com melhor e pior desempenho cognitivo;
- Os escores obtidos no Whoqol-abreviado, no Dreem e no Lassi permitiram a identificação de residentes com perfis afetivo-motivacionais (PAM) mais ou menos positivos;
- Os residentes com PAM mais positivo se caracterizaram por percepções mais positivas em todos os domínios do Whoqol-abreviado (físico, estado psicológico, relacionamento social e meio ambiente);
- Os residentes com PAM mais positivo também se caracterizaram por percepções mais positivas quanto a: aprendizado durante a residência médica, relacionamento com instrutores e professores, atmosfera educacional e também quanto ao próprio desempenho, tanto acadêmico como social.

Como síntese dessa pesquisa, vale destacar um trecho extraído da parte final da discussão dos resultados, no qual o autor adverte sobre as limitações do seu estudo e das pesquisas em geral na área educacional:

*“Na ciência da educação, assim como em outras ciências sociais, cada estudo contribui com uma pequena peça de conhecimento a respeito dos tópicos controversos e pouco entendidos que desafiam os educadores. O grande número de variáveis ambientais e individuais que podem influenciar resultados baseados em dados subjetivos impede que generalizações sejam feitas até que os resultados tenham sido replicados em outras populações. Este estudo deve ser considerado neste contexto”<sup>16</sup>. (p.38)*

O terceiro trabalho<sup>17</sup> foi também desenvolvido no estado de Santa Catarina pelo mesmo autor do estudo anterior (Getulio Rodrigues de Oliveira Filho), em colaboração com Eduardo Jorge Hansen Sturm e André Eduardo Sartorato.

O objetivo da pesquisa foi investigar se a violação das normas da Comissão Nacional de Residência Médica relativas à carga horária de trabalho e à oferta de supervisão pelos programas de residência médica afeta a percepção dos residentes sobre a qualidade de vida e o ambiente de aprendizagem.

No estudo, os autores avaliaram as percepções de 62 residentes (29 R1; 21 R2; 9 R3 e 4 R4) de quatro es-

pecialidades (Anestesia, Cirurgia Geral, Clínica Médica e Pediatria) sobre:

- Qualidade de vida em geral, avaliada pelo Whoqol-abreviado;
- Qualidade de vida na residência médica, mensurada pelo questionário *Quality of School Life (QSL)*;
- Qualidade do ambiente de aprendizagem, medida pelo Questionário Dundee sobre Ambiente Educacional (Dreem).

Foi aplicado também um questionário para avaliar a adequação dos programas de residência médica às normas da Comissão Nacional de Residência Médica.

Os principais resultados do estudo foram:

- Nenhum residente teve a percepção de que o seu Programa de Residência Médica (PRM) seguia as normas da CNRM;
- 84% dos residentes referiram que a supervisão das tarefas assistenciais ofertada pelos programas era insuficiente;
- Os escores sobre a QV em geral, a qualidade de vida na residência, a qualidade do sono e do repouso e a qualidade do aprendizado foram significativamente menores nos residentes que referiram mais de 60 horas de carga horária semanal de trabalho;
- Resultados semelhantes foram encontrados nos residentes que referiram ter mais turnos de mais de 36 horas consecutivas de trabalho.

Em suas conclusões, os autores salientam que os resultados do estudo revelaram que o descumprimento das normas da Comissão Nacional de Residência Médica afeta negativamente as percepções de residentes de diferentes especialidades sobre o ambiente de ensino e aprendizado e sobre diversos aspectos relacionados tanto à qualidade de vida na residência como à qualidade de vida em geral.

O quarto estudo nacional<sup>18</sup> foi desenvolvido por Luciano Garcia Lourenção, em tese de doutorado apresentada em 2009 à Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (SP), intitulada “Qualidade de vida de médicos residentes, aprimorandos e aperfeiçoandos da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP”.

Neste estudo, utilizando o questionário Whoqol-100, o autor avaliou as percepções sobre a qualidade de vida de 120 residentes (39 R1, 25 R2, 38 R3 e 18 R4) de várias especialidades: Clínica Médica (51), Cirurgia Geral (34), GO (12), Anestesiologia (18), Patologia (4) e Acupuntura

(1) e comparou-as com as percepções de 52 aprimorandos e 24 aperfeiçoandos de programas desenvolvidos na área da saúde.

O questionário Whoqol-100 é constituído de 100 perguntas referentes a 6 domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais; os domínios são divididos em 24 facetas, cada uma das quais composta por 4 perguntas. Além das 24 facetas específicas, o instrumento tem uma 25ª faceta composta por 4 perguntas gerais sobre qualidade de vida.

Com relação à qualidade de vida geral, avaliada pelos escores médios das respostas às quatro perguntas sobre qualidade de vida geral, contidas na 25ª faceta, os resultados foram os seguintes:

- Como você avaliaria sua qualidade de vida? R: 64% dos residentes consideraram a qualidade de vida como boa;
- Quão satisfeito(a) você está com a qualidade da sua vida? R: 50% dos residentes revelaram estar satisfeitos com a qualidade de vida;
- Em geral, quão satisfeito(a) você está com a sua vida? R: 70% dos residentes revelaram estar satisfeitos com a vida;
- Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde? R: 60% dos residentes revelaram estar satisfeitos com a saúde.

Com relação aos domínios do Whoqol-100, merecem destaque os seguintes os resultados:

- Os residentes obtiveram menores escores no domínio I (físico). Neste domínio, apresentaram menores escores do que os aprimorandos e aperfeiçoandos nas facetas “energia e fadiga” e “sono e repouso”. Vale destacar que estas facetas apresentaram correlação positiva com o escore médio do domínio físico, sendo que a maior correlação foi para “sono e repouso”, indicando que esta foi a faceta que mais influenciou o escore médio do domínio;
- No domínio II (psicológico), os menores escores, para todos os treinandos, foram encontrados na faceta “sentimentos negativos”, sugerindo dificuldades no enfrentamento/adaptação aos fatores estressantes do treinamento profissional;
- No domínio III (nível de independência), dentro do esperado para uma população jovem, os resultados mostraram que a qualidade de vida foi percebida como

bastante satisfatória, sendo os maiores escores médios encontrados nas facetas “dependência de medicação ou tratamento”, “capacidade de trabalho” e “mobilidade”;

– No domínio IV (relações sociais), os menores escores encontrados foram na faceta “atividade sexual” para residentes e aprimorandos, apontando uma qualidade de vida inferior desses treinandos em relação aos aperfeiçoandos. Os maiores escores para qualidade de vida nesse domínio foram na faceta “relações pessoais”;

– No domínio V (ambiente), observou-se melhor qualidade de vida dos residentes na faceta “transporte” e pior qualidade de vida na faceta “participação em/oportunidades de recreação /lazer”.

Na discussão dos resultados, o autor salienta que os menores escores dos residentes no domínio físico (facetas “energia e fadiga” e “sono e repouso”) evidenciam que os agravos físicos interferem na qualidade de vida, especificamente sobre a falta de energia e satisfação com o sono, o que pode se refletir na qualidade da assistência prestada aos pacientes.

O quinto estudo<sup>19</sup> foi realizado no Paraná, e os autores (Paulo Eduardo Asaiag, Bruno Pertta, Milton de Arruda Martins e Patrícia Tempki) avaliaram a qualidade de vida geral, a qualidade de vida na residência médica e a prevalência de sonolência diurna e da síndrome de *burnout* em médicos residentes do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba.

Nesse estudo, realizado com 136 residentes de diversas especialidades, os autores utilizaram dois instrumentos para avaliar a qualidade de vida: o questionário Whoqol-abreviado e um questionário de autoavaliação no qual o residente atribuía uma nota (de 0 a 10) à sua percepção sobre a qualidade de vida dentro e fora da residência médica.

A sonolência diurna foi avaliada pela escala Epworth, que apresenta oito afirmações sobre sonolência diurna em situações cotidianas. O escore varia numa amplitude de 0 a 24; quanto mais alto o escore, maior a sonolência diurna do indivíduo. Escores até 10 são considerados normais; escores entre 11 e 15 são considerados patológicos; e escores entre 16 e 24 são considerados muito patológicos.

O *burnout* foi avaliado por meio do MBI (*Maslach Burnout Inventory*). Trata-se de um instrumento autoadministrável com 22 questões, que avalia as três dimensões/domínios que constituem o quadro de *burnout* (exaustão

emocional, despersonalização e realização pessoal). Foram adotados os critérios de Maslach: exaustão emocional (alto > 27; médio 19 a 26; baixo < 19); despersonalização (alto > 10; médio 6 a 9; baixo < 6); e realização pessoal (alto > 33; médio 34 a 39; baixo < 40). Os escores destes três domínios são obtidos por meio da soma das respostas das afirmações que compõem o domínio.

Os dados da amostra revelaram o seguinte perfil sociodemográfico: 77 residentes do sexo feminino e 57 do sexo masculino, com idade entre 23 e 31 anos; 41 residentes estavam no primeiro ano de residência (R1), 40 no segundo ano (R2), 30 no terceiro ano (R3), 21 no quarto ano (R4) e cinco no quinto ano (R5). Os grupos R4 e R5, por terem menor número de residentes, foram analisados em conjunto. Quatorze residentes estavam no Programa de Ginecologia e Obstetrícia, 18 no de Pediatria, 14 no de Clínica Médica e 11 no de Clínica Cirúrgica.

A mediana da carga horária de trabalho semanal na residência, sem computar trabalho e plantão extracurriculares, foi de 66 horas (com variação interpercentil de 60-76,3). A média da carga horária foi de  $77,2 \pm 18,3$  horas semanais no grupo R1;  $62,4 \pm 12,6$  no grupo R2;  $58,4 \pm 15,7$  no grupo R3; e  $67,6 \pm 20,9$  no grupo R4-R5. Nas quatro áreas da medicina, o grupo de Ginecologia e Obstetrícia apresentou carga horária de  $78,3 \pm 13,0$ ; Clínica Cirúrgica de  $74,18 \pm 11,50$ ; Clínica Médica de  $67,35 \pm 8,18$ ; e Pediatria de  $66,5 \pm 9,6$  horas semanais.

A nota da autoavaliação da QV na residência médica ( $6,1 \pm 1,6$ ) foi inferior à nota atribuída à QV geral ( $6,8 \pm 1,8$ ). O grupo de residentes de Ginecologia e Obstetrícia ( $5,0 \pm 1,2$ ) apresentou médias inferiores de QV quando comparadas às dos grupos de Pediatria ( $6,3 \pm 1,0$ ) e de Clínica Médica ( $6,4 \pm 1,5$ ).

A análise da qualidade de vida por meio do Whoqol-abreviado mostrou os seguintes escores médios, por domínio: físico ( $61,7 \pm 14,7$ ); psicológico ( $60,6 \pm 14,5$ ); relações sociais ( $65,0 \pm 18,9$ ); ambiente ( $56,8 \pm 11,7$ ). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos, entre os anos de residência e entre as especialidades.

A média dos escores de sonolência diurna foi  $12,6 \pm 4,0$ , sendo considerados patológicos escores superiores a 10. Entre os residentes avaliados, 76% apresentavam índices patológicos na escala de sonolência diurna de Epworth. Foi observada uma diminuição do escore de

sonolência diurna ao longo dos anos do treinamento, sendo maior no grupo R1 e menor no grupo R4-R5. Os maiores escores na escala de sonolência diurna foram encontrados no grupo de residentes do sexo feminino ( $13,2 \pm 8,4$ ) em comparação com o sexo masculino ( $11,9 \pm 3,4$ ) ( $p = 0,05$ ). Não houve diferença estatisticamente significativa entre as especialidades.

Quanto à avaliação do *burnout*, os residentes apresentaram alto nível de exaustão emocional ( $32,1 \pm 8,2$ ) e despersonalização ( $11,0 \pm 6,8$ ), e moderado nível de realização pessoal ( $33,9 \pm 7,0$ ).

Neste estudo, foi encontrada correlação negativa entre a sonolência diurna e os domínios físico, psicológico, relacionamento e ambiente do Whoqol-abreviado. Observou-se também correlação negativa entre os escores de sonolência diurna na escala do Epworth e a nota atribuída à autoavaliação da qualidade de vida na residência médica e correlação positiva entre os escores do Epworth e a carga horária trabalhada.

Nas conclusões do estudo, os autores salientam que:

- Os residentes percebem que a sua qualidade de vida é pior na residência médica do que na sua vida em geral;
- Existe um grande número de residentes com índices patológicos de sonolência diurna;
- A sonolência diurna é maior no grupo de residentes do sexo feminino e nos residentes no primeiro ano (R1);
- A carga horária semanal é diretamente proporcional à presença de sonolência diurna;
- Os residentes apresentam estresse profissional com alto nível de exaustão emocional e de despersonalização, e moderado nível de realização pessoal.

Os autores comentam que, embora o estudo tenha como limitação o fato de ter usado uma amostra restrita a um hospital universitário, é possível que esta mesma realidade seja vivenciada em outras instituições que oferecem residência médica. Destacam que a relevância do estudo está no fato de usar uma metodologia inédita na literatura e que sua maior importância está na potencialidade de motivar discussões e mudanças das práticas educacionais e de trabalho a que se submetem os residentes.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O treinamento na residência médica tem sido considerado na literatura especializada como o melhor sistema

educacional de capacitação profissional e, simultaneamente, um período muito estressante da formação médica. A característica de ser uma fase muito estressante, em especial no primeiro ano, deve-se ao fato de ser um período de imersão plena na atividade profissional, com muitas horas de trabalho, cuidando-se de pacientes em situações assistenciais complexas e, com frequência, de difícil manejo, seja pela gravidade dos quadros clínicos, seja pelas carências e limitações institucionais. Trata-se de um dia a dia caracterizado pelo constante lidar com situações novas, complexas e graves; um período de construção da identidade pessoal e profissional com muitas dúvidas e incertezas.

Por outro lado, várias medidas podem contribuir para garantir a continuidade da aquisição das competências profissionais desejadas e atenuar alguns dos elementos estressores inerentes ao treinamento. Dentre estas medidas, merecem destaque: (a) garantia de supervisão diuturna aos residentes; (b) extinção do regime de 36 horas contínuas de trabalho; (c) instituição da folga pós-plantão; (d) adequação do número de residentes à carga assistencial; (e) valorização da preceptoria/criação de programas de tutoria; (f) garantia institucional de suporte de corpo auxiliar e equipamentos para o trabalho assistencial; (g) criação de programas de atenção à saúde e qualidade de vida dos residentes; (h) criação de serviços de assistência psicológica e psiquiátrica aos residentes; (i) realização de fóruns internos permanentes de avaliação dos programas de residência com a participação ativa dos médicos residentes.

Os trabalhos nacionais arrolados nesta revisão apontam a importância do desenvolvimento de propostas e intervenções visando ao aperfeiçoamento da qualidade do treinamento ofertado aos médicos residentes que, conforme se depreende desses estudos, está indissolivelmente ligado à avaliação da qualidade de vida do residente.

Este processo de aperfeiçoamento deve ser compartilhado por instituições e indivíduos. Assim, se, por um lado, cabe aos órgãos diretivos – Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), Comissões Estaduais de Residência Médica (CERM) e Comissões de Residência Médica (Coreme) – zelar pelo cumprimento das normas vigentes, cabe a cada coordenador de Programa de Residência Médica (PRM) e a cada residente o dever de se empenhar para que a regulamentação não seja violada

por nenhum dos atores envolvidos no cenário do treinamento, incluindo, obviamente, os próprios residentes.

Este processo de compartilhamento das responsabilidades pelo aperfeiçoamento dos PRM por dirigentes institucionais, gestores dos programas e residentes deve abranger também a revisão de algumas normas que necessitam ser repensadas. Entre elas, devemos incluir um debate aprofundado sobre a regulamentação da carga horária semanal de 60 horas estabelecida pela Lei 6.932.

Embora os estudos nacionais revisados sugiram que a carga horária esteja associada com comprometimento da qualidade de vida dos residentes, dados da literatura internacional<sup>20</sup> são inconclusivos sobre os efeitos da redução da carga horária semanal de trabalho na qualidade de vida e no aprendizado dos residentes. Há indícios de que a carga horária semanal necessária para garantir excelência na capacitação profissional seria de 80 horas; este valor, contudo, vale ressaltar, é uma cifra de referência, porque há variações quanto ao número de horas semanais recomendadas para o treinamento nas várias especialidades médicas, como, por exemplo, a necessidade de um treinamento mais extenso e intensivo em especialidades cirúrgicas.

A Associação Brasileira de Educação Médica tem papel relevante a desempenhar neste processo de compartilhamento, seja promovendo o debate e estimulando a pesquisa nas instituições ligadas à formação médica, seja ofertando espaço em suas publicações e documentos, como o faz neste momento, ao editar este Caderno Abem sobre a qualidade de vida do estudante e do residente.

## REFERÊNCIAS

- Adler R, Werner ER, Korsch BM. Systematic study of four years of internship. *Pediatrics*. 1980;66(6):1000-8.
- Rotbart HA, Nelson WL, Krantz J, Doughty RA. The developmental process of residency education: issues of stress and happiness. *Am J Dis Child*. 1985;139:762-5.
- McCue JD. The distress of internship. *N Engl J Med*. 1985;312:449-52.
- Butterfield OS. The stress of residency: a review of the literature. *Arch Intern Med*. 1988; 148(6):1428-35.
- Nogueira-Martins LA, Jorge MR. Natureza e magnitude do estresse na Residência Médica. *Rev Assoc Med Bras*. 1998;44(1):28-34.
- Bellini LM, Baime M, Shea JA. Variation of mood and empathy during internship. *JAMA* 2002; 287:3143-6.
- Nogueira-Martins LA. Residência Médica: estresse e crescimento. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.
- Lourenção GL, Moscardini AC, Soler ZASG. Saúde e qualidade de vida de médicos residentes. *Rev Assoc Med Bras*. 2010;56(1):81-91.
- Carr AJ, Thompson PW, Kirwan JR. Quality of Life Measures. *Br J Rheumatol*. 1996;35:275-81.
- Blay SL, Merlin MS. Desenho e metodologia de pesquisa em qualidade de vida. In: Diniz DP, Schor N, org. *Qualidade de Vida*. Barueri, SP: Manole; 2006.
- Duarte OS, Ciconelli RM. Instrumentos para a avaliação da qualidade de vida: genéricos e específicos. In: Diniz DP, Schor N, org. *Qualidade de Vida*. São Paulo: Manole; 2006.
- Lima FD, Buunk AP, Araujo MJB, Chaves JGM, Muniz DLO, Queiroz LB. Síndrome de Burnout em residentes da Universidade Federal de Uberlândia-2004. *Rev Bras Educ Med*. 2007;31(2):137-46.
- Peterlini M, Tiberio IF, Saadeh A, Pereira JC, Martins MA. Anxiety and depression in the first year of medical training. *Med Educ*. 2002;36(1):66-72.
- Silva GCC, Koch HA, Sousa EG, Gasparetto E, Buys RC. Ansiedade e depressão em residentes em Radiologia e Diagnóstico por Imagem. *Rev Bras Educ Med*. 2010;34(2):199-206.
- Macedo PCM. Avaliação da qualidade de vida em residentes de Medicina da UNIFESP-EPM. São Paulo; 2004. Mestrado [Dissertação] — Universidade Federal de São Paulo—Escola Paulista de Medicina, 2004.
- Oliveira Filho GR. Aquisição de conhecimentos, estratégias de aprendizado, satisfação com o ambiente de ensino e qualidade de vida da médicos residentes de anestesiologia. Um estudo multicêntrico. São Paulo; 2005. Doutorado [Tese] — Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- Oliveira Filho GE, Sturm EJ, Sartorato AE. Compliance with common program requirements in Brazil: its effects on resident's perceptions about Quality of Life and the educational environment. *Acad Med*. 2005;80:90-102.
- Lourenção LG. Qualidade de vida de médicos residentes, aprimorando e aperfeiçoando da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP. São Paulo; 2009. Doutorado [Tese] — Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP.
- Asaiag PE, Perotta B, Martins MA, Tempski P. Avaliação da qualidade de vida, sonolência diurna e burnout em médicos residentes. *Rev Bras Educ Med*. 2010;34(3). No prelo.
- Fletcher KE, Underwood W, Davis SQ, Mangrulkar RS, McMahon LF, Sanjay S. Effects of work hour reduction on residents' lives. A systematic review. *JAMA* 2005;294:1088-100.

## ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rua Borges Lagoa, 564 conj 64  
Vila Clementino – São Paulo  
04038-000 SP  
nogmartins@psiquiatria.epm.br  
nogmartins.luzantonio@gmail.com

---

# Ansiedade e Depressão no Estudante de Medicina: Revisão de Estudos Brasileiros

## *Anxiety and Depression in Medical Students: a Review of Brazilian Studies*

Sergio Baldassin<sup>1</sup>

Palavras-chave: Estudantes de Medicina; Depressão; Ansiedade; Estresse Psicológico; Esgotamento Profissional.

Keywords: Students, Medical; Depression; Anxiety; Stress, Psychological; Burnout, Professional.

---

### INTRODUÇÃO

Desde 2008, uma campanha apresentada ao mundo pelos pesquisadores Vikram Patel, Martin Prince, Jair Mari e Shekhar Saxena<sup>1</sup> parte do princípio “*no health without mental health*”<sup>2</sup> e incentiva a busca social e científica pela saúde mental. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, as condições neuropsiquiátricas (incluindo depressão e uso de álcool e substâncias) representam cerca de 14% do seu *Global Burden Diseases*<sup>3</sup> e lideram as causas de incapacitação, dando especial atenção à população feminina<sup>4</sup>, esta, inclusive, crescente no ambiente médico<sup>5</sup>.

Entretanto, não raramente ainda, estes transtornos são pouco valorizados pela população leiga, pelos estudantes de Medicina e seus formadores, e até pelos profissionais de saúde. Em alguns casos, por falta de conhecimento e treinamento, ou, como acreditamos também ser possível, por serem eles mesmos uma população com maior número de sintomas de ansiedade, depressão<sup>6</sup>, estresse ou burnout<sup>7</sup>.

Desta forma, esta revisão tenta demonstrar que muitos pesquisadores brasileiros concordam quanto à necessidade de estudar o desgaste desta população e de

apontar soluções. Assim, passaremos a expor o que eles pensam nesta pequena revisão.

### MÉTODOS

Foi realizada uma busca nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (<http://regional.bvsalud.org/php/index.php>) com o descritor estudantes de Medicina, combinado com os descritores depressão, ansiedade, estresse e *burnout*, limitados a artigos científicos.

Procedeu-se ainda a uma busca com a mesma combinação de descritores nos resumos do banco de teses (<http://www.capes.gov.br/servicos/banco-de-teses>) no site da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) para trabalhos de mestrado e doutorado.

Após a consulta com os descritores, os resultados foram separados por título e nacionalidade e, posteriormente, mantidos se apresentassem os descritores depressão, ansiedade, estresse e *burnout*.

### RESULTADOS

Foram selecionados 41 artigos de revistas que contivessem estudos brasileiros publicados nas bases da Biblioteca Virtual em Saúde, combinando o descritor estudantes

---

<sup>1</sup> Pós doutorando da Universidade Federal de São Paulo e *Cochrane Collaboration Brazil*; Professor assistente e coordenador da graduação nas Disciplinas de Psiquiatria e de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina do ABC.

de Medicina sucessivamente com os descritores depressão, ansiedade, estresse e *burnout*.

O artigo de revista mais antigo encontrado foi publicado há 23 anos<sup>8</sup> na revista *Pesquisa Médica*, em Porto Alegre. Procurando relacionar estresse e distúrbios do sono por meio da aplicação de questionários próprios a estudantes do internato, conclui que “não chegava a constituir uma patologia”. E o artigo mais recente encontrado<sup>9</sup> avalia qualidade de vida usando o questionário

Whoqol e recomenda a prevenção de *burnout* em um terço dos alunos do primeiro e sexto anos de Medicina. Foi publicado na revista da Associação Brasileira de Educação Médica (Abem).

Para estudar depressão fazendo uso de um questionário específico<sup>10-17</sup>, oito estudos escolheram o Inventário de Depressão de Beck (Quadro 1) e para o estudo da ansiedade<sup>8,13,18-21</sup> seis estudos escolheram o Inventário de Ansiedade de Spielberger (Quadro 2).

**Quadro 1**  
**Estudos brasileiros com estudantes de Medicina para verificar frequência de depressão**

Ano	Autores	Título	Tipo de estudo	N	Prevalência (%)	Revista	Quadro grave (%)	Instrumento
1997	Miyazaki	Psicologia na formação médica: subsídios para prevenção e trabalho clínico com universitários	Transversal	118	–	Tese Lilacs	–	Inventário de Depressão de Beck
2005	Moro <i>et al.</i>	Sintomas depressivos nos estudantes de Medicina da Universidade da Região de Joinville (SC)	Transversal	140	40,7	Rev. Bras. Educ. Med.	2,14	Inventário de Depressão de Beck
2006	Cavestro e Rocha	Prevalência de depressão entre estudantes universitários	Transversal	213	8,9	J. Bras. Psiquiatr.	–	Mini International Neuropsychiatry Interview
2006	Rodrigues <i>et al.</i>	Depressão em alunos de Medicina				Acta Med.		
2007	Fonseca	Depressão no contexto universitário: um enfoque psicossociológico		300	leve e moderada	Tese Capes		Inventário de Depressão de Beck
2007	Abrão <i>et al.</i>	Prevalência de sintomas depressivos entre estudantes de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia	Transversal	224	79	Rev. Bras. Educ. Med.	19,25	Inventário de Depressão de Beck
2007	Aguiar	Prevalência de sintomas de estresse e depressão nos estudantes de Medicina e Odontologia	Transversal	200	23,7	Tese Capes		Inventário de Depressão de Beck e Lipp
2008	Amaral <i>et al.</i>	Sintomas depressivos em acadêmicos de Medicina	Transversal	287	26,8	Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul	1,0	Inventário de Depressão de Beck
2008	Baldassin <i>et al.</i>	The characteristics of depressive symptoms in medical students during medical education and training: a cross-sectional study	Transversal	481	38,2	BMC Med. Educ.	2,3	Inventário de Depressão de Beck
2009	Alexandrino-Silva <i>et al.</i>	Ideação suicida entre estudantes da área da saúde: um estudo transversal	Transversal	56%		Rev. Bras. Psiquiatr.		Inventário de Depressão de Beck
2009	Macedo <i>et al.</i>	Fatores associados a sintomas depressivos entre estudantes de Medicina da Unilus	Transversal	290	23,1	Rev. Bras. Educ. Med.	5,2	Inventário de Depressão de Beck

**Quadro 2**  
**Estudos brasileiros com estudantes de Medicina para verificar ansiedade**

Ano	Autores	Título	Tipo de estudo	N	Prevalência	Revista	Instrumento
1987	Braz <i>et al.</i>	Avaliação dos problemas do sono em alunos do curso de Medicina	Transversal	–	–	Pesqui. Med.	Próprio
2001	Almondes e Araújo	Padrão do ciclo sono-vigília e sua relação com a ansiedade em estudantes universitários	Transversal	37	Da faixa alta de ansiedade	Estud. Psicol.	Inventário de Ansiedade de Spielberger Traço Estado
2003	Baldassin	Níveis, fontes e estratégias de enfrentamento de estresse psicológico entre estudantes de Medicina	Transversal	481	20% na faixa alta	Tese Capes	Inventário de Ansiedade de Spielberger Traço
2006	Falcão	Ansiedade e índice de massa corporal entre adolescentes universitários de Ciências da Saúde da Universidade de Pernambuco	Transversal	634	1,9% na faixa alta	Tese Capes	Inventário de Ansiedade de Hamilton
2006	Baldassin <i>et al.</i>	Traços de ansiedade entre estudantes de Medicina	Transversal	481	79,9% na faixa moderada	Arq. Med. ABC	Inventário de Ansiedade de Spielberger Traço
2008	Zuardi <i>et al.</i>	Redução de ansiedade de estudante de Medicina após reforma curricular	Transversal	307	escores maiores após a reforma curricular	Rev. Bras. Psiquiatr.	Inventário de Ansiedade de Spielberger Traço
2009	Benevides, Pereira e Gonçalves	Transtornos emocionais e a formação em Medicina: um estudo longitudinal	Longitudinal	13	27,8% acima da média na 1ª série e 72,2% na 3ª série	Rev. Bras. Educ. Med.	Inventário de Ansiedade de Spielberger e <i>Maslach Burnout Inventory</i>

Surgiram também estudos sobre distúrbio afetivo e sazonalidade<sup>22</sup>, ansiedade e índice de massa corporal<sup>23</sup>, ansiedade e reforma curricular<sup>20</sup> e abuso no curso médico<sup>24</sup>.

Para os descritores estresse e *burnout* (Quadro 3), o questionário mais utilizado foi o Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp (ISSL)<sup>25,26</sup>. Apenas um usa o *Maslach Burnout Inventory* (MBI)<sup>27</sup>. Surgiram vários estudos que não usam questionários específicos para estresse ou *burnout*<sup>9,28-36</sup>, que tratam de medos, atitudes e

qualidade de vida ou ainda que combinam estresse com uso de drogas<sup>37,38</sup> e tabagismo<sup>39</sup>.

A grande maioria dos estudos é transversal, poucos utilizam amostras de outros cursos na área da saúde<sup>11,23,39-43</sup> ou apresentam resultados piores em outros cursos<sup>14</sup>. E nenhum apresenta estudo com a participação de outras escolas médicas (multicêntricos), comparando-os.

Surgiram também algumas descrições de transtornos mentais em geral<sup>41,44,45</sup> ou que foram diagnosticados no atendimento de alguns serviços<sup>46-51</sup>.

**Quadro 3**  
**Estudos brasileiros com estudantes de Medicina para verificar estresse e burnout**

Ano	Autores	Título	Tipo de estudo	N	Prevalência	Revista	Instrumento
2003	Furtado <i>et al.</i>	Avaliação do estresse e das habilidades sociais na experiência acadêmica de estudantes de Medicina de uma universidade do Rio de Janeiro	Transversal	178	Fase de resistência	J. Bras. Psiquiatr.	Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp (ISSL) e Inventário de Habilidades Sociais (IHS)

Ano	Autores	Título	Tipo de estudo	N	Prevalência	Revista	Instrumento
2005	Guimarães	Estresse e a formação médica: implicações na saúde mental dos estudantes	Transversal	413	57,83%	Tese Capes	Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp (ISSL)
2005	Souza e Menezes	Estresse nos estudantes de Medicina da Universidade Federal do Ceará	Transversal	199	35,4%	Rev. Bras. Educ. Med.	GHQ
2007	Dorea	Avaliação da Síndrome de <i>Burnout</i> no corpo discente de uma faculdade privada de Medicina da Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro	Transversal		–	Tese Capes	<i>Maslach Burnout Inventory – Student Survey</i>
2008	Brito et al.	Medos, atitudes e convicções de estudantes de Medicina de universidade pública da Região Norte, perante as doenças e a morte	Transversal	240	De preocupação com o adoecer	Rev. para Med.	Escala de Atitudes perante a Doença
2009	Aguiar et al.	Prevalência de sintomas de estresse nos estudantes de Medicina	Transversal	200	49,7%	J. Bras. Psiquiatr.	Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp (ISSL)

## DISCUSSÃO

A despeito do interesse pela saúde mental do estudante de Medicina e do reconhecimento do desgaste sofrido durante a formação e treinamento de um médico, os 41 estudos brasileiros encontrados nas bases da BVS não são muitos, se comparados com os 152 encontrados na base Pubmed.

Se acreditarmos que a dificuldade de alguns médicos diagnosticarem transtornos mentais pode ter sua origem já no curso médico, podemos acreditar também que este é um excelente momento para abordá-los, já que também não pode haver saúde sem estudantes de Medicina saudáveis<sup>52</sup>, pois aspectos cognitivos<sup>53,54</sup>, humanos<sup>55</sup> e comportamentais<sup>56</sup> podem ser influenciados por alterações emocionais não tratadas e não necessariamente graves nesta população.

Pensando neste transtornos comuns ou menores e ampliando a busca na BVS usando o descritor transtornos mentais combinado com estudantes de Medicina, encontramos mais 21 estudos brasileiros, sendo a maioria sobre transtornos pelo uso de álcool e outras substâncias. E surgem quatro excelentes estudos, todos usando o instrumento SRQ (*Self Report Questionnaire*), bastante utilizado para a busca de um perfil geral de transtornos.

O primeiro estudo revela 44,7% de frequência de transtornos mentais relacionados a cobranças pessoais e falta de apoio emocional<sup>57</sup>. O segundo encontra 29,6% de frequência de transtornos relacionados a sono e falta de atividade física<sup>58</sup>. O terceiro acha transtornos em 40% de uma amostra de 473 estudantes que destacam cobranças pessoais e se sentem estressados<sup>59</sup>. E o último encontra uma frequência de 37,1% e destaca o fator falta de apoio e timidez em sala de aula<sup>60</sup>. Todos concordam em que estes distúrbios mentais comuns ou menores têm alta prevalência nesta população e deveriam receber mais atenção.

Assim, a busca do equilíbrio psicoemocional destes estudantes deve ser não só uma meta educacional<sup>61</sup>, mas parte do treinamento e da formação de bons profissionais.

Entretanto, é preciso entender que, para conseguir este equilíbrio, não basta corrigir o ensino exclusivo de conceitos essencialmente biomédicos, nem acreditar que será suficiente oferecer cursos de “humanização” que explorem o modelo biopsicossocial. Isto porque esta relação, muitas vezes, está além da substituição de modelos e atitudes adquiridos antes da universidade ou observados, sofridos, reprimidos e estimulados durante o treinamento. Ela implica uma boa saúde mental dos estudantes para poder captar modelos saudáveis.

O próprio número de sintomas de depressão e ansiedade, combinado à carga de estudos e treinamento obsessivo, pode moldar mecanismos doentes de compensação e criar estratégias inadequadas de enfrentamento de dificuldades – o *coping stress*. E, durante este sofrimento, o estudante pode desenvolver atitudes<sup>10,13,25,62</sup> ou estratégias de enfrentamento, como fantasiar (queda de rendimento), buscar alívio (uso de substâncias) ou fugir, especialmente influenciadas pela ocorrência de um número maior de sintomas de depressão e ansiedade.

Esta situação prolongada pode influenciar suas decisões ou o modo de tratar a profissão, com riscos inerentes de contaminação emocional a eles mesmos e a seus pacientes, tratados nos extremos como amigos íntimos ou filhos – a relação tipo mãe-bebê<sup>63</sup> – ou com arrogância<sup>64</sup>, comportamentos que, muitas vezes, podem ser expressões clínicas de estresse psicológico e não apenas um confronto entre modelos biomédicos e sociopsicológicos ou ausência de humanismo.

A falta de cuidados com estes transtornos ansiosos e depressivos durante o treinamento médico e o exercício da profissão pode criar resultados bastante ruins<sup>65</sup> e com os já estabelecidos riscos à saúde pessoal<sup>66,67</sup>, profissional<sup>68</sup> e familiar<sup>69,70</sup>.

Desta forma, durante a graduação, não é raro observar um professor do curso básico que, em geral com maior tempo de reflexão e participação em atividades pedagógicas, vê a correta necessidade de desenvolver no aluno, o futuro profissional, características humanísticas, com uma larga essência democrática, cidadã e às vezes até sacerdotal, abominando comportamentos desequilibrados e de risco, como *binge drinking*, infelizmente não tão raros na população universitária<sup>71</sup>, mas considerados inaceitáveis nos que estudam medicina. Ou mais tarde, durante o curso intermediário ou no internato, um professor, frequentemente médico ativo e especialista, tendo como foco as habilidades operacionais de pronta resposta clínica ou cirúrgica, desconsiderando as necessidades emocionais.

É antiga a preocupação com a saúde dos estudantes de Medicina e suas crises<sup>67,72,73</sup>, e certamente muitos estudos não foram localizados nesta busca nas bases da BVS, como capítulos de livros, artigos não indexados, anais de congressos e comunicações. Entretanto, os pesquisadores desta revisão demonstraram interesses variados pelos inúmeros aspectos que envolvem esta população

universitária, procurando desde causas de estresse até escores de sintomas de depressão e ansiedade.

Existe também uma unanimidade de estudos transversais e não multicêntricos que são pobres e limitados reveladores de causas que indicam uma situação ainda inicial de pesquisas nesta área, criando bases para estudos mais significativos. Mas quando colocamos em ordem de relevância os estudos resultantes para depressão, por exemplo, encontramos quatro estudos brasileiros entre os 11 primeiros.

Quando o assunto é depressão, é quase unânime o uso do Inventário de Depressão de Beck, e para ansiedade o de Spielberger (Traço ou Estado), mas para estresse e *burnout* não há um consenso de instrumentos, o que enfraquece o diagnóstico e a análise comparativa.

Estudos de autores brasileiros publicados em revistas estrangeiras indexadas também ainda são poucos. A revista brasileira mais utilizada para publicação (11) foi a *Revista Brasileira de Educação Médica* (Nível B4 da Capes para Medicina II e B3 para Educação), com fator de impacto não avaliado pelo *Journal Citation Reports* (JCR) em 2008.

Em seguida, vem a *Revista Brasileira de Psiquiatria* (Nível B1 da Capes para Medicina II), com cinco publicações e que tem um fator de impacto JCR = 0,066, considerada a 105ª revista no mundo na subárea de psiquiatria e saúde mental. Em terceiro lugar aparece o *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* (Nível B3 da Capes para Medicina II) com quatro publicações. E a revista de maior impacto foi a *BMC Medical Education*, com fator JCR = 0,130, considerada a segunda revista no mundo na subárea de educação.

No banco de teses da Capes, foram encontrados 17 estudos, sendo dois de doutorado<sup>24,52</sup> e 15 de mestrado<sup>13,18,23,26,27,39,40,42,43,45,74-77</sup>. Entretanto, o primeiro estudo de doutorado<sup>78</sup> bastante completo, que explora sintomas de depressão e de ansiedade e num segundo momento acompanha um caso específico e aborda a importância do serviço de apoio oferecido, foi encontrado na base de dados Lilacs e não entre os resumos da Capes.

## CONCLUSÕES

Os estudos brasileiros sobre sintomas de ansiedade, depressão, estresse e *burnout* ainda são poucos, basicamente transversais e não multicêntricos.

A maioria dos pesquisadores concorda em que estes sintomas são prevalentes durante a formação do médico e influenciam sua maneira de lidar com a profissão, sua própria saúde e seus futuros pacientes.

## REFERÊNCIAS

- Patel V, Garrison P, Jesus Mari J, Minas H, Prince M, Saxena S. The Lancet's series on global mental health: 1 year on. *Lancet*. 2008;372(9646):1354-7.
- Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *Lancet*. 2007;370(9590):859-77.
- Nogueira-Martins LA, Fagnani Neto R, Macedo PCM, Citero VA, Mari JJ. The mental health of graduate students at the Federal University of São Paulo: a preliminary report. *Braz J Med Biol Res*. 2004;37(10):1519-24.
- World Health Organisation. Gender and women's mental health. [online] *Mental Health*; 2008. [Acess 4 jul. 2008]; Available at: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/genderwomen/en/print.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/print.html)
- Associação Brasileira de Educação Médica. Médicos Formados no Brasil 1997 a 2000. Rio de Janeiro: ABEM; 2001. (Série de Documentos da Associação Brasileira de Educação Médica, 14).
- Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Acad Med*. 2006;81(4):354-73.
- Shapiro SL, Shapiro DE, Schwartz GER. Stress Management in Medical Education: a review of the literature. *Acad Med*. 2000;75(7):748-59.
- Braz S, Neumann BRG, Tufik S. Avaliação dos problemas de sono em alunos do curso de medicina. *Pesqui Méd. (Porto Alegre)*. 1987;21(2):95-100.
- Ramos-Dias JC, Libardi MC, Zillo CM, Igarashi MH, Senger MH. Qualidade de vida em cem alunos do curso de Medicina de Sorocaba — PUC/SP. *Rev Bras Educ Med*. 2010;34(1):116-23.
- Abrão CB, Coelho EP, Passos LBS. Prevalência de sintomas depressivos entre estudantes de medicina da Universidade Federal de Uberlândia. *Rev Bras Educ Méd*. 2008;32(3):315-23.
- Alexandrino-Silva C, Pereira MLG, Bustamante C, Ferraz ACT, Baldassin S, Andrade AG, et al. Ideação suicida entre estudantes da área da saúde: um estudo transversal. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009;31(4):338-44.
- Amaral GF, Gomide LMP, Batista MP, Píccolo PP, Teles TBG, Oliveira PM, et al. Sintomas depressivos em acadêmicos de Medicina estudantes da Universidade Federal de Goiás: um estudo de prevalência. *Rev Psiquiatr RS*. 2008;30(2):124-30.
- Baldassin S. Níveis, fontes e estratégias de enfrentamento de estresse psicológico entre estudantes de Medicina. São Paulo; 2003. Mestrado [Dissertação] — Universidade de São Paulo.
- Cavestro JM, Rocha FL. Prevalência de depressão entre estudantes universitários. *J Bras Psiquiatr*. 2006;55(4):264-7.
- Macedo PNAG, Nardotto LL, Dieckmann LHJ, Ferreira YD, Macedo BAG, Santos MAP, et al. Fatores associados a sintomas depressivos entre estudantes de medicina da UNILUS. *Rev Bras Educ Méd*. 2009;33(4):595-604.
- Moro A, Valle JB, Lima LP. Sintomas depressivos nos estudantes de medicina da Universidade da Região de Joinville (SC). *Rev Bras Educ Méd*. 2005;29(2):97-102.
- Rodrigues RS, Santos SCd, Cataldo Neto A, Guilhermano LG. Depressão em alunos de medicina. *Acta Méd. (Porto Alegre)*. 2006;27:374-80.
- Almondes KM. Padrão do ciclo sono-vigília e sua relação com a ansiedade em estudantes universitários. Natal; 2001. Mestrado [Dissertação] — Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
- Baldassin SP, Martins LC, Andrade AG. Traços de ansiedade entre estudantes de medicina. *Arq Med ABC*. 2006;31(1):27-31.
- Zuardi AW, Prota FDG, Del-Ben CM. Redução da ansiedade de estudantes de medicina após reforma curricular. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;30(2):136-8.
- Benevides-Pereira AMT, Gonçalves MB. Transtornos emocionais e a formação em Medicina: um estudo longitudinal. *Rev Bras Educ Méd*. 2009;33(1):10-23.
- Curcio F, Miola G, Lehmen RL, Martinez D. Distúrbio afetivo sazonal em estudantes de medicina de Porto Alegre. *J Bras Psiquiatr*. 1996;45(7):425-8.
- Falcão VTL. Ansiedade e índice de massa corporal entre adolescentes universitários de Ciências da Saúde da Universidade de Pernambuco; 2006. Mestrado [Dissertação] — Fundação Universidade de Pernambuco.
- Costa LSM. Abuso no curso médico e bem estar subjetivo. Rio de Janeiro; 2003. Doutorado [Tese] — Universidade Federal do Rio de Janeiro — UFRJ.
- Furtado ES, Falcone EMO, Clark C. Avaliação do estresse e das habilidades sociais na experiência acadêmica de estudantes de medicina de uma universidade do Rio de Janeiro. *Interação Psicol*. 2003;7(2):43-51.
- Guimarães KBS. Estresse e a formação médica: implicações na saúde mental dos estudantes. Assis; 2005. Mestrado [Dissertação] — Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho — UNESP.
- Dorea MPT. Avaliação da Síndrome de Burnout no corpo docente de uma Faculdade Privada de Medicina da Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; 2007. Mestrado [Dissertação] — Universidade do Estado do Rio de Janeiro — UERJ.
- Avancine MA, Jorge MR. Medos, atitudes e convicções de estudantes de medicina perante as doenças. *Psiquiatr Prat Med (São Paulo)*. 2000;33(1).
- Brito NMB, Homma TK, Santos FS, Bastos FA, Filgueira JPPS. Medos, atitudes e convicções de estudantes de medicina de universidade pública da Região Norte, perante as doenças e a morte. *Rev Para Med*. 2008;22(2):45-52.
- Carvalho VAd. Cuidados com o cuidador. *Mundo Saúde (1995)*. 2003;27(1):138-46.
- Cataldo Neto A, Cavalet D, Bruxel DM, Kappes DS, Silva DOFS. O estudante de medicina e o estresse acadêmico. *Rev Med PUCRS*. 1998;8(1):6-12.
- Colares MFA. As fontes de tensão no curso médico: um estudo psicométrico. Ribeirão Preto; 1999. Mestrado [Dissertação] — Universidade de São Paulo.
- Costa LSM, Pereira CAA. Possibilidades de análise das escalas de afeto positivo e afeto negativo-PANAS: um estudo entre alunos de medicina da Universidade Federal Fluminense. *Arq Bras Psicol*. 2001;53(4):67-81.
- Loureiro EMF, McIntyre TM, Mota-Cardoso R, Ferreira MA. Inventário de Fontes de Estresse Acadêmico no Curso de Medicina (IFSAM). *Rev Bras Educ Méd*. 2009;33(2):191-7.

35. Silva ALP, Teixeira MAA. A angústia médica: reflexões acerca do sofrimento de quem cura. *Cogitare Enferm.* 2002;7(1):75083-.
36. Matos e Souza FG, Menezes MdGC. Estresse nos estudantes de medicina da Universidade Federal do Ceará. *Rev Bras Educ Méd.* 2005;29(2):91-6.
37. Oliveira LG, Barroso LP, Wagner GA, Ponce JC, Malbergier A, Stempliuk VA, et al. Consumo de drogas entre estudantes de medicina em São Paulo, Brasil: influências de gênero e ano letivo. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009;31(3):227-39.
38. Pereyra WJF, Brito AO, Oliveira CHC, Silva FAFRe, Canela GGC, Gontijo GHS, et al. Avaliação do uso de drogas por estudantes de medicina. *Rev Méd Minas Gerais.* 2000;10(1):8-12.
39. Da Silva AM. Tabagismo entre estudantes universitários de ciências da saúde: frequência e conhecimento. Campo Grande; 2009. Mestrado [Dissertação] — Universidade Federal de Mato Grosso.
40. Aguiar SM. Prevalência de sintomas de estresse e depressão nos estudantes de Medicina e Odontologia. Fortaleza; 2007. Mestrado [Dissertação] — Universidade de Fortaleza.
41. Facundes VLD, Ludermir AB. Transtornos mentais comuns em estudantes da área de saúde. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005;27(3):194-200.
42. Fonseca AA. Depressão no Contexto Universitário: um enfoque psicossociológico. João Pessoa; 2007. Mestrado [Dissertação] — Universidade Federal da Paraíba.
43. Volcan SMA. A relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: um estudo transversal em universitários. Pelotas; 2002. Mestrado [Dissertação] — Universidade Católica de Pelotas.
44. Volcan SMA, Sousa PLR, Mari JJ, Horta BL. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Rev Saúde Pública.* 2003;37(4):440-5.
45. Azi LA. Transtornos mentais entre estudantes de Medicina: estudo transversal de uma população. Salvador; 2003. Mestrado [Dissertação] — Universidade Federal da Bahia.
46. Coelho-Lemos ICM, Fiedler PT, Jorge MLSSG, Paciornik EF, Albuquerque GSC, Hauer Júnior A, et al. Processo de implantação de grupo de acompanhamento psicopedagógico em curso de medicina. *Rev Méd Paraná.* 2005;63(2):15-7.
47. Millan LR, Rossi E, De Marco OLN. A procura espontânea de assistência psicológica pelo estudante de medicina. *Rev ABP-APAL.* 1995;17(1):11-6.
48. Fernandez JM, Rodrigues CRC. Estudo retrospectivo de uma população de estudantes de medicina atendidos no ambulatório de clínica psiquiátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. *Medicina (Ribeirão Preto).* 1993;26(2):258-69.
49. Rossetto MÂC, Skawinski LSR, Coelho ACP, Rossetto Júnior JA, Bolla K. Avaliação das características psicológicas dos estudantes de medicina por meio do método de Rorschach. *Psikhe.* 2000;5(2):41-51.
50. Bellodi PL. Retaguarda emocional para o aluno de medicina da Santa Casa de São Paulo (Repam): realizações e reflexões. *Rev Bras Educ Méd.* 2007;31(1):5-14.
51. Millan ER, Souza EN, De Marco OL, Rossi E, Arruda PV. I Encontro Paulista dos serviços de assistência psicológica ao estudante universitário. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo.* 1998;53(3):156-61.
52. Baldassin S. Características dos sintomas de ansiedade, de depressão e estratégias de coping durante o curso médico. São Paulo; 2009. Doutorado [Tese] — Universidade Federal de São Paulo — UNIFESP.
53. Lederman RJ. How to be a Truly Excellent Junior Medical Student. Loma Linda, CA, USA: Tarascon Publishing; 2001.
54. Desai SP, Katta R. 250 Biggest Mistakes 3<sup>rd</sup> Year Medical Students Make. Houston, Texas, USA: MD2B; 2007.
55. De Marco MA. A face Humana da Medicina: do modelo biomédico a modelo biopsicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.
56. Nogueira-Martins LA. Residência Médica: estresse e crescimento. primeira edição ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.
57. Lima MCP, Domingues MdS, Cerqueira ATdAR. Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina. *Rev Saúde Pública.* 2006;40(6):1035-41.
58. Almeida AM, Godinho TM, Bitencourt AGV, Teles MS, Silva AS, Fonseca DC, et al. Common mental disorders among medical students. *J Bras Psiquiatr.* 2007;56(4):245-51.
59. Costa EF, Andrade TM, Silvano Neto AM, Melo EV, Rosa AC, Alencar MA, et al. Common mental disorders among medical students at Universidade Federal de Sergipe: a cross-sectional study. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010;32(1):11-9.
60. Fiorotti KP, Rossoni RR, Borges LH, Miranda AE. Transtornos mentais comuns entre os estudantes do curso de medicina: prevalência e fatores associados Common mental disorders in medical students: prevalence and associated factors. *J Bras Psiquiatr.* 2010;59(1):17-23.
61. Lima-Gonçalves E. Os Objetivos da Educação Médica. *Rev Bras Educ Méd.* 1998;22(2/3):9-18.
62. Zonta R, Robles ACC, Grosseman S. Estratégias de enfrentamento do estresse desenvolvidas por estudantes de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina. *Rev Bras Educ Méd.* 2006;30(3):147-53.
63. Capisano FH. Relação Médico-Paciente. *Bol Psicol.* 1969;11(2):33-9.
64. Coulehan J. On humility. *Ann Intern Med.* 2010;153(3):200-1.
65. West CP, Shanafelt TD. The influence of personal and environmental factors on professionalism in medical education. *BMC Med Educ.* 2007;7:29.
66. Gold MS, Frost-Pineda K, Melker RJ. Physician suicide and drug abuse. *Am J Psychiatry.* 2005;162(7):1390.
67. Meleiro AM. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. *Rev Assoc Med Bras.* 1998 Apr-Jun;44(2):135-40.
68. Nogueira-Martins LA, Fagnani Neto R, Macedo PC, Citero VA, Mari JJ. The mental health of graduate students at the Federal University of Sao Paulo: a preliminary report. *Braz J Med Biol Res.* 2004;37(10):1519-24.
69. Vaillant GE, Sobowale NC, McArthur C. Some psychological vulnerabilities of physicians. *N Engl J Med.* 1972;287(8):372-5.
70. Sotile WM, Sotile MO. The Medical Marriage: Sustaining Healthy Relationships for Physicians and Their Families. Rev. ed. [S. l.]: American Medical Association; 2000.
71. Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. I Levantamento Nacional sobre o Uso de Alcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras. Organizadores Arthur Guerra de Andrade, Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte. Brasília, [São Paulo]: SENAD, GREM/IPQ-HC/FMUSP; 2010.
72. Loreto G. Sobre problemas de higiene mental dos universitários. *Neurobiol* 1958;21(3-4):274:83.
73. D'Andrea FF, Almeida OML. Crise em estudantes de medicina. *J Bras Psiquiatr.* 1988;37(6):313-5.
74. Martins AKL. Círculo de cultura em saúde mental: perspectivas de equipe da estratégia Saúde da Família. Fortaleza; 2009. Mestrado [Dissertação] — Universidade Federal do Ceará.

75. Nogueira TF. Qualidade de vida dos internos de medicina de uma Universidade do Nordeste. Fortaleza; 2009. Mestrado [Dissertação] — Universidade Federal do Ceará.
76. Osório CMdS. Ambigüidade e Incerteza: sua Importância na Formação Médica. Porto Alegre; 2004. Mestrado [Dissertação] — Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
77. Paro HBMDs. Qualidade de vida relacionada à saúde dos estudantes de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia; 2009. Mestrado [Dissertação] — Universidade Federal de Uberlândia.
78. Miyazaki MCdOS. Psicologia na formação médica: subsídios para prevenção e trabalho clínico com universitários. São Paulo; 1997. Doutorado [Tese] — Universidade de São Paulo.

## ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Av. Lauro Gomes, 2000  
Santo André — São Paulo  
09060-650 SP  
spbaldassin@fmabc.br

# Eu Quero, eu Preciso Dormir! Sonolência Diurna do Estudante de Medicina

## *I Want to Sleep! I Need to Sleep! Daytime Sleepiness among Medical Students*

Patricia Tempski e Bruno Perotta

Palavras-chave: Sonolência Diurna; Estudantes de Medicina

Keywords: Daytime Sleepiness; Medical Students

### QUALIDADE DE VIDA É DORMIR.

Estas figuras são representações gráficas dos sentimentos de dois alunos no último dia de aula, que também era o dia da última prova do terceiro período do curso de Medicina. Mais do que representações gráficas, estes desenhos são pedidos de socorro dos meus alunos. O mais preocupante é que cerca de 80% dos alunos assim se representaram, demonstrando sonolência e exaustão física e mental no final do semestre (Figura 1).

A pergunta que devemos fazer frente a isto é: de quem é a responsabilidade neste caso?

Os futuros médicos ingressam num curso longo e de muitas exigências ainda no final da adolescência e são obrigados a assimilar obrigações, conhecimentos, posturas, habilidades e atitudes. A fim de auxiliá-los na

construção do conhecimento, a instituição de ensino lhes oferece um currículo extenso e complexo, e a oportunidade de vivenciar os processos de saúde, doença e morte. Sobrecarregado pelo conteúdo, grade horária em período integral e atividades direta ou indiretamente ligadas ao curso, o estudante de Medicina pode apresentar privação de sono, condição que afeta seu aprendizado, relacionamentos, saúde e qualidade de vida.

Sono não é o oposto de vigília. Para muitos estudantes, ambos representam consciência em diferentes níveis. Entende-se consciência como a capacidade que engloba desde processar informações, selecioná-las e monitorar o ambiente até tomar decisões. O sono não é um período de inconsciência ou insensibilidade total, é um estado em que há redução da capacidade de



FIGURA 1 — Representações gráficas de alunos do terceiro período do curso de Medicina

processar os eventos do ambiente. O cérebro permanece em funcionamento, mas em nível de consciência diferente. O sono é necessário à manutenção da saúde física, mental e psicológica. Experimentos com privação de sono demonstraram que existe uma progressiva deterioração mental, psicológica e física, que inclui mudanças de humor, diminuição da coordenação motora e da capacidade de raciocínio, problemas de memória e da fala, alucinações, paranoia e danos físicos, como alterações de batimentos cardíacos e temperatura corporal. O sono participa da homeostase do organismo. É uma função vital, como comer e beber, necessária à sobrevivência.

O termo *sonolência* é usado como propensão a cochilar ou dormir quando se intenciona permanecer acordado e deve ser distinguido da sensação de cansaço e fadiga. A sonolência diurna excessiva é considerada um problema de saúde pública, pois afeta 12% da população e está correlacionada com acidentes de trânsito e de trabalho, problemas de relacionamento e diminuição da qualidade de vida, além de problemas cardiovasculares.

As principais causas de sonolência excessiva são a obstrução de vias aéreas (apneia obstrutiva), mais comum na população idosa, e a privação de sono, mais comum em jovens. A sonolência diurna pode ser medida com testes objetivos e subjetivos. O MSLT (*multiple sleep latency test*) é atualmente um dos testes mais utilizados, feito de forma objetiva, em laboratório. A Escala de Sonolência Diurna de Epworth foi idealizada por Murray Johns (1991), como uma opção ao MSLT, muito extenso, caro e demorado para um teste de rotina (Quadro 1). Desde então, vem sendo usada como ferramenta para avaliação da sonolência diurna, tendo sido validada e adaptada para diferentes culturas ou idiomas. Trata-se de uma escala simples, autoadministrável, com oito afirmações sobre a tendência à sonolência diurna em situações cotidianas. Atribui-se às respostas uma pontuação (0, 1, 2 e 3), cuja soma resulta no escore final, que mede o nível de sonolência diurna. A Escala de Epworth deve ser respondida levando-se em conta o modo de vida do entrevistado nas últimas semanas. Consideram-se normais escores até 10; patológicos, escores entre 11 e 15; e muito patológicos, entre 16 e 24. Escores acima de 16 indicam alto nível de sonolência diurna, encontrados em pacientes com narcolepsia, obstrução de vias aéreas e hipersonia idiopática.

### Quadro 1

#### Escala de Sonolência Diurna de Epworth, na versão traduzida e validada em português pelo Centro de Estudo e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (Ceisuc), Laboratório de Estudos de Patologia de Sono (LEPS) do Centro Hospitalar de Coimbra (2001)

Qual a probabilidade de você "cochilar" ou adormecer nas situações apresentadas a seguir? Procure separar da condição de se sentir simplesmente cansado(a). Responda pensando no seu modo de vida nas últimas semanas. Mesmo que você não tenha passado por alguma dessas situações recentemente, tente avaliar como se comportaria frente a elas. Utilize a escala apresentada a seguir para escolher o número mais apropriado para cada situação.
0 – Nenhuma chance de cochilar 1 – Pequena chance de cochilar 2 – Moderada chance de cochilar 3 – Alta chance de cochilar
Sentado e lendo.
Vendo televisão.
Sentado em lugar público sem atividades (sala de espera, cinema, teatro, reunião).
Como passageiro de trem, carro ou ônibus, andando uma hora sem parar.
Deitado para descansar à tarde, quando as circunstâncias permitem.
Sentado e conversando com alguém.
Sentado calmamente, após o almoço, sem álcool.
No carro parado por alguns minutos durante o trânsito.

A Escala de Sonolência Diurna foi denominada escala de Epworth por ter sido desenvolvida no centro de distúrbios do sono do Epworth Hospital, em Melbourne. O primeiro estudo, com 180 indivíduos, encontrou a média dos escores de  $5,9 \pm 2,2$ . Um estudo subsequente avaliou 104 estudantes de Medicina da Monash University Medical School, tendo encontrado como média de escores para esse grupo de  $7,6 \pm 3,9$ . A média de escores da Escala de Epworth de 616 estudantes do curso de Medicina na Universidade de São Paulo investigados por Alóe<sup>1</sup> foi  $10,0 \pm 3,7$ .

Outro estudo, feito na Universidade de Brasília em 1997, avaliou a sonolência diurna de 172 estudantes de Medicina do primeiro ao décimo período, no início e no final do semestre. Utilizando-se a Escala de Sonolência Diurna de Epworth, observou-se que, no início do semestre, 39,5% dos estudantes apresentavam sonolência diurna excessiva,

com escores acima de 10. No grupo sem sonolência diurna, 22% dos estudantes desenvolveram sonolência diurna no final do semestre. Houve um aumento da média de escores do grupo de  $9,4 \pm 4,1$  para  $10,7 \pm 4,0$  no final do semestre. Os pesquisadores analisaram ainda as notas desses estudantes e afirmaram que os mais sonolentos não obtiveram notas mais altas que seus colegas sem sonolência diurna, supondo que os primeiros tivessem mais horas de estudo em detrimento das horas de sono.

*“Você acaba de fazer um plantão e ainda tem que estudar pra prova, você não consegue reter nada. Daí você fica com sono, fica estressada porque você não conseguiu aprender. Você não dorme, não estuda, não faz nada.”*  
(aluna 22 anos)

Segundo a literatura, a privação do sono em estudantes de Medicina reduz a capacidade de raciocínio em testes de memória, linguagem e matemática. A privação do sono piora também a capacidade de retenção de informações, resolução de problemas, concentração, atenção visual e interpretação de eletrocardiogramas. Ocorrem ainda alterações do humor, depressão e menor motivação.

Neste sentido, estamos realizando um estudo com 171 estudantes de Medicina para avaliar o impacto da sonolência diurna nas habilidades sociais (HS) dos estudantes (assertividade, autoestima, comunicação/desenvolvimento social, autoexposição a desconhecidos/situações novas e autocontrole da agressividade). Dados preliminares nos mostram que a média dos escores na Escala de Epworth foi  $10,6 \pm 3,8$  e que 49,1% dos estudantes apresentam sonolência diurna, sendo que 11% dos estudantes têm escores muito patológicos. Estes estudantes com escores muito patológicos de sonolência diurna apresentaram queda da habilidade social de autoexposição a desconhecidos e a situações novas. Este dado é importante, uma vez que, frequentemente, durante sua formação, o estudante, está exposto a desconhecidos e a situações novas.

Johns<sup>2</sup>, analisando 104 estudantes do quarto ano do curso de Medicina, constatou que houve correlação entre notas acadêmicas e alguns hábitos de sono, como qualidade do sono e hora de acordar durante a semana e no fim de semana. Estudantes com melhores notas acordavam mais cedo durante a semana e nos fins de semana, e tinham melhor qualidade do sono que estudantes com notas mais baixas.

Nossa experiência com sonolência diurna dos estudantes de Medicina está na sua interface com a qualidade de vida. Na tese de doutorado “Avaliação da qualidade de vida do estudante de Medicina e da influência exercida pela sua formação acadêmica”, além da qualidade de vida e do ambiente de ensino, foi avaliada a presença de sonolência diurna em 800 estudantes, oriundos de 75 escolas médicas brasileiras, matriculados do primeiro ao sexto ano.

A média geral da Escala de Sonolência Diurna de Epworth encontrada foi  $10,56 \pm 3,78$ . Observou-se que 48,1% desses estudantes apresentavam escores superiores a 11, sendo 10,3% acima de 16, considerados pela literatura como patológicos e muito patológicos, respectivamente. Houve prevalência maior de escores patológicos no sexo feminino (66,1%) do que no masculino (54,8%,  $p = 0,002$ ). Não houve diferença significativa entre os escores no decorrer do curso médico.

Os escores encontrados em nosso estudo são muito superiores aos encontrados no estudo com estudantes australianos, porém mesmo esses resultados são superiores à média de sonolência diurna de indivíduos fora do curso de Medicina ( $5,9 \pm 2,2$ ). Por se tratar de um grupo jovem, acredita-se que a sonolência diurna acentuada em estudantes de Medicina pode estar relacionada à privação de sono. Esta pode se dever a várias razões, entre elas a extensa carga horária do curso, o que é tradicional nas escolas médicas brasileiras, alcançando médias superiores a 34 horas semanais. Além do excesso de carga horária, há também o amplo conteúdo a ser estudado e as atividades complementares ao curso, que obrigam o estudante a diminuir suas horas de sono.

Além desses fatores intrínsecos à vida acadêmica, o estudante de Medicina contemporâneo, sendo um “nativo digital”, já incorporou ao seu cotidiano as tecnologias de comunicação e pesquisa, utilizando o ambiente virtual durante várias horas por dia, o que encurta ainda mais suas horas de sono. O uso intenso da internet e do computador, sobretudo nos anos mais recentes, pode também ser uma das razões das diferenças encontradas nos dados acima, se analisados de uma perspectiva cronológica quanto às épocas em que foram produzidos.

Em nosso estudo ficou evidente o impacto da presença de sonolência diurna na qualidade de vida do estudante. Observamos que os estudantes com escores patológicos de sonolência diurna apresentavam queda dos escores dos domínios físico, psicológico e ambiental do

Whoqol-abreviado. Estes estudantes também atribuíram notas inferiores a sua qualidade de vida na autoavaliação.

Posteriormente ao estudo com estudantes, realizamos um estudo com 140 residentes do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba. Encontramos médias de escores da Escala de Epworth ainda maiores que nos estudantes ( $12,6 \pm 4,0$ ), sendo que 76% apresentavam índices patológicos. Ao longo dos anos da residência médica, observou-se diminuição do escore de sonolência diurna, que era maior no grupo RI ( $14,1 \pm 3,9$ ) e nas residentes do sexo feminino ( $13,2 \pm 8,4$ ) em comparação com o sexo masculino ( $11,9 \pm 3,4$ ) ( $p = 0,05$ ). Observou-se ainda que os escores de sonolência diurna têm correlação positiva com as horas de trabalho semanais.

A privação do sono em estudantes de Medicina, residentes e médicos é interpretada como símbolo de dedicação à profissão. Em curto prazo, parece aumentar a produtividade tanto nos estudos como no atendimento. A longo prazo, entretanto, provoca queda da produtividade e das habilidades sociais, déficit cognitivo, desmotivação, desordens psiquiátricas menores, enfim, prejuízo da saúde geral e da qualidade de vida.

A responsabilidade neste caso certamente não é apenas do estudante ou do residente, mas também da instituição de ensino, que deveria oferecer programas de prevenção e promoção da saúde, bem como manter serviços de suporte ao estudante e ao residente que possam garantir espaço de acolhida e apoio durante a formação profissional.

## OBRAS CITADAS

1. Alóe F, Pedroso A, Tavares SM. Epworth Sleepiness Scale Outcome in 616 Brazilian Medical Students. *Arq Neuropsiquiatr*. 1997;55(2):220-26.
2. Johns MW, Dudley HAF, Masterton JP. The sleep habits, personality and academic performance of medical students. *Med Educ*. 1976;10:158-62.

## OBRAS CONSULTADAS

- Coren S. *Ladrões do sono*. Rio de Janeiro: Ed. Cultura; 1998.
- Del Prette A, Del Prette ZAP. *Psicologia das Relações Interpessoais Vivências para o Trabalho em Grupo*: Petrópolis: Vozes; 2007.
- Del Prette ZAP, Del Prette A. *Inventário de Habilidades Sociais: manual de aplicação, apuração e interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.

Fiedler-Tempski, P. *Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica*. São Paulo; 2008. Doutorado [Tese] — Universidade de São Paulo.

Fleck MP, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr*. 1999;21(1):19-28.

Fleck MPA, org. *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2008.

Hidalgo MP, Caumo W. Sleep disturbances associated with minor psychiatric disorders in medical students. *Neurol Sci*. 2002;23:35-9.

Johns M. A New Method for Measuring Daytime Sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale. *Sleep*. 1991;14(6):540-45.

Johns M. Reliability and factor analysis of the epworth sleepiness scale. *Sleep*. 1992;15(4): 376-81.

Johns M. Sleepiness in different situations measures by the Epworth sleepiness scale. *Sleep*. 1994;17(8):703-10.

Landrigan CP, Rothschild JM, Cronin JW, Kaushal R, Burdick E, Katz JT, et al. Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. *N Engl J Med*. 2004;351:1838-48.

Martins LAN. Natureza e magnitude do estresse na residência médica. *Rev Ass Med Bras*. 1998;44(1):28-34.

Moreira WW. *Qualidade de vida: complexidade e educação*. Campinas: Papyrus; 2001.

Oliveira Filho GR, Sturm EJ, Sartorato AE. Compliance with common program requirements in Brazil: its effects on resident's perception of quality of life and the educational environment. *Acad Med*. 2005;80(1):98-102.

Parkerson GR, Broadhead we, Tse CJ. The health status and life satisfaction of first-year medical students. *Acad Med*. 1990;65(9):586-7. WHOQOL Group. Development of the World Health Organization.

Scott J. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. *Educação e Realidade*. 1995;20(2):71-99.

Whoqol-Bref quality of life assessment. *Psychol Med*. 1998;28(3): 551-8.

Whoqol Group. The World health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*. 1995;10: 1403-09.

## ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Faculdade Evangélica do Paraná.  
Rua, Padre Anchieta, 2770  
Bigorrihlo — Curitiba  
80730-000 PR  
patriciatempski@hotmail.com

---

# Psicanálise e Educação Médica: o que Significa ser um Estudante Saudável?

## *Psychoanalysis and Medical Education: What does it Mean to be a Healthy Student?*

*Katia Burle dos Santos Guimarães<sup>1</sup>*

Palavras-chave: Psicanálise; Educação Médica; Saúde Mental.  
Keywords: Psychoanalysis; Medical Education; Mental Health.

---

O Ministério da Saúde adverte: estudar Medicina faz mal à saúde. Será essa brincadeira uma verdade? Vamos pensar...

Saudável, aquele que tem saúde. Saúde tem sua origem no latim e significa “salvação”, “conservação da vida”. No dicionário Aurélio, saúde é definida como um “estado do indivíduo cujas funções orgânicas, físicas e mentais se acham em situação normal”<sup>1</sup>. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde é “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consistindo somente na ausência de uma doença ou enfermidade”<sup>2</sup>.

Portanto, a partir desses conceitos, como se poderia pensar no que significa ser um estudante de Medicina saudável? E qual a relação da Psicanálise com essa questão?

Talvez uma primeira indagação seja em relação ao estudante de Medicina.

Há particularidades em relação à saúde do estudante de Medicina que o diferenciam de outros estudantes universitários? Se há, em que nível encontramos tais diferenças?

Desde o início do século passado, trabalhos científicos mostram que o estudante de Medicina apresenta alta incidência de estresse. As exigências durante o período universitário exercidas sobre esses estudantes são muito grandes. Privações dos mais diferentes níveis aconte-

cem: do sono, das horas de lazer, da atividade física, do contato com a família e tantas outras<sup>3</sup>.

Para a maioria dos pesquisadores, isto se deve também ao conteúdo do curso e aos inúmeros aspectos emocionais que permeiam essa formação. Dentre eles, a quebra da onipotência frente à dificuldade de curar, a impotência diante de dificuldades sociais, o contato íntimo e frequente com a morte, as projeções dos pacientes e as inúmeras identificações introjetivas (por vezes maciças e exitosas), assim como a falta de tempo para outras atividades que não as acadêmicas, a competição no futuro mercado de trabalho, o medo de não conseguir fazer uma residência médica e tantos outros<sup>3-5</sup>.

A Psicanálise, disciplina estabelecida por Sigmund Freud, traz a mais completa e sofisticada formulação para a compreensão dos fenômenos psíquicos. Desde 1895, quando escreveu o trabalho intitulado “Projeto para uma psicologia científica”, esse autor trouxe inúmeros conceitos fundamentais para o entendimento e a apreensão do psiquismo humano. A construção da teoria sobre o funcionamento do aparelho mental, em especial a formulação sobre a existência do Inconsciente, bem como da metapsicologia, e a identificação da transferência formam os pilares da Psicanálise<sup>6</sup>.

Para fins didáticos, podemos dissecar a formação do aparelho mental segundo a teoria descrita por Freud da seguinte maneira: inicialmente, temos o modelo conhe-

---

<sup>1</sup> Psiquiatra do Núcleo de apoio Psicológico e Psiquiátrico ao discente da Faculdade de Medicina de Marília.

cido como primeira tópica, que divide a mente em consciente, pré-consciente e inconsciente, sendo este último o lugar ao qual o ser humano não tem acesso diretamente e onde ficam as pulsões e os desejos mais obscuros<sup>7</sup>. Esta foi a grande descoberta de Freud: identificar que quem governa nossa vida é o Inconsciente.

Também considera que houve três grandes quebras no narcisismo humano: a primeira quando Galileu publicou e defendeu a teoria do heliocentrismo; a segunda quando Darwin criou a teoria da evolução das espécies; e a terceira quando Freud postulou que o Inconsciente governa nossa vida.

O modelo estrutural, conhecido como segunda tópica, fala sobre três instâncias psíquicas, denominadas Ego, Id e Superego, cuja tradução literal do alemão equivaleria, respectivamente, a eu, isso e superego.

O Ego é a instância psíquica responsável por colocar o ser humano em contato consigo mesmo e com o mundo no qual está inserido, possuindo aspectos conscientes e inconscientes. Tem também a função de mediar os desejos advindos do Id e a censura do Superego. O Id, totalmente inconsciente, seria a instância onde estão as pulsões de vida e de morte. O Superego, instância responsável pela censura interna e externa, herdeiro do Complexo de Édipo, é aquele que incorpora o ideal de ego e a consciência moral<sup>8</sup>.

Como consequências dessas duas primeiras tópicas, apresentam-se as questões dinâmicas. Os conflitos advindos da oposição entre a pulsão de vida e a pulsão de morte colocarão as instâncias psíquicas em contraposição. O conflito daí resultante produzirá ansiedade, e o sinal de desencadeamento da ansiedade colocará em ação os mecanismos de defesa. Também vale a pena citar a presença da libido, nome dado à energia psíquica ligada à pulsão de vida, presente em todas as etapas do desenvolvimento humano<sup>9</sup>.

Além disso, outros autores também trouxeram e ainda trazem suas contribuições à psicanálise.

Vale destacar Melanie Klein, que se dedicou ao conceito de projeção e de introjeção, mostrando que as primeiras identificações do ser humano começam logo no nascimento e que um ego rudimentar vai estabelecendo as relações objetais que formam a psique humana<sup>10</sup>. Também trouxe como importante contribuição, além das relações objetais primitivas, o conceito de posições evolutivas: a posição esquizoparanoide, presente logo

no nascimento do bebê, e a posição depressiva. Ambas permanecem presentes no funcionamento psíquico do ser humano ao longo de toda a vida, sendo a primeira representada por momentos nos quais há um sentimento perseguidor, apesar de a situação real não evidenciar isto, o que leva o indivíduo a uma condição de divisão interna, e a segunda, quando o indivíduo consegue uma integração do pensamento.

Dando continuidade às investigações psicanalíticas, um médico inglês, chamado Wilfred Bion, trouxe importantes contribuições. Dentre elas, a formação do aparelho mental, em especial a formação do pensamento. Segundo a teoria de Bion, o bebê é possuidor de elementos beta, que seriam partes estilhaçadas do psiquismo e que, por meio do contato amoroso com a mãe, projetaria nela esses elementos e receberia novamente, por meio da identificação introjetiva, os elementos alfa, que seriam então a base para a formação da função alfa<sup>11</sup>, responsável pela capacidade do ser humano de pensar os próprios pensamentos. Seguindo a teoria kleiniana, Bion afirma que a mente humana oscila o tempo todo entre PS e D, ou seja, entre as posições esquizoparanoide e depressiva. Ora o indivíduo está menos integrado, portanto funcionando na posição esquizoparanoide, ora na posição depressiva, encontrando-se mais integrado. Falhas no desenvolvimento de um aparelho para lidar com pensamentos podem ser evidenciadas em personalidades psicóticas.

E por último, porém não menos importante, gostaria de citar outro médico, cuja formação inicial foi em Pediatria, Donald Woods Winnicott. Trouxe como contribuição os conceitos de mãe suficientemente boa e de objeto transicional. A função materna seria aquela que ajudaria o bebê a se desenvolver, e a mãe suficientemente boa seria a que soubesse identificar as necessidades emocionais e físicas de seu bebê. E o objeto transicional seria uma forma de o bebê, utilizando algum objeto real, poder representar sua mãe, que dele se afasta em determinados momentos. Esse “substituto” terá a função de representação materna até que o bebê consiga simbolizar a mãe mesmo na ausência dela – mecanismo que ocorrerá mais adiante, quando seu aparelho mental tiver recursos para simbolização<sup>12</sup>.

Atualmente, vários autores continuam contribuindo com o desenvolvimento da Psicanálise, mas, por ora, ficaremos apenas com esses conceitos fundamentais para a

compreensão do psiquismo humano, a fim de auxiliar na compreensão de como a Psicanálise pode contribuir para o entendimento dos fenômenos psíquicos e auxiliar na manutenção da saúde mental do estudante de Medicina.

A Psicanálise fornece subsídios para pensar de que maneira a realidade do estudante de Medicina pode ser compreendida e o que poderia ser feito para que eles percebessem suas necessidades e a melhor maneira de lidar com elas. Cada um tem suas particularidades e suas capacidades, que vêm como um material previamente adquirido. Conhecendo esses recursos, haveria a possibilidade de reconhecer os mecanismos de que o estudante de Medicina poderia dispor para enfrentar as dificuldades inerentes ao curso.

Ao chegar à faculdade, o jovem vivencia uma experiência de prazer e medo. Prazer por ter conquistado uma vaga tão sonhada e que requer muita dedicação aos estudos, pois a disputa é acirrada. Medo, por iniciar uma nova fase da vida. Ainda tão perto da infância, terminando a adolescência e já iniciando uma formação que, para a maioria, exigirá dedicação integral pelo resto de suas vidas, tanto para exercer a profissão quanto para se manter atualizado.

Além disso, para a maioria, adaptar-se a uma nova cidade, morar longe dos pais não costuma ser tarefa simples. Nessa fase, o acolhimento é essencial. A participação das escolas, bem como dos veteranos, pode tanto auxiliar quanto perturbar essa fase de adaptação.

Os estudantes trazem seus sonhos, o altruísmo e também a onipotência. Acreditam que vão salvar o mundo e que nada poderá lhes acontecer. Aí começam as primeiras avaliações e eles vão entrando em contato com a realidade, desfazendo as fantasias onipotentes e começando a perceber que as coisas não são tão fáceis quanto imaginavam.

Um segundo momento marcante é o terceiro ano, em geral quando as situações clínicas remetem a si próprios ou a entes queridos. O estudante começa a achar que tem todas as doenças que estuda. Nas escolas onde a metodologia utilizada é a aprendizagem baseada em problemas, esse momento costuma ter início no segundo ano.

Outra fase bem distinta que se apresenta ao longo da formação médica é o início do Internato. É no quinto ano que eles começam a ter contato diário com os doentes, em nível tanto hospitalar quanto ambulatorial, de modo

mais íntimo e constante. Aí as experiências vivenciadas contêm muita projeção e identificação introjetiva.

Isto se pode observar por meio da escuta psicanalítica num serviço de atendimento psicológico e psiquiátrico ao estudante de Medicina. Por exemplo, consideremos a fala de um estudante do quinto ano: “Diz a lenda que o PS deixa todo mundo louco”.

Sem dúvida, há inúmeras possibilidades de interpretação dessa fala. Desde a constatação da deficiência de recursos materiais e humanos de um pronto-socorro público, da falta de docentes, do excesso de plantões, das inadequadas acomodações físicas, tanto para o paciente quanto para o exercício da Medicina, entre outras, até a queixa por mecanismos inconscientes envolvidos. O que chama a atenção é a forma como a maioria deles chega ao serviço de atendimento psicológico e psiquiátrico: acabados, desabando, sem saber direito o porquê.

Quando começamos a mostrar os aspectos projetivos presentes numa situação como a descrita no parágrafo anterior, parece que eles voltam a respirar. Como se fossem novamente resgatando a própria vida e, desfazendo-se de tal projeção, voltam a pensar. Alguns deles chegam a questionar a função dos docentes. Verbalizam o desejo de tê-los mais presentes e em condições de identificar tais projeções.

Numa situação como essa, de pronto-socorro, requer-se a prontidão, em todos os níveis, para socorrer alguém, sem saber quem nem como essa pessoa vai chegar. De repente, pode ser um idoso no qual eles enxerguem um avô, ou um homem enfartando, semelhante ao pai, ou uma mulher com aborto espontâneo, tal qual a irmã – enfim, estar “pronto” nem sempre os colocará numa condição de socorrer alguém, quiçá a si mesmos, uma vez que a projeção e a identificação introjetiva se estabelecem no momento do encontro.

Em pesquisa realizada em 2003 na Faculdade de Medicina de Marília, que utiliza como metodologia de ensino a aprendizagem baseada em problemas, observou-se que os estudantes do segundo ao sexto anos apresentavam presença de estresse, com significância estatística diferente da dos estudantes do primeiro ano. As referências mostram resultados semelhantes mesmo em escolas que utilizam o chamado método tradicional de ensino<sup>3</sup>.

Por que então essa dificuldade, uma vez que o método parece não ter importância para o aparecimento de

estresse? Pelo conteúdo do curso médico e tudo aquilo que ele contém. O contato com a morte, com a impotência, com as projeções maciças, com a limitação diante das atrocidades sociais, com a limitação do sistema de saúde, com o sofrimento do próximo leva o futuro profissional a deparar-se com sua condição humana, tão limitada.

Outra vinheta clínica: um estudante perdeu subitamente seu pai durante os anos de formação, e, durante o Internato, ao se deparar com o início do estágio no pronto-socorro, viu-se paralisado, com vários sintomas de ansiedade. Ao chegar, relatou: “Não sei se vou conseguir enfrentar essa situação. Acho que se chegar um paciente enfartando, como meu pai, eu não conseguirei nem ficar na sala de emergência. Não consigo nem dormir só de pensar nessa possibilidade”.

Ter o medo identificado e nomeado possibilitou que ele desfizesse as projeções, reduzisse os sintomas e realizasse seu estágio no pronto-socorro. Por isso, ter um lugar específico dentro das escolas médicas, um serviço de atendimento psicológico e psiquiátrico, com um profissional disponível para ouvi-los torna a tarefa menos dolorosa. A possibilidade de nomear os sentimentos e conseguir separar o que pertence a ele mesmo daquilo que é projeção ajuda a manter a mente em condições de pensar seus próprios pensamentos, a se organizar do ponto de vista cognitivo, intelectual, e de se preparar para exercer a medicina de maneira ética.

Shapiro, Schwartz e Bonner pesquisaram como reduzir o estresse do estudante de Medicina. Afirmaram que o estresse não apenas tinha consequências no bem-estar pessoal do estudante, como também poderia interferir na sua atuação profissional por reduzir sua qualidade fundamental, o humanismo<sup>13</sup>.

Como o ser humano é indivisível, tanto a saúde física quanto a saúde mental dos estudantes deveriam ser contempladas no período de formação. O contato com o sofrimento humano, com a morte, com sua impotência e ignorância é causa de estresse e pode 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.

Pensando na questão inicial, seria possível um estudante de Medicina ter uma vida saudável?

Tanto para ele quanto para qualquer outra pessoa, segundo a OMS, não seria, uma vez que isto inclui o bem-estar social. Se desse referencial fizer parte a preocupação com a comunidade onde o indivíduo convive, ninguém, e não apenas um estudante de Medicina, teria saúde vendo tantas pessoas morrendo de fome, de frio, vivendo em condições subumanas.

Entretanto, se pensarmos especificamente nos aspectos diretamente relacionados à formação médica, pode-se ter uma luz no fim do túnel. Pelo que foi exposto neste ensaio, o estudante de Medicina necessita de condições adequadas para sua formação. Tanto de moradia adequada, quanto de atividade física, horas de lazer e, sobretudo, de um espaço onde possa identificar os mecanismos inconscientes presentes em seu dia a dia. Ainda que não seja por meio de psicoterapia psicanalítica ou de psicanálise, pelo contato com docentes que possam ajudá-lo a enxergar com clareza esses movimentos e desfazer a identificação projetiva, caso exista.

Todavia, como visto anteriormente, a Psicanálise fornece subsídios para pensar de que maneira a realidade do estudante de Medicina pode ser compreendida e o que poderia ser feito para que ele perceba suas necessidades e a melhor maneira de lidar com elas. Cada qual com suas particularidades e capacidades, que vêm como um material previamente adquirido. Conhecendo esses recursos, haveria a possibilidade de identificar os mecanismos de que o estudante de Medicina poderia dispor para enfrentar as dificuldades inerentes ao curso.

O contato com docentes que possam ser bons modelos e a troca com seus pares são fundamentais para a formação saudável do futuro médico. Além disso, “o que nos faz bons médicos não é a ciência, é a cultura... que nos lapida, nos torna iluminados para o cotidiano. Nos ajuda a escolher palavras e atos”<sup>14</sup>. Por isso, é importante o contato com a música, pintura, literatura, cinema e atividade física. E, somada a todos esses recursos, temos a psicoterapia psicanalítica como um dos meios para que o estudante de Medicina possa ter uma vida saudável.

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<sup>15</sup>.

Diante disso e do que foi exposto, faz-se necessária, cada vez mais, a criação de serviços de atendimento psi-

cológico e psiquiátrico nas escolas médicas. É possível que haja estudantes de Medicina saudáveis, mas, para isso, os aspectos emocionais desses estudantes precisam ser contemplados em sua formação médica.

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, ao se formar, poderá estar apto do ponto de vista tanto cognitivo quanto emocional.

Olhando o estudante de Medicina por esse ângulo, 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 à formação médica.

Vale lembrar que o humanismo é um instrumento terapêutico poderoso. Entretanto, o incentivo ao estudante para vir a se conhecer por meio de um trabalho psicoterápico ainda é incipiente.

## REFERÊNCIAS

1. Saúde. In: Ferreira, ABH. Novo dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. p. 1556.
2. Organização Mundial de Saúde. [documento online]. [acesso 21 ago 2010]. Disponível em: <http://www.who.int/en>
3. Guimarães KBS. Estresse e a formação em Medicina: implicação na saúde mental dos estudantes. Assis, SP; 2005. Mestrado [Dissertação] – Universidade Estadual Paulista – UNESP.

4. Arruda PCV. As relações entre alunos, professores e pacientes. In: Millan LR, De Marco OLN, Rossi E, Arruda PCV. O universo psicológico do futuro médico: vocação, vicissitudes e perspectivas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999. p. 43-73.
5. Millan LR, De Marco OLN, Rossi E, Millan MPB, Arruda PV. Alguns aspectos psicológicos ligados à formação médica. Rev. ABP/APAL. 1991;13(4):137-42
6. Freud S. Projeto para uma psicologia científica In: Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1976. v.2.
7. Freud S. O Inconsciente. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1976. v.14.
8. Freud S. O ego e o id. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1976. v.19.
9. Freud S. 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.
10. Klein M. Contribuições à psicanálise. São Paulo: Mestre Jou; 1981.
11. Bion WR. Elementos de psicanálise. Rio de Janeiro: Imago; 2004.
12. Winnicott DW. O brincar & a realidade. Rio de Janeiro: Imago; 1975.
13. Shapiro SL, Schmartz GE, Bonner G. Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. J. Behav. Med. 1998;21(6):581-99.
14. Martins JMC. Jaculatórias: sugestões para o dia a dia do médico. Brasília: Conselho Federal de Medicina; Curitiba: Conselho Regional de Medicina do Paraná; 2009. p. 33.
15. Nogueira-Martins LA. Residência médica: um estudo prospectivo sobre dificuldades na tarefa assistencial e fontes de estresse. São Paulo; 1994. Doutorado [Tese] — Escola Paulista de Medicina.

## ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Av. Cascata, 123  
 Marília – São Paulo  
 17515-300 SP  
[katiabg@terra.com.br](mailto:katiabg@terra.com.br)

---

# Eu, Diretora de uma Escola Médica, e o Bem-estar do Estudante de Medicina

## *Me, Myself as Dean of a Medical School, and My Students' Well-being*

Maria Luisa Carvalho Soliani<sup>1</sup>

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Psicologia; Currículo  
Keywords: Quality of Life; Psychology; Curriculum.

---

### INTRODUÇÃO

A expressão qualidade de vida invadiu nossas vidas. Não importa onde estejamos, sempre aparecerá alguém nos instando a buscá-la. Mas o que isto efetivamente significa? O conceito, inicialmente utilizado por filósofos, políticos e cientistas sociais, foi “desumanizado” pela medicina, que passou a usá-lo de forma mais limitada, referindo-se somente às condições de saúde ou às intervenções médicas. No entanto, ele é muito mais amplo. Para o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.”<sup>1</sup>. Este grupo desenvolveu um instrumento multidimensional para medi-la, considerando os domínios físico, psíquico, do nível de independência, das relações sociais, do meio ambiente e dos aspectos religiosos. Podemos pensar em qualidade de vida, então, como a interação de um conjunto de fatores, os quais, num determinado momento, podem produzir uma sensação de bem-estar ou, quem sabe, de mal-estar. Esta percepção tem um forte componente subjetivo, embora as condições objetivas internas ou externas possam ser mais ou menos propícias.

Sendo assim, o que a diretora de uma escola de Medicina poderia fazer pelo bem-estar de seus estudantes?

Minha experiência como diretora da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, uma escola privada sem fins lucrativos, principiou em dezembro de 2001, quando fui eleita. Acredito que colaborou para isto o fato de, no ano de 1999, termos iniciado um movimento de mudanças curriculares que levou à criação da Comissão Permanente de Melhoria de Ensino, em 2000, da qual fui presidente. Mas a história começa bem antes.

### A PRÉ-HISTÓRIA

Em 1978, entrei para a escola como professora auxiliar da disciplina de Psiquiatria, então oferecida aos alunos do quinto ano. A partir de 1986, quando se iniciou o Internato em dois anos, a disciplina passou para o quarto ano. Nos primeiros tempos, levávamos para a sala de aula os pacientes do ambulatório ou do hospital do Centro de Saúde Mental Mario Leal para que os alunos os entrevistassem, seguindo um modelo de entrevista psiquiátrica clássica. Em seguida, discutíamos os casos. Eram, em sua maioria, pacientes psicóticos. Mais tarde, começamos a pedir que os estudantes entrassem em pequenos grupos na área de internamento do Centro (o que era extremamente persecutório) e tentassem entrevistar os pacientes. A partir desta experiência, fomos deixando de trazer os pacientes para a sala e começamos a fazer *role-playing* do papel de “médico que atende

---

<sup>1</sup> Mestre em Teoria Psicanalítica, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

loucos”, discutindo, além dos casos, das hipóteses diagnósticas e dos possíveis tratamentos, os sentimentos e atitudes que estes pacientes despertavam nos alunos. Desta forma, surgiram os medos e preconceitos que a loucura mobiliza. Dos loucos, passamos, quase sem perceber, a discutir também os sentimentos em relação aos pacientes atendidos em outros estágios, em outros hospitais, nos plantões de emergência. Apareceram, também, as dificuldades na relação com outros professores e outras disciplinas.

Posteriormente, esses encontros semanais de duas a três horas de duração, num total de quatro para cada turma de 25 alunos, foram transferidos para uma sala fora do Centro e continuaram a ocorrer até 1998. Não havia roteiro nem temas previamente escolhidos. O grupo trazia o “material” para as discussões e *role-playings*. Este “estágio” passou a ser muito esperado pelos alunos. Um grupo contava para o outro, e havia grande expectativa em relação a ele. Muitas turmas solicitaram que se criassem grupos permanentes, com encontros regulares pelo período de um ano, ou mesmo por todo o curso médico.

Por que uma coisa aparentemente tão simples, tão pouco pretensiosa revestiu-se de tanta importância? Talvez porque nesses encontros passamos a falar muito mais do médico que do paciente, das “doenças” dos alunos que das doenças dos doentes, dos seus sintomas, dos seus medos, das suas crenças, da sua ignorância sobre si mesmos e sobre outros ramos das ciências e da vida. Passamos a conversar sobre o que é ser médico, sobre que especialidades médicas pensavam seguir. Falamos em seus projetos, em suas famílias, em seus preconceitos, nas relações que estabeleciam entre si, nos problemas que tinham com os professores e com o curso. Oferecemos, enfim, um espaço para se expressarem e se ouvirem. Começamos a discutir o que é ciência e a filosofar sobre grandes temas: O que é a verdade? Que conceito de homem cada um tem? O que é a vida? Qual o lugar da religião? Existe a alma? Para que serve a agressividade? Somos bons? Ou será que somos maus? Ou bons e maus? Já desejamos matar alguém? Conversamos sobre a morte. Tudo muito rápido, superficial, mas parece que suficiente para indicar que existiam mais caminhos a percorrer até que se tornassem bons médicos, além dos oferecidos pela escola.

A partir deste trabalho grupal no qual tivemos sempre o cuidado de não oferecer um enquadramento psico-

terapêutico, no sentido clássico, atuando exclusivamente no papel profissional, começaram a aparecer muitos alunos em busca de psicoterapia, alguns com queixas específicas e outros com o discurso de que precisavam se conhecer melhor. Alguns desses estudantes foram acompanhados no consultório privado, inclusive nos dois anos de internato.

Durante esse período, foi possível observar e acompanhar os futuros médicos em momentos cruciais da formação e ver surgir várias dificuldades e problemas desencadeados pelo contato com o paciente e sua dor, com a loucura e a morte. Sintomas e sinais como angústia, depressão, sensação de impotência, agressividade com não percepção da própria raiva, deslocada para o paciente, desejo de abandonar o curso, diminuição da autoestima, frustração, abuso de álcool, rivalidade com colegas, compulsividade, diminuição de cuidados consigo mesmo, com abandono de atividades físicas e esportivas e não observação das necessidades de sono, alimentação, férias e cuidados médicos, atitudes autodestrutivas, queixas de cansaço permanente e de insônia, sentimentos de culpa e ideias de suicídio.

De modo geral, esperava-se que as crises desaparecessem sozinhas, com o passar do tempo. As tentativas de solução poderiam basear-se em modelos de identificação com outros médicos, professores e colegas. De acordo com as possibilidades de cada um, surgiam mecanismos de defesa: sentimentos de onipotência ou frieza e indiferença, ou ainda negação dos próprios sentimentos e desejos, negação da morte, por medo da dor que ela desencadeia, manifestando-se pela dificuldade de falar dela com o paciente e familiares, pelas tentativas de prolongar a vida sem possibilidade de sucesso, por falar só dos seus aspectos biológicos. O abandono do curso, a necessidade de dominar todo o conhecimento, o paciente tratado como objeto e não como um sujeito com poder sobre seu próprio corpo, a negação da própria morte e da possibilidade de adoecimento, oposta à hipochondria do início, estariam incluídos também nesta categoria. Eles haviam pensado muito pouco sobre o porquê de suas escolhas profissionais, incluindo a da especialidade, baseada, muitas vezes, numa relação transferencial com determinado professor.

As observações realizadas com os grupos de estudantes, e também com os alunos e médicos que foram meus pacientes, propiciaram os elementos para as pro-

postas posteriores de intervenção no curso de Medicina e serviram de subsídio para meu mestrado em Teoria Psicanalítica que se configurou numa dissertação intitulada *O mal-estar na medicina: reflexões sobre o ser e o fazer médicos*<sup>2</sup>. Nela foram utilizados os subsídios teóricos e epistemológicos da teoria freudiana, principalmente os conceitos de pulsões de vida e pulsões de morte (sobretudo sob a forma de pulsões agressivas e destrutivas), de sentimento de culpa e de desamparo e a afirmação de Freud de que a civilização e o sujeito se desenvolvem de forma semelhante, buscando em seu percurso a mesma coisa: a utilidade e a obtenção do prazer<sup>3,4</sup>. Tomando-se esta afirmação como pressuposto, o lugar do médico e do estudante de Medicina seria estranho e paradoxal, pois propiciaria um encontro permanente com a dor, o sofrimento e a morte evitado pelas outras pessoas. No trabalho, foi possível comparar estes achados com os de outros pesquisadores que referem a escolha da profissão de médico ao processo de identificação, a fantasias onipotentes, ao narcisismo e à rigidez superegoica, e chegar a conclusões semelhantes às de outros estudos, como os de Millan<sup>5</sup>, Kohl<sup>6</sup> e Notman<sup>7</sup>. Os dados provenientes da literatura científica e de outras publicações médicas e não médicas apontavam na mesma direção: um grande mal estava instalado entre os médicos e estudantes de Medicina.

A formação vinha sendo questionada dentro e fora das escolas médicas em vários países do mundo, e no Brasil discutiam-se as novas diretrizes curriculares. Um novo perfil de médico estava sendo traçado e, para atingi-lo, era preciso promover mudanças curriculares a partir desses novos valores, habilidades e atitudes, sendo consenso que não só os conteúdos programáticos deviam ser repensados em seus aspectos qualitativo e quantitativo, mas, principalmente, a forma como se organizavam e eram transmitidos e assimilados. Três pontos chamavam a atenção nos projetos de mudança: a insistência na reincorporação de aspectos “humanísticos” na formação médica, com especial atenção à relação médico-paciente; a importância de passar e adquirir conhecimentos de maneira integrada; a necessidade imperiosa de o médico cuidar de si mesmo. Todos eram consequência da percepção geral de uma crescente tecnologia da medicina, da fragmentação dos conteúdos danosa ao aprendizado e ao conhecimento, e da preocupação com a saúde física e mental dos estudantes e médicos diante, dentre

outros indicadores de adoecimento, do alto índice de suicídios. Com base nas pesquisas e discussões, ficava claro que havia necessidade de uma mudança na formação profissional, de modo que o médico pudesse estar mais bem preparado para lidar com o mal-estar dos doentes e com seus próprios mal-estares desencadeados pela dor, pelo sofrimento e morte de seus pacientes, além daquele mal-estar inerente a todo ser humano em sua relação consigo mesmo e com os outros.

Estes estudos e experiências serviram de embasamento para as discussões pedagógicas na Escola Bahiana e as mudanças que começaram a ser realizadas a partir de 2000, num amplo processo de reconfiguração curricular, com o objetivo explícito de melhorar a qualidade de ensino e a qualidade de vida dos estudantes de Medicina, de forma indissociável. Eles foram responsáveis pela introdução do pensar psicanalítico na prática pedagógica da escola, pela ampliação da Psicologia Médica para todo o currículo médico, como um dos eixos sobre o qual se dá a formação do aluno, pela criação do Núcleo de Atenção Psicopedagógica (NAPP) e do Serviço de Supervisão Pedagógica, trazendo para a realidade dos professores e alunos novas maneiras de ser, pensar e fazer.

## O LUGAR DO NAPP

O NAPP foi pensado, inicialmente, como um Núcleo de Atendimento Psicopedagógico, com função exclusivamente assistencial, no modelo de outros serviços existentes. Mas, sete meses após o início de suas atividades, em setembro de 2000, percebeu-se que ele tinha possibilidades muito mais amplas, e suas ações podiam se direcionar também para a prevenção, a promoção da saúde e o desenvolvimento de potencialidades. Seu nome foi então alterado para Núcleo de Atenção Psicopedagógica, tornando-se responsável, além da assistência, por programas de apoio e orientação voltados para alunos e professores, em busca também de melhor qualidade de vida. O eixo norteador de todas as suas atividades é a compreensão da importância dos aspectos subjetivos implícitos na formação profissional e que envolvem o sujeito, o grupo, a instituição e o processo de ensino-aprendizagem. A equipe conta com pedagogos, psicopedagogos, psicólogos e psiquiatra, e desde o início apoiou o processo de reconfiguração curricular. Com o amadurecimento, o NAPP passou, então, a ter

como objetivos a promoção da saúde mental mediante ações preventivas e assistenciais para a comunidade acadêmica envolvida na formação profissional; o estímulo a projetos culturais que impliquem a convivência dos estudantes com a diversidade biopsicossocial; a assessoria aos cursos de graduação em consonância com o Projeto Pedagógico Institucional, buscando estratégias psicopedagógicas específicas para cada um; o enriquecimento do processo de formação profissional de acordo com as novas tendências pedagógicas, na perspectiva da complementaridade e colaboração entre os saberes; a criação de espaços de reflexão sobre a realidade contemporânea a partir da formação profissional; a realização de pesquisas que contribuam para implementação dos seus objetivos, fazendo convergir áreas de conhecimento que fundamentam a psicopedagogia<sup>8</sup>.

Os serviços do Núcleo podem ser demandados por busca espontânea de um sujeito ou de um grupo ou, ainda, por indicação de vários atores da comunidade acadêmica, como os coordenadores de curso, ou pelo Serviço de Supervisão Pedagógico.

O NAPP é também um dos responsáveis pela organização das Mostras Científicas e Culturais, pelos Encontros e Fóruns Pedagógicos da Bahiana e pelas Semanas de Recepção aos Calouros – Os Novos da Bahiana, nas quais faz um acolhimento em pequenos grupos, por curso, para ouvir as motivações pessoais para a escolha do curso, as dúvidas, incertezas e medos, promovendo a interação entre os recém-chegados.

## **O LUGAR DO SERVIÇO DE SUPERVISÃO ACADÊMICO-PEDAGÓGICO**

O Serviço de Supervisão Acadêmico-Pedagógico, no bojo do movimento das reformas curriculares, foi criado, em 2001, com o objetivo de oferecer aos alunos de Medicina um acompanhamento pedagógico semelhante ao existente nas escolas de ensino fundamental e médio. Na época, não havia nenhuma referência de serviços dessa ordem no ensino superior. O trabalho começou com uma única pedagoga disposta a escutar diariamente os alunos em suas demandas, mobilizadas, inclusive, pelas mudanças em curso. Atualmente conta com cinco profissionais, entre pedagogos e psicopedagogos, sendo um pedagogo exclusivo para o Internato, trabalhando nos hospitais.

O propósito era oferecer aos alunos e professores um acompanhamento diário do processo de ensino-aprendizagem, dando suporte pedagógico às atividades e às relações entre discentes, docentes e pessoal técnico-administrativo, identificando os problemas e buscando soluções. Quando necessário, os familiares dos alunos podiam ser ouvidos e orientados. Os atendimentos poderiam ser individuais ou grupais.

Assim, o papel do supervisor pedagógico de ensino superior foi sendo delineado e mais bem entendido a partir do pressuposto de que ele não deveria se limitar ao controle ou ao repasse de técnicas, mas deveria oferecer uma verdadeira assessoria didático-pedagógica diante dos problemas educacionais cotidianos, possibilitando momentos de reflexão teórico-prática. Esta escuta privilegiada de professores e alunos, aos poucos, também foi possibilitando identificar problemas de ordem psíquica e emocional, dificuldades relacionais, conflitos grupais e problemas interpessoais trazidos tanto pelos próprios alunos como por seus colegas e professores que percebem o que está acontecendo e solicitam orientação e ajuda, ampliando, assim, o papel do supervisor. Dependendo do caso, o aluno é acolhido e encaminhado para atendimento pelo NAPP. Outras vezes, os professores são orientados a dar o suporte necessário. Algumas vezes, a turma é trabalhada para ajudar o aluno. Muitas vezes, apenas a orientação do supervisor é suficiente. O mesmo ocorre em relação aos professores, que também têm a possibilidade de serem cuidados em suas dificuldades não só pedagógicas como relacionais e psíquicas. Com o passar do tempo, inclusive, criou-se uma rede de professores capazes de detectar estas situações e ajudar no encaminhamento desses estudantes para atendimento.

A Supervisão aqui construída terminou aliando ao papel tradicional das supervisões escolares de ensino médio e fundamental, mais voltada ao atendimento aos professores, o papel de orientação de alunos, realizada nestas escolas pelo orientador escolar. Além disso, o Serviço acabou funcionando como um local de triagem porque, a partir de problemas pedagógicos trazidos pelo aluno, o atendimento pode propiciar o aparecimento dos problemas emocionais e psíquicos subjacentes que se encontram encobertos e permite identificar aqueles que precisam de uma interferência mais profunda. Esses casos são encaminhados ao NAPP, embora este também

atenda às demandas feitas diretamente a ele pelo corpo discente ou docente. O caminho inverso também existe, e os alunos atendidos pelo NAPP são acompanhados pela Supervisão em suas necessidades acadêmicas. A Supervisão, portanto, faz a intersecção entre professores, alunos, coordenação de curso e NAPP. Outra função da Supervisão é participar dos Conselhos de Série, um dos órgãos da administração acadêmica, instituído regimentalmente.

## O LUGAR DA PSICOLOGIA MÉDICA

Embora o ano 2000 seja o marco inicial do processo de reconfiguração curricular, a primeira possibilidade de mudança na Psicologia Médica surgiu em 1998. A Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública foi pioneira na inserção de conteúdos de Psicologia no currículo médico. Desde sua criação, em 1952, já tinha a disciplina de Psicologia, com carga horária de 15 horas, no segundo ano do curso, ministrada pelo professor titular de Psiquiatria. Esta disciplina se manteve de 1954 a 1969. Em 1970, foi incluída na disciplina de Propedêutica, ministrada no terceiro ano, como Psicologia Médica, permanecendo, porém, independente, sob a coordenação do referido professor. Em 1998, pela primeira vez, dois psicólogos passaram a fazer parte dela, o que possibilitou um novo enfoque, com discussões mais subjetivas sobre a construção das anamneses.

A partir de 2000, com o início da reforma curricular e a aposentadoria do professor titular, tendo eu assumido a coordenação da disciplina, pudemos ampliar os momentos de contato com os alunos e os temas da Psicologia Médica para o primeiro, segundo, terceiro e quarto anos, mudando também a metodologia utilizada e acabando com as aulas expositivas, uma das grandes queixas dos alunos. Naquele ano, criamos as disciplinas de Desenvolvimento do Papel Profissional I, no primeiro ano, e II, no quarto ano; Psicologia Médica: intervenções clínicas, no quarto ano; e uma atividade optativa para o sexto ano, que acabou não acontecendo por falta de interessados. Separamos a Psicologia Médica da Propedêutica, aumentando a carga horária no terceiro ano. Depois, em 2001, desenvolvemos as Psicologias Médicas I, II, III e IV. Em 2002, introduzimos Desenvolvimento do Ciclo de Vida e continuamos desdobrando e aprimorando os conteúdos e as habilidades e competências que os

alunos e médicos devem possuir no que diz respeito, em especial, à relação médico-paciente, com tudo o que ela implica em termos de conhecimentos teóricos e habilidades de relação interpessoal, com especial atenção ao autoconhecimento.

A proposta era propiciar aos alunos, num eixo transversal, discussões sobre o papel do médico, as dificuldades na construção desse papel, a relação médico-paciente, a comunicação interpessoal, a escolha profissional, a importância do autoconhecimento, inserindo a questão da subjetividade na matriz curricular. Ao mesmo tempo, deveríamos instrumentalizá-los para que o conhecimento e a exploração dos aspectos psicológicos a partir da anamnese e da história de vida possibilitassem uma compreensão para além dos aspectos biológicos, com consequências reais no diagnóstico e tratamento. Esta preocupação acabou levando a uma reaproximação com a Propedêutica/Semiologia Médica, e o trabalho, no segundo semestre do terceiro ano, começou a ser feito em conjunto, no mesmo espaço e momento, pelos professores das duas disciplinas.

Iniciamos também uma espécie de grupo Balint com esses alunos. A necessidade de propiciar ao estudante a possibilidade de experimentar e discutir, em grupo, os temas propostos obrigou-nos a utilizar metodologias ativas, em especial no primeiro ano, usando técnicas de trabalho em grupo, como o psicodrama. No segundo ano, em Desenvolvimento do Ciclo de Vida, utilizamos jogos, e os alunos começaram a produzir um livro – o Livro da Vida –, aprendendo sobre as diversas fases a partir de um recontar de suas próprias histórias. No quarto ano, o trabalho hoje é feito a partir de uma reflexão pessoal sobre o que é ser médico e as dificuldades de lidar com a morte. Atualmente, temos Psicologia Médica, no primeiro ano, Desenvolvimento do Ciclo de Vida no segundo ano, Semiologia Mental I e II no terceiro ano e Psicodinâmica da Clínica Médica no quarto ano. Precisávamos que nossos alunos experimentassem, vivenciassem mais do que teorizassem sobre as questões subjetivas envolvidas na formação e na relação com os pacientes.

## METODOLOGIA DE AÇÃO

Desde o início estava claro que a melhoria da qualidade do ensino só teria sentido e se concretizaria se ligada à preocupação com o bem-estar dos estudantes.

Para isso, era preciso trabalhar em três direções. Uma levaria a uma reconfiguração do currículo, baseada em princípios bem definidos que permitiriam, entre outras coisas, a melhoria da qualidade de vida dos estudantes e também dos professores. Este trabalho seria conduzido pela Comissão Permanente de Melhoria de Ensino. A outra levaria à criação de estruturas para a escuta e atenção permanentes aos alunos e professores. Neste sentido, foram implantados o Núcleo de Atenção Psicopedagógica (NAPP) e o Serviço de Supervisão Acadêmico-Pedagógico. E uma terceira implicava mudanças de infraestrutura física.

O trabalho de reconfiguração curricular pode ser dividido em duas fases. A primeira inicia-se em 1999, com um embrião do que viria a ser a Comissão Permanente, durante a qual alunos e professores foram mobilizados para realizar um diagnóstico inicial, embasado em um relatório do diretório acadêmico sobre os problemas existentes. As reuniões eram semanais e detectaram um conjunto de pontos problemáticos ligados a: horários das disciplinas; cargas horárias; fluxogramas invertidos devido a uma única entrada dos alunos; conteúdos programáticos superpostos; lacunas de conteúdos; conteúdos muito extensos; falta de interação entre as disciplinas, tanto horizontal quanto verticalmente; falta de interação entre professores; métodos e materiais inadequados aos objetivos propostos; aulas práticas com problemas de professores efetivamente envolvidos e com dificuldades na aquisição de materiais; grande concentração de disciplinas em alguns semestres, principalmente no quarto ano; internato sem uma estrutura que permitisse aprendizado adequado, com dificuldades inclusive no acompanhamento, avaliação e gerenciamento por parte da escola; professores desmotivados; professores mal preparados, sem conhecimento de didática; professores com problemas comportamentais (sádicos, autoritários, agressivos, etc.); professores sem conhecimento da matéria; professores sem titulação; ausência de acompanhamento didático-pedagógico.

Essas discussões resultaram num conjunto de mudanças simples, algumas de caráter administrativo, que poderiam melhorar rapidamente a vida dos alunos, tal como a reorganização de horários, e outras mais complexas, que foram implementadas posteriormente, no primeiro e segundo semestres de 2000, inclusive com a criação de novas disciplinas, como Desenvolvimento do

Papel Profissional, Metodologia Científica, Biossegurança e Saúde da Família.

A segunda fase do trabalho de reconfiguração curricular começa em junho de 2000, com a contratação de uma Assessoria Pedagógica e a consolidação da Comissão Permanente, composta por professores, coordenador de curso, assessoria pedagógica e, posteriormente, diretor da escola. É apresentada e aprovada uma Proposta de Intervenção Pedagógica, tendo como suportes; (a) a Minuta das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina que, em 2001, se transforma na Resolução CNE/CES nº 4º; (b) o Paradigma da Complexidade, que propõe a busca do pensar, do ser e do saber complexo, contextualizado e conectado, integrado, interdependente, na busca da superação da fragmentação existente; (c) a Inteligência Geral – “uma cabeça bem feita” –, que propõe, em vez do acúmulo de saber, o desenvolvimento de uma aptidão geral para abordar e tratar problemas com princípios organizadores que possibilitem fazer a ligação dos saberes, dando-lhes sentido, ambos de Edgar Morin<sup>10,11</sup>. Nesta fase, a Comissão propôs-se a: (1) mobilizar todos os professores para as mudanças curriculares necessárias, colocando-os como autores das mesmas; (2) fazer o corpo docente compreender que as mudanças eram importantes não só para a melhoria da qualidade de ensino, mas também para a melhoria da qualidade de vida dos alunos e professores, e que ambas estavam intimamente ligadas; (3) oferecer suporte pedagógico para as transformações, contratando pedagogos e oferecendo capacitação, com leitura de textos e discussões sobre educação; (4) estabelecer um cronograma de reuniões pedagógicas.

Esta segunda fase pode ser subdividida em seis etapas. A primeira, de julho a dezembro de 2000, teve como ponto de partida o I Encontro Pedagógico com o tema “A Formação Médica”. Ele contou com a participação de 130 professores, além de representantes estudantis. Seu objetivo foi trabalhar sobre a Minuta das Diretrizes para definir o perfil profissional do médico que queríamos formar. Dentre os valores, atitudes, habilidades e competências arrolados, três se destacavam pela relação direta com qualidade de vida: perceber os próprios limites individuais e profissionais; comunicar-se consigo mesmo e com o outro enfaticamente, administrando as próprias emoções e sentimentos; realizar autocuidado, zelando pela sua saúde física e mental, e seu bem-estar como

cidadão e profissional. Foram realizadas também quatro reuniões pedagógicas com os docentes do primeiro ao quarto ano. Em função deste novo perfil, detectaram-se lacunas didático-pedagógicas que necessitavam de intervenções.

Na segunda etapa, de setembro a dezembro de 2000, os docentes avaliaram sua prática pedagógica, trocaram experiências e socializaram suas dificuldades. Foram revistas as ementas e objetivos, e selecionados os conteúdos, dando-se início a conexões entre os conteúdos de algumas disciplinas, evitando-se, assim, repetições desnecessárias. Foram realizadas reuniões e organizaram-se grupos de estudo sobre avaliação. Esta fase culminou com o II Encontro Pedagógico, cujo tema foi “Avaliação: Expectativas e Possibilidades”, do qual participaram 147 docentes, do primeiro ao sexto ano, além de pessoal do corpo técnico-administrativo, convidados e representantes do corpo discente. As novas práticas propostas, coerentes com o projeto de reconfiguração, foram confrontadas com as práticas realizadas até então.

A terceira etapa ocorreu de abril a dezembro de 2000. Trabalharam-se propostas de ações interdisciplinares com o objetivo de os professores se comprometerem com o desmonte da fragmentação do pensamento e do conhecimento, com base no paradigma da complexidade, estruturando as possibilidades futuras de construção do pensar/ser/conhecer conectado, contextualizado e integrado. Discutiram-se textos informativos sobre conteúdos de ensino e conhecimento em rede. Foram realizadas 26 reuniões pedagógicas e o III Encontro Pedagógico com o tema “Tecendo Conexões no Currículo do Curso Médico” para ampliar e socializar as redes de conexões interdisciplinares com o objetivo de superar o isolamento das disciplinas. Participaram 110 docentes, pessoal técnico-administrativo, palestrantes convidados e representantes estudantis<sup>12</sup>.

A quarta etapa ocorreu de fevereiro a novembro de 2002, com reuniões e ações voltadas para o fortalecimento e monitoramento das ações e dos projetos interdisciplinares desencadeados, para o papel dos procedimentos metodológicos (o como fazer), para avaliação interdisciplinar, além do IV Encontro Pedagógico com o tema “Currículo Médico em Discussão”, com a participação de convidados da Famema e da Unicamp. Foi possível avaliar o currículo da escola em comparação com os das outras duas. Participaram do evento 90 do-

centes, corpo técnico-administrativo e estudantes, que promoveram uma mesa-redonda específica. Em 2002, também teve início a dupla entrada dos alunos, com a cada semestre. Isto possibilitou a organização do fluxograma das disciplinas na mesma sequência para todos os grupos de discentes.

A quinta etapa, de fevereiro a junho de 2003, iniciou-se com o V Encontro Pedagógico, com dois temas para discussão: “Diretrizes Norteadoras do Projeto Político-Pedagógico” e “Reconfiguração Curricular do Curso Médico”. Nele foi discutida e aprovada a primeira versão do Projeto Político-Pedagógico do Curso, construído coletivamente de 2000 a 2003, além de terem sido levantadas expectativas sobre novas ações para o projeto de capacitação docente. Em seguida, foram feitas reuniões de maio a junho com o objetivo de trabalhar o relatório do V Encontro para estudo e análise do projeto político-pedagógico e da reconfiguração curricular realizada, com discussão sobre os módulos da reconfiguração curricular por série, observando-se a necessidade de maior comprometimento e entrosamento entre os docentes vinculados aos módulos. Foram propostas novas ações de capacitação, com leitura comentada de documentos e textos, bem como a criação de um Núcleo de Educação Médica, que acabou não se concretizando. Mas a assessoria pedagógica organizou o Programa de Educação Continuada, com foco no desenvolvimento humano e profissional dos professores.

A sexta etapa começou em setembro de 2003 e foi até o final de 2004, com a sistematização dos núcleos curriculares a partir de uma revisão e ampliação dos módulos existentes. Os núcleos se organizaram por grupos de disciplinas possíveis de serem alvo de integração, conectados por eixos temáticos, estudo de sistemas, patologias e projetos integrados por interdisciplinaridade e transversalidade, a partir de três reuniões iniciais. Alguns núcleos começaram a desenvolver sua função pedagógica de forma mais independente, enquanto outros entraram em fase de aquecimento. Nesta etapa, a proposta foi acompanhar a prática pedagógica cotidiana dos grupos por meio da metodologia da ação/reflexão/ação. Em resposta às demandas, foi oferecida uma oficina sobre Aprendizagem Baseada em Problemas, um curso de extensão de didática e prática para o ensino superior, além de palestra sobre ética como conteúdo transversal. Houve inúmeras reuniões para construir ementas, obje-

tivos, seleção de conteúdos integrados interdisciplinarmente, indicação de procedimentos metodológicos mais adequados e de critérios, formas e instrumentos de avaliação mais pertinentes, com oferta de fundamentação teórica, sempre que necessário. É importante ressaltar que, no segundo semestre de 2004, o Núcleo de Biomorfologia começou a utilizar como metodologia, ainda de forma parcial, a Aprendizagem Baseada em Problemas. Posteriormente, esta metodologia estendeu-se a outros Núcleos, por demanda dos próprios professores.

Em 2005, começa um novo momento, com a consolidação do Projeto Político-Pedagógico e a entrada em vigor do novo Regimento, que propõe uma organização administrativa acadêmica da qual fazem parte os Conselhos de Série, em número de oito, um para cada série e turma, compostos por representantes dos alunos, dos professores, coordenador de curso e supervisor pedagógico. Estes Conselhos se reúnem de duas a três vezes por semestre, para discutir os problemas existentes, avaliar as ações pedagógicas, os professores, o currículo, as mudanças e propor soluções. A partir deste momento, a Supervisão Pedagógica, além de acompanhar diariamente as questões didático-pedagógicas, assume de forma progressiva a liderança das ações pedagógicas voltadas às demandas específicas de cada núcleo ou grupo de professores, a partir da prática cotidiana dos mesmos<sup>13,14</sup>. Desde 2006, as mudanças continuam ocorrendo no currículo, sempre em busca de maior integração das disciplinas e dos conteúdos, de aprimoramento do uso das metodologias ativas, de melhoria da qualidade das avaliações, de um melhor equilíbrio nas cargas horárias dos semestres. Foram introduzidas ferramentas de educação à distância, utilizadas, por exemplo, na integração entre Semiologia Médica, Farmacologia e Semiologia Mental.

As ações de educação continuada para os professores se estenderam aos outros cursos da escola – Odontologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Biomedicina, Enfermagem e Psicologia. Dentre elas, destacam-se os cinco Fóruns Pedagógicos anuais realizados até 2009, com a participação de docentes de todos os cursos, cerca de 250 a cada edição. As atividades contemplam oficinas, cursos e atividades de preparação para os fóruns. As temáticas trabalhadas são levantadas a partir das necessidades dos diversos grupos e das lacunas detectadas. Foram elas: Reflexões sobre o processo de formação

no Ensino Superior (2001); Educação em transformação: novas metodologias e formas de avaliação (2005); Avaliação: afinando e tocando os instrumentos (2006); Planejamento: como transformar uma ideia de borboleta (2007); 1952–2009: Bahiana – uma história, muitos autores... (2009). O VI Fórum pedagógico terá como tema Habilidades e Competências no Currículo. Os Fóruns são também o momento anual de confraternização dos professores, ocorrendo sempre uma grande festa. O Programa de Educação Continuada, concebido inicialmente para o Curso de Medicina, também se ampliou, envolvendo os docentes da instituição como um todo e tendo se transformado no Programa Institucional de Desenvolvimento Docente a partir de 2007.

Todo o processo de reconfiguração curricular e seus desdobramentos tiveram e têm a participação efetiva e contínua do Serviço de Supervisão Pedagógica e do NAPP na elaboração, operacionalização e acompanhamento das ações propostas.

Há um conjunto de outras ações também voltadas para a melhoria da qualidade de vida dos estudantes, relacionadas à diminuição da competitividade exacerbada, estímulo às relações afetivas, diminuição e controle do estresse e do cansaço, estímulo a atividades físicas, etc. Dentre elas estão: a supressão do *ranking* dos alunos e dos prêmios por desempenho escolar, para diminuir a competição por notas (somente na passagem do quinto para o sexto ano foi utilizado o critério de maior nota do quinto ano, para desempate na escolha de campo de prática; esse critério vem sendo usado cada vez menos – este ano só para seis alunos –, privilegiando-se sempre o consenso e a negociação); divisão das turmas em grupos ou subgrupos não mais por ordem alfabética, mas por escolhas feitas pelos próprios estudantes, que organizam as listas e, por meio de seus representantes de turma, as entregam à Supervisão Pedagógica; introdução de duas semanas de recesso por ano, uma a cada semestre, para os alunos do primeiro ao quarto ano; e a criação de um programa de esportes com várias categorias, como basquete, vôlei, capoeira, natação, futebol de salão e surfe.

Quanto à infraestrutura da escola, nos preocupamos em criar ambientes não só mais adequados ao novo projeto como mais bonitos, coloridos e com mais verde. Os locais de atendimento aos pacientes, dentro dos muros da escola, também foram reformados com a mesma intenção. Melhoramos o atendimento na secretaria, instalando

um balcão de recepção e qualificando o pessoal. Criamos ainda um espaço que foi batizado pelos alunos de “O Social”. É uma sala grande, climatizada, com uma parte acarpetada e cheia de almofadas, com equipamentos como TV e DVD. A ideia inicial era que fosse administrada pelos próprios alunos, com apoio do NAPP, servindo como local de convivência, de descanso (a sala é utilizada para sonecas) e também para eventos realizados pelos alunos. Melhoramos e ampliamos os estacionamentos e construímos nova cantina, bonita, climatizada e bem equipada.

No meio de 2008, após termos caminhado bastante neste processo de mudanças, julgamos que estávamos prontos para interferir no vestibular e utilizar nele os mesmos princípios pedagógicos e a mesma visão de educação. O vestibular deveria ser formativo, isto é, o candidato não seria selecionado só pelas provas, mas poderia e deveria sair do processo tendo aprendido alguma coisa e refletido sobre a profissão escolhida. Criamos, assim, o Processo Seletivo Formativo (Prosef). Em 2009.2, aplicamos pela primeira vez ao curso de Medicina. O processo é dividido em duas fases. A primeira consta de uma prova de múltipla escolha com 50 questões de conhecimentos gerais. São, então, selecionados cerca de 300 candidatos para a segunda fase, que se divide em dois momentos. O primeiro momento é vivencial e se inicia com os candidatos fazendo um aquecimento com música e dança. Em seguida, eles são separados em três grupos: um participará de uma dinâmica de grupo, outro verá um filme e fará uma discussão, e outro será subdividido em pequenos grupos para trabalhar nas estações de vivência profissional. Os grupos fazem um rodízio a cada uma hora, de modo que todos sejam submetidos ao mesmo processo. Este momento não é pontuado, pois seu objetivo é propiciar uma experiência reflexiva, não competitiva e “desestressante”, incentivando a colaboração e a construção grupal, e preparando o candidato para o dia seguinte. Esta parte do processo é elaborada e aplicada pelos professores e pelo coordenador do curso, membros do NAPP e da Supervisão Pedagógica, além de profissionais especializados em dinâmica de grupo. No dia seguinte, é realizada uma prova com 15 questões abertas e uma redação que remete à experiência vivencial. Todas as provas são temáticas e com questões interdisciplinares. A partir dela, são classificados cem estudantes. A preocupação com a chegada desses novos alunos levou à criação da Semana do Calouro, pensada

para acolhimento dos novos alunos e denominada “Os Novos da Bahiana”, com a coordenação do NAPP e a participação dos coordenadores de cursos, professores, alunos veteranos, supervisores pedagógicos e técnicos. A ideia é integrar os calouros no novo ambiente, acolhendo-os e mostrando quem somos. Os alunos transferidos também participam do programa “Os Novos de Novo”. São várias atividades, desde a recepção do primeiro dia, uma festa com múltiplas ações em torno de um tema, com a participação de toda a comunidade acadêmica, até atividades específicas por curso, como o acolhimento do NAPP e a recepção aos pais.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nosso currículo tornou-se mais integrado. Grande número dos componentes curriculares é interdisciplinar. Utilizamos muitas metodologias ativas em todos os semestres, sendo uma delas a ABP nos dois primeiros anos. Outras habilidades e competências passaram a ser exigidas dos alunos e professores, e os docentes deixaram de esperar que a integração dos conteúdos fosse feita de forma solitária pelo aluno. As aulas expositivas perderam seu lugar privilegiado. Com isto, eliminamos os conteúdos superpostos e muito extensos, e oferecemos aos alunos possibilidades de desenvolver autonomia intelectual e maior prazer no estudo. Como efeito colateral, diminuimos o tempo em sala de aula e melhoramos as questões de horário e fluxo. Produzimos manuais para professores e alunos, que hoje são disponibilizados no AVA (ambiente virtual de aprendizagem) junto aos programas de todos os componentes curriculares, na tentativa de deixar claro e acessível aquilo que é esperado deles. Ainda temos muitas dificuldades de que se apropriem desse material. As avaliações adquiriram novo patamar de qualidade, passando a ter também componentes processuais. Muitas provas se tornaram interdisciplinares, e a qualidade das provas, de modo geral, também melhorou. Algumas adquiriram novos formatos, tais como provas projetadas e provas em estações. As avaliações dos estágios passaram a ter uma ficha com critérios mais bem definidos. A elaboração de algumas provas, que eram críticas, passou a ser realizada total ou parcialmente por uma comissão. Os professores têm como uma de suas tarefas discutir as avaliações com os alunos. Com essas providências diminuimos parcialmente o estresse do período de provas e

o exercício do sadismo por parte dos docentes. Inclusive, neste processo de reconfiguração curricular, alguns professores que não se adaptaram à nova filosofia deixaram o quadro da instituição.

A existência do NAPP e do Serviço de Supervisão Pedagógica, por suas características específicas, garantiu um olhar “externo” sobre todo o trabalho de reconfiguração curricular e trouxe à discussão as visões dos vários profissionais que atendem nesses serviços, inclusive sobre as percepções dos alunos e os reflexos das mudanças sobre eles, em especial sobre as condições psíquicas e emocionais dos estudantes. Portanto, foi possível acompanhar de maneira permanente e sistemática como os alunos reagiram às mudanças e como se sentiram com elas. As experiências cotidianas dos professores com as modificações, suas expectativas, sentimentos, dúvidas e medos também puderam ser observados e acompanhados. Este papel dos dois serviços permanece um dos pontos fortes do projeto pedagógico e tem a capacidade de mobilizar mudanças. Os Conselhos de Série também têm papel relevante na avaliação das modificações e das dificuldades e problemas trazidos pelos alunos. A “cultura do sofrimento” vem sendo questionada e combatida todos os dias.

Em 2009, o Serviço de Supervisão Pedagógica realizou 758 atendimentos e orientações pedagógicas individuais com os alunos de Medicina. Com o grupo docente, foram feitos 17 atendimentos individuais e 35 grupais. Foram ainda atendidos 29 pais de alunos e realizadas 24 reuniões de Conselho de Série. Por seu lado, o NAPP, em 2009, fez 1.247 atendimentos, sendo 290 com alunos de Medicina. Os casos mais graves de ansiedade, depressão e psicose são detectados mais precocemente e cuidados. Não tivemos nenhum caso de suicídio desde 2000, e somente três acidentes de carro mais graves, mas sem vítimas fatais. A inserção da questão da subjetividade no currículo está consolidada de forma transversal, em especial no eixo da saúde mental. Passamos anos tentando achar a dose e a forma certas das “Psicologias”. No início, os alunos ironizavam, dizendo que éramos um curso de Psicologia com ênfase em Medicina. No entanto, estas queixas desapareceram completamente, e a importância da compreensão da interação entre os fenômenos físicos e psíquicos e de uma boa relação médico-paciente tornou-se incontestável.

As atividades esportivas oferecidas pela escola, infelizmente, contam com a adesão de poucos alunos, e mu-

tos abandonam os treinos ao longo do ano. Os estímulos para que participem de atividades culturais só dão resultados quando atrelados a determinado componente curricular. A sala “O Social” deixou de ser administrada pelos alunos, apesar de todos os esforços feitos pelo NAPP e pela Supervisão Pedagógica.

Em diversos momentos do curso, nas várias séries e componentes curriculares, como, por exemplo, ao término de um módulo ou de um componente curricular ou após as avaliações de ensino-aprendizagem, são aplicados questionários para avaliar a satisfação com o componente curricular, as avaliações, as mudanças realizadas, detectar os pontos fortes e fracos, e pedir sugestões dos alunos. Estas avaliações são levadas sempre em consideração e geram mudanças. Além disso, anualmente, os alunos e professores respondem a um questionário *on-line* da Comissão Permanente de Avaliação (CPA) que contempla os aspectos acadêmicos e também os de infraestrutura relativos a salas, estacionamento, cantinas, secretarias, etc., visando à melhoria. Os resultados são disponibilizados na página da instituição, e os percentuais de bom e ótimo são bastante elevados em vários indicadores, melhorando, a cada ano, na série histórica. Os menores escores estão em estacionamento e cantina. O Processo Seletivo Formativo também vem sendo avaliado pelos candidatos em questionários aplicados após as provas, e os resultados são animadores: as provas são consideradas mais inteligentes, o processo não provoca alto nível de estresse, os candidatos se sentem confortáveis e a competição é minimizada. Os estudantes, quando começam o curso, já estão agrupados, com amigos identificados durante o processo, conhecem alguns de seus professores e sabem melhor o que esperamos deles. Por isso, os professores acham que eles começam a aprender mais rápido e se adaptam mais facilmente à metodologia ABP.

Com toda a certeza, não chegaremos ao paraíso, no qual estaria instalado um bem-estar edênico. Até porque a percepção de bem-estar é subjetiva e pode ser volátil. Mas abrimos na escola muitas janelas para expor, falar e cuidar dos mal-estares, sejam eles de ordem física, psíquica, acadêmico-pedagógica, institucional ou relacional, mal-estares coletivos ou individuais, relacionados aos estudantes, professores ou funcionários. Acabamos por desenhar um movimento desenvolvimentista, com forte base preventiva, entranhado no próprio projeto

político-pedagógico<sup>15</sup>, sem abdicar da parte assistencial. Este modelo nos permite oferecer um ambiente contido, menos patogênico, mas que necessita de ações e aprimoramentos constantes para poder minimizar ou mesmo evitar o potencial de mal-estares inerente ao percurso da formação médica e à personalidade de cada estudante em sua trajetória singular de vir a ser médico.

A chegada ao final deste processo se faz, principalmente, por dois caminhos: um, o da onipotência e do narcisismo, que é uma forma de ser médico negando a dor, o desamparo e a morte, o qual não deve ser estimulado pela escola; o outro caminho, mais saudável, o da gestão do sentimento de desamparo<sup>16</sup>, com a aceitação da mortalidade, a própria e a do outro, da dependência, dos limites, sabendo que não se sabe e não se pode tudo. Este último sempre será um caminho mais feliz. Às vezes acredito que conseguimos.

## REFERÊNCIAS

1. Fleck MPA, Fachel O, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100) 1999. *Rev Bras Psiquiatr* 1999;21(1):19-28.
2. Soliani MLC. O mal estar na medicina. Reflexões sobre o ser e o fazer médicos. Rio de Janeiro; 2001. Mestrado [Dissertação] – Universidade Federal do Rio de Janeiro.
3. Freud S. Além do princípio de prazer. In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro:Imago;1974.XVIII.p.13-85.
4. Freud S. O mal estar na civilização. In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro:Imago;1974.XXI.p.75-171.
5. Millan LR, De Marco OLN, Rossi E. Assistência psicológica ao estudante de Medicina. In: Marcondes E, Gonçalves EL, org. *Educação Médica*. São Paulo: Sarvier;1998.p.340-54.
6. Kohl RM. Psychiatrist as an advisor and therapist for medical students. *Am J Psych* 1951; 108(1):198-203.
7. Notman MT, Salt P, Nadelsson CC. Stress and adaptation in medical students: Who is most vulnerable. *Comprehensive Psychiatry* 1984;25(1):355-66.
8. Araújo MA, Lago G, Ribeiro LOK, Queiroz I, Faria J, Petersen S. Plano de estratégia de trabalho do NAPP. Salvador: Núcleo de Atenção Psicopedagógica da EBMS; 2005.
9. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. *Diário Oficial da União*. Brasília, 9 nov.2001; Seção 1. p.38.
10. Morin E. A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001.
11. Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. Brasília: UNESCO; 2001.
12. Araújo M. Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina: uma experiência de reconstrução interativa. Salvador: Comissão Permanente de Melhoria do Ensino da EBMS; 2001.
13. Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina da EBMS Salvador: Conselho de Integração Curricular; 2005.
14. Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina da EBMS Salvador: Conselho de Integração Curricular; 2009.
15. Daltro MR. Contradições da formação profissional: um estudo sobre a saúde mental de estudantes de medicina. Salvador; 2009. Mestrado [Dissertação] – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.
16. Birman J. O mal-estar na modernidade e a psicanálise. In: *Mal estar na atualidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1999. p.149-73.

## ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Maria Luisa C. Soliani  
Av. D. João VI, 274  
Brotas – Salvador  
40285-001 BA  
mluisasoliani@bahiana.edu.br

---

# Eu, Estudante de Medicina, e o Meu Bem-estar

## *Me, Myself as a Medical Student, and My Well-being*

Arthur Hirschfeld Danila<sup>1</sup>

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Satisfação Pessoal; Estudantes de Medicina;  
Educação Médica.

Keywords: Quality of Life; Personal Satisfaction; Students, Medical; Education, Medical.

---

Convidaram-me para escrever um breve relato de minha experiência – enquanto estudante de Medicina – acerca de meu bem-estar. Confesso que, a princípio, me senti lisonjeado. Entretanto, questiono se sou o melhor exemplo para representar o bem-estar de um estudante de Medicina, como veremos a seguir.

Neste relato, farei uma breve retrospectiva de minha vida até o momento de hoje. A partir daí, esboçarei explicações para algumas de minhas respostas ao Inventário de Qualidade de Vida do Estudante de Medicina, elaborado por Fiedler<sup>1</sup>, e discutirei alguns pontos que julgo importantes ao se analisar a qualidade de vida de um estudante de Medicina.

### MINHAS ORIGENS

Eu nasci em 1988. Ano da XXIV Olimpíada, realizada em Seul, capital da Coreia do Sul – o Brasil ainda era tricampeão mundial de futebol. Naquele ano, Ayrton Senna vencia seu primeiro campeonato de Fórmula 1. No cinema, estreava o inesquecível *Nuovo Cinema Paradiso*, de Giuseppe Tornatore, com a eterna trilha sonora de Ennio Morricone, que em 1990 seria agraciado com o Oscar de melhor filme estrangeiro. Ano também histórico na política nacional, por meio da promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, atual lei

fundamental e suprema, um marco na redemocratização brasileira.

Filho de família de origem judaica, cursei o ensino fundamental integralmente em escola israelita. Lembro-me de ter sido um bom aluno: na sala de aula, prestava atenção, anotava tudo o que o professor ensinava, tinha um desempenho acadêmico razoavelmente bom e por muitos era conhecido como o aluno mais estudioso da turma. Paralelamente às atividades da escola, aos sete anos de idade, iniciei estudos de piano erudito em Conservatório Musical, mesma época em que comecei meus estudos de inglês em escola de línguas. Também participava de competições de natação pela equipe do meu clube.

Naquela escola, ao final da oitava série (atual nono ano), percebendo certa superficialidade dos conteúdos ministrados pelos professores, solicitei aos meus pais que me transferissem para outra escola, bastante tradicional e conceituada na cidade de São Paulo pelo rigor acadêmico e alta aprovação de egressos no ensino superior público. O fato de ser filho de pai médico e mãe farmacêutico-bioquímica, ambos formados em instituições públicas, me estimulava a desejar cursar o ensino superior numa universidade pública.

Dessa forma, no ensino médio, os estudos se intensificaram, pois as aulas eram bastante instigantes, os profes-

---

<sup>1</sup> Estudante do 5º ano de Graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil; Presidente da Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas de Medicina; Diretor de Ligas Acadêmicas do Comitê Multidisciplinar de Acadêmicos da Associação Paulista de Medicina.

sores muito preparados para ensinar, a classe interessada em aprender, enfim, o ambiente era motivador para o aprendizado. Paralelamente, segui com meus estudos de piano erudito e concluí os de inglês, passei a praticar tênis e a me apresentar no coral do meu clube, além de participar de festivais de composição musical e olimpíadas de matemática. Minha vida era bastante atribulada, dormia pouco, estudava bastante, quase não tinha tempo livre, mas não me sentia aborrecido, pois grande parte da grade horária era preenchida com atividades muito prazerosas.

No terceiro ano do ensino médio, chegou o momento de decidir minha futura profissão. Alguns meses antes da escolha do curso para o vestibular, hesitei em escolher entre Medicina, com a qual havia sonhado toda a minha infância – também pelo exemplo paterno – e Direito, em função do grande gosto pela língua portuguesa e pelo fascínio da articulação da vida em sociedade. A dúvida era tamanha a ponto de recorrer a orientação vocacional especializada. Após diversas sessões e muitas conversas com estudantes de ambos os cursos, encontrei na Medicina minha vontade verdadeira de atuar como futuro profissional.

## O INGRESSO NA UNIVERSIDADE E NO CURSO BÁSICO

Ao longo do terceiro ano do ensino médio, estudei muito, almejando ingressar na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Em diversos momentos, priorizei o estudo em detrimento de outras atividades de lazer ou descanso. Além de seguir o *script* curricular e participar de cursos de aprofundamento elaborados pelo colégio, buscava informação adicional em livros didáticos para consolidar o conhecimento, o que me permitiu, com bastante esforço, adentrar na FMUSP aos 17 anos sem a necessidade de cursinhos preparatórios para o vestibular.

Fui me matricular na FMUSP em fevereiro de 2006 e temia o famigerado “trote violento”, principalmente por eu ser muito novo. Entretanto, durante a semana de recepção ao calouro, fui muito bem recebido. Era como se estivesse ingressando numa nova grande família, de veteranos a residentes e professores. Inicialmente, me senti muito confortável e eufórico no ambiente universitário, que me parecia muito promissor.

Justamente por isso, logo no início das aulas, me propus a ajudar em assuntos referentes à classe, sendo eleito

representante da minha turma. Além disso, como todo calouro, perdido em meio ao universo de possibilidades que a FMUSP oferece aos estudantes, busquei participar de uma série de atividades extracurriculares.

Comecei treinando atletismo na Associação Atlética Acadêmica Oswaldo Cruz (AAAOC) para a competição entre calouros das várias faculdades de Medicina, a Calomed. Nunca fui muito bom de esportes e, após a competição, deixei os treinos da AAAOC.

Nessa época, tomei conhecimento do jornal dos estudantes da FMUSP – “O Bisturi” – do Centro Acadêmico Oswaldo Cruz (CAOC). Como sempre tive apreço pelas artes e adorava escrever, passei a contribuir com a seção cultural do periódico.

No segundo semestre, já era possível participar de matérias optativas em dois momentos da grade curricular. Muito curioso que sempre fui, procurei um estágio de prática médica no pronto-socorro do Hospital das Clínicas da FMUSP (HCFMUSP) e lá realizei minha primeira sutura em face, obviamente com supervisão adequada. Essa possibilidade de praticar medicina em pacientes já no primeiro ano era muito estimulante e se contrapunha às aulas essencialmente teóricas/laboratoriais do curso básico da Cidade Universitária da USP.

Embora comparecesse às aulas do curso básico, não me sentia muito estimulado a participar sempre. Os professores pareciam entender muito bem do assunto, mas notava certa falta de didática e vontade de fazer com que os estudantes realmente entendessem a complexidade do assunto que abordavam. Por vezes, iniciavam no tema e descarrilavam para suas teses de doutorado específicas e não condizentes com o aprendizado esperado para um estudante iniciante em Medicina.

Para fugir das aulas não atraentes, encontrava-me com amigos de outros cursos na Cidade Universitária da USP ou realizava atividades extracurriculares ou de lazer. Nesse ano, por exemplo, concluí meus estudos e me formei em piano erudito pelo Conservatório Musical.

Foi nesse contexto de realização de outras atividades que fui convidado para concorrer à gestão do Centro Acadêmico da FMUSP, o CAOC, como Diretor de Imprensa Acadêmica e editor-chefe do jornal “O Bisturi”. Fascinava-me a possibilidade de gerenciar algo fora do contexto médico técnico estrito, fato que me levou a aceitar o convite.

No meu segundo ano, como gostasse muito de habilidades manuais, recordando-me do piano erudito e

das artes plásticas – pinturas e esculturas que executava esporadicamente –, e também pela influência de meu pai, que é cirurgião, me interessei pelos conhecimentos de Cirurgia Plástica e ingressei na respectiva Liga. Além dessa Liga, assistia aos mais variados cursos introdutórios às Ligas, buscando informação em áreas de possível interesse futuro.

Paralelamente, no jornal “O Bisturi”, passava dias a fio cobrando do corpo editorial e repórteres a elaboração de artigos, discutindo os mais variados assuntos nas reuniões gerais do CAOC. Além disso, comparecia, com maior dificuldade, em função da quantidade de trabalho, às aulas do curso básico, cuja importância na minha formação muitas vezes não tinha maturidade para compreender.

Esse foi, indubitavelmente, um período de grande crescimento pessoal, em função da abertura de horizontes que a participação em um Centro Acadêmico pode proporcionar. Esse conjunto de possibilidades geradas por ações do movimento estudantil de medicina me estimulava a participar mais de discussões, encontros e reuniões dos mais variados, sobre qualquer dos assuntos em que a representação estudantil se fizesse necessária. Enxergava nessas ações a minha contribuição para com a faculdade, que tão bem me havia recebido e possibilitado que eu vivenciasse esse mundo de opções. Nesse sentido, candidatei-me à presidência do CAOC, sendo eleito juntamente a uma diretoria que viria a ser muito importante para mim naquele ano e adiante.

## O MEIO DO CURSO MÉDICO: A ETAPA PROFISSIONALIZANTE

No terceiro ano, já tinha as aulas no *campus* da faculdade, e minha vida acadêmica já tomava um corpo mais definido. Paralelamente, o gosto que sempre tive pelas línguas estrangeiras e o fato de planejar um intercâmbio em país francófono me estimularam a iniciar o curso de francês, que fiz aos sábados pela manhã (único horário livre de compromissos acadêmicos ou extracurriculares na semana).

Permanecia na Liga de Cirurgia Plástica já havia um ano, quando fui convidado a integrar sua diretoria. Nesses momentos, pondero que a minha vontade de ajudar, aliada a meu caráter proativo, sempre prevalecia diante de uma possível recusa – no caso de considerar a hipótese de reservar mais tempo para aplicar a mim mesmo.

No CAOC, o trabalho só aumentava, pois tinha a responsabilidade jurídica e representativa em minhas costas. Apesar de contar com uma ampla diretoria muito eficiente e composta por grandes amigos, o trabalho não era pequeno. Uma das atividades que recorro com carinho, embora tenha sido extenuante, foi a reforma estatutária do Centro Acadêmico, que havia ocorrido pela última vez em 1963. Ela consumiu quase a totalidade da minha energia entre milhares de reuniões com advogados para lidar com assuntos legais – talvez também por gostar de Direito tenha boas recordações dessa época – e os deveres com o curso médico, que prosseguia e eu não queria atrasar.

Talvez esta tenha sido a mais difícil tarefa do terceiro ano, tradicionalmente considerado um período tranquilo para a graduação: conciliar um mundo infundável de possibilidades de ação estudantil por estar em um Centro Acadêmico com a pressão do ambiente científico-acadêmico do curso médico, que demanda dedicação e comprometimento com os assuntos ensinados em aula e a postura exigida no ambiente hospitalar.

Findo o terceiro ano, encerrou-se também a gestão do CAOC. Optei por não participar da futura gestão, reservando-me para maior dedicação ao curso médico a partir do quarto ano. Em contrapartida, na Liga de Cirurgia Plástica, fui conduzido à presidência, com a intenção de melhorá-la e transformá-la numa Liga Acadêmica exemplar, baseada nos moldes de um projeto de extensão universitária e levando em consideração o tripé universitário.

No quarto ano, ainda um pouco desacostumado a não ter tantas atividades extracurriculares e a fixar-me nas aulas mais longas, e com um acúmulo de sono em função da privação dos anos anteriores, encontrei dificuldades em acompanhar os cursos, que passavam a exigir mais dos alunos. Em diversas aulas com duração de quatro horas, meu rendimento caía a quase zero após a metade, e faltavam períodos na grade horária para estudo em casa.

Ao mesmo tempo, resolvi dedicar-me a um projeto do Centro Acadêmico, iniciado com a organização do acervo histórico do CAOC no início dos anos 2000. Pensei em resgatar a memória do Centro Acadêmico com a publicação de um livro que retratasse a história do CAOC desde seus primórdios. Foi apontada uma comissão organizadora, da qual estive à frente, para es-

crever os capítulos. Esse projeto, bastante vultoso, contava com apoio institucional da faculdade e tomou muito do meu tempo livre do quarto ano. Isto me impediu de aplicar-me como gostaria nos estudos, mas me permitiu conhecer muitas informações interessantíssimas sobre as origens históricas da faculdade que estava cursando.

## **O CURSO MÉDICO CHEGA AO FIM: O INTERNATO E O PREPARO PARA SER MÉDICO**

Ao final do quarto ano, fomos solicitados a montar nossas painéis de internato. A FMUSP tradicionalmente realiza a divisão de painéis com base no critério de afinidade. No nosso ano, havia mais uma proposta de formação das painéis, por meio de um programa informatizado desenvolvido por um docente da faculdade, que foi rejeitado após muitas reuniões e discussões acaloradas. Essa situação me fez vislumbrar o ambiente competitivo em que estava inserido. Eventualmente, tive a felicidade de poder escolher junto com meus amigos a composição da minha painel, que acabou sendo constituída em sua maioria por membros do meu ano de diretoria do CAOC.

Ao final do mesmo ano, fui eleito para exercer a presidência da Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas de Medicina (Ablam), pelo trabalho que estava executando no Comitê de Acadêmicos da Associação Paulista de Medicina, em que trabalhava como Diretor de Ligas do referido comitê, recém-criado. As atividades da Ablam, ainda que incipientes, dada a pouca idade da associação, e o meu grande interesse por Ligas me estimularam muito a melhorar a definição e a importância das Ligas no cenário do curso médico.

Também em 2009, a FMUSP foi convidada a sediar o 7º Congresso Paulista de Educação Médica (CPEM). Como eu já participava em discussões de educação médica e das atividades da Associação Brasileira de Educação Médica, fui eleito presidente discente do congresso. Mais uma vez, a vontade de ajudar a minha faculdade e de buscar melhorias na forma de ensinar medicina se sobrepôs a minha própria formação pessoal ao organizar o congresso no início do meu internato.

Em meio a plantões nos estágios do internato, trocava e-mails com a comissão organizadora. Esse foi o momento de maior angústia que recordo desse ano, ao

pensar que estava me extenuando a ponto de colocar minha saúde seriamente em risco em função de uma atividade extracurricular.

Passado o congresso, hoje me encontro no final do quinto ano do curso médico, tentando aproveitar tudo o que me é passado nos estágios. Busco apreender o máximo de conteúdo nas discussões das visitas aos leitos das enfermarias, das apresentações de casos clínicos, das consultas em ambulatorios, dos casos dos pronto-atendimentos, dos procedimentos cirúrgicos, etc., além de complementar meus estudos com os livros didáticos sugeridos.

Como atividades extracurriculares, continuo na presidência da Ablam e da Liga de Cirurgia Plástica, e como representante discente da Comissão de Bioética do HCFMUSP. A participação nesta Comissão – que se reúne quinzenalmente para discutir assuntos em bioética – me interessa muito, pois é um momento em que posso refletir sobre esses aspectos na minha formação médica, afora os momentos preestabelecidos para isso na grade curricular.

## **ANALISANDO MEU BEM-ESTAR**

Para melhor discutir meu bem-estar, julguei necessário buscar algumas referências em trabalhos sobre o tema. Fiquei impressionado ao encontrar mais de 70 artigos no mundo, dos quais cerca de 20 haviam sido publicados no Brasil, o que revela grande interesse dos educadores brasileiros sobre esse aspecto da vida do estudante de Medicina. Um trabalho que especialmente me interessou foi o de Fiedler<sup>1</sup>, que em sua tese criou e aplicou o Inventário de Qualidade de Vida do Estudante de Medicina. Sendo este um relato de minha experiência, resolvi aplicá-lo a mim mesmo e discuto algumas das respostas mais relevantes, o que, de certa maneira, delinea meu bem-estar enquanto estudante de Medicina.

Início a discussão com a resposta de uma pergunta do questionário que julgo bastante profunda: acredito que minha qualidade de vida seja fundamentalmente influenciada pelo curso de Medicina. Essa afirmação acarreta uma série de consequências, dentre elas a dificuldade de cuidar da aparência, de se alimentar bem, a insuficiência de horas de lazer, de prática esportiva, de tempo livre, de estudo e de sono. Somente como ilustração de como minha vida é influenciada pelo curso médico, meu escore da escala de Sonolência Diurna de Epworth é patológico (junto com 48,1% dos estudantes de Medicina

do Brasil com escore patológico ou muito patológico, segundo Fiedler<sup>1</sup>).

Apesar disso, vivo em condições de moradia satisfatórias, moro com meus pais – o que é um fator positivo para o meu bem-estar, pois tenho companhia nos momentos em casa e facilidades em relação à burocracia da rotina domiciliar –, tenho acesso adequado a atendimento médico, se necessário, e tenho um meio de transporte razoavelmente eficiente – por vezes, tento fugir do trânsito louco de São Paulo vindo de bicicleta para a faculdade, aliando o transporte à prática esportiva.

Considerando-se minha trajetória na faculdade, penso que algumas atividades melhoraram substancialmente minha qualidade de vida. A participação no movimento estudantil e em atividades de extensão e o fato de manter boa relação com os colegas do mesmo ano sempre foram fatores protetores de um estreito relacionamento social, que julgo essencial para o meu bem-estar. Ainda assim, infelizmente, não consigo manter grandes relações com residentes, médicos assistentes e docentes. Isto acontece muito em função da grande rotatividade de estágios ao longo do internato e também pela rarefação de momentos de conversa desassociada da rotina frenética de trabalho no ambiente hospitalar, em que se pudessem abarcar outros aspectos da relação social.

Tenho algumas reservas quanto ao meu bem-estar psicoafetivo ao longo do curso médico. Não me considero 100% feliz com minha vida afetiva, pois julgo que faltam momentos para aproveitar melhor esse aspecto, embora minha vida sexual seja satisfatória. Felizmente, não necessito de medicamentos de uso contínuo e acredito que o consumo de álcool e tabaco (nunca fumei) piore a qualidade de vida, o que me desestimula a fazer uso deles. Não me sinto plenamente feliz com minha situação financeira – de certa maneira, sinto-me pressionado por depender financeiramente de meus pais, ainda que essa pressão de fato não exista – e não consigo ter tanto tempo para atividades culturais nem compromissos pessoais, seja com a família, seja com amigos externos à FMUSP, ou mesmo para praticar *hobbies* ou não fazer nada, o que penso ser um grande prejuízo na minha qualidade de vida.

Em relação ao ambiente da faculdade, gosto bastante do âmbito intelectual proporcionado pela FMUSP e HCFMUSP. Apesar de haver apresentado dificuldades em me concentrar durante as atividades do início do

curso médico, ao avançar para o internato essa situação melhorou. Sinto que poderia ter aproveitado melhor a minha formação médica, o que me faz questionar minha satisfação com a graduação. Isto porque passei a valorizá-la melhor a partir do internato, quando comecei a me sentir mais útil, provavelmente graças à maior autonomia e responsabilidade para ajudar os pacientes durante os estágios.

A despeito de, muitas vezes, considerar excessivas as atividades do curso de Medicina, pondero que isto é importante para a minha formação. Encontrar o ponto de equilíbrio foi e é difícil para mim, talvez por falta de orientação sobre esse aspecto. Nesse ponto, a participação em reuniões de tutoria da faculdade sempre se mostrou uma boa oportunidade para ouvir conselhos e discutir sobre o curso médico que queremos trilhar ao longo da graduação.

Quanto à rotina nos primeiros anos da faculdade, acredito que aulas ruins prejudiquem a qualidade de vida do estudante. Isto porque a didática de alguns docentes pode ser tão ruim a ponto de se questionar a validade e o benefício de assistir a essas aulas, tornando-as um fardo para os alunos já exaustos com os atributos da graduação em Medicina. Ainda assim, de forma geral, mantenho boa relação com os professores, pelo ganho de experiência pessoal ao escutar a vivência de quem está anos à frente da minha geração. Nesse ponto, ter recebido supervisão adequada nas atividades práticas foi um fator de melhora para a minha formação.

Por fim, pontuo alguns aspectos da faculdade que me entristecem. O ambiente competitivo, inclusive entre os colegas do meu ano e dentro da própria panela de internato, bem como a noção das expectativas da minha família e amigos a meu respeito geram grande ansiedade e estresse. Além disso, tenho ciência de que minhas próprias expectativas – acerca do meu futuro profissional, da escolha da especialidade médica e da aceitação do mercado de trabalho – contribuem para a piora da minha qualidade de vida, que decai ao longo do curso médico, mas que sabidamente é melhor do que a do residente e do recém-formado. Dessa forma, apesar de receber o reconhecimento dos pacientes com muito carinho e como indicativo de uma boa condução da minha prática médica enquanto interno, ainda me angustia não me sentir plenamente seguro em relação a minha atividade como futuro profissional médico.

## ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE MEU BEM-ESTAR

A Organização Mundial de Saúde define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”<sup>2</sup>. Define também saúde, que, em seu sentido mais amplo, abrange o “completo bem-estar físico, psicológico e social”<sup>3</sup>. Segundo Fleck<sup>4</sup>, o termo “qualidade de vida” não se resume à condição de saúde e às intervenções médicas, mas considera também o envolvimento de diversas condições que podem modificar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamento com seu funcionamento cotidiano.

Uma vez expostos esses conceitos, por que discutir a qualidade de vida do estudante de Medicina? Não seria indiscutivelmente o bem-estar uma condição essencial à atual e futura prática profissional? Quando o objetivo de uma faculdade de Medicina é formar médicos, que atividades do curso de graduação devem ser consideradas atividades-fim? E quais seriam as atividades-meio? Seria o aprendizado dos conteúdos programáticos o objetivo final do processo de formação em Medicina? Ou seria ele a garantia do bem-estar como baliza de uma estrutura psicológica estável, a partir da qual o estudante poderia utilizar a técnica aprendida em sala de aula ou nos cenários de prática médica nas unidades de assistência à saúde (atividade-meio) para promover o bem-estar dos pacientes?

Para mim, ser estudante de Medicina é desejar um dia efetivamente atuar na promoção à saúde. É almejar viver para assegurar a saúde e o conforto dos pacientes, mesmo que isto, muitas vezes, prejudique a própria saúde, como exposto acima, levando a prejuízos ao bem-estar.

Sei que a pressão por uma boa formação se iniciou antes do vestibular, ao buscar uma escola com grande carga horária e forte apelo para o ensino técnico do saber. Esforcei-me muito para passar no vestibular, que incluiu todo o conhecimento acumulado em 11 anos de estudos, desde a minha alfabetização. Como esse exame não levava em consideração minhas atitudes e atividades extracurriculares durante o ensino fundamental e médio, mas cobrava apenas os conceitos técnicos ensinados, passar por esse processo gerou para mim enorme desgaste e estresse<sup>5</sup>.

A partir daquele momento, sabia que estava abdicando de muitos desejos, horas de lazer, convívio com a família e amigos, e reconheço algumas das motivações conscientes e inconscientes ao tomar essa decisão em plena adolescência, como: o desejo de ver, compreender e buscar o alívio do sofrimento e da morte, a necessidade de ser útil e de ter responsabilidade, e também de garantir certa segurança e confiança em relação ao meu futuro, além de identificar-me com meu pai, um exemplo para mim por ser médico<sup>6</sup>.

Quando ingressei na faculdade, trazia comigo uma visão idealizada da medicina. Ao longo do curso, saí em busca de um bom método de estudo – pois a partir de então seria responsável por organizar minha rotina e cuidar de mim – e de novos vínculos e experiências que me fizessem sentir parte daquele grupo social<sup>7</sup>. Além disso, por estudar numa universidade pública, o extenso contato com a realidade social exigiu de mim uma mudança de postura nesse sentido<sup>1</sup>.

Com o tempo, essa fase de adaptação ao método de ensino universitário não paternalista passou a exigir de mim uma mudança de postura e mais dedicação. Isto me levou a enfatizar a necessidade de ser rígido, mandar, realizar, ao passo que passei a abdicar do lazer e de muitos de meus *hobbies*, como se de alguma forma essa nova postura me inibisse de praticar atividades lúdicas, como brincar, jogar e permitir-me sentir emoções abertamente<sup>1</sup>. Fatos semelhantes foram observados em populações estudantis de épocas distintas por Burstein<sup>8</sup> e Millan *et al.*<sup>9</sup>.

Para encontrar essa maior interação com a sociedade, envolvi-me em atividades extracurriculares, visando preencher eventuais lacunas do currículo de minha faculdade, integrar-me com colegas dos mais variados anos e idades, e atender a indagações profissionais minhas, enfim, me formar uma pessoa melhor<sup>10</sup>.

Essa participação em atividades extracurriculares me fez perceber que havia dois tipos de currículo. O primeiro era o formal, manifesto e previsto, em que o estudante ficava exposto a experiências predeterminadas, como aulas, trabalhos práticos e exames. O segundo era o informal ou paralelo, que abrangia o conjunto de experiências possíveis, na instituição ou fora dela, dependendo exclusivamente do interesse do estudante em procurá-las<sup>11</sup>.

Para explicar esse panorama, vários estudos descreveram as necessidades sentidas pelo estudante da atualidade. A busca pela vivência intensa do ser médico desde

o início do curso, além da aquisição de conhecimentos e experiências que complementem o currículo, visando, muitas vezes, à definição profissional e, também, em alguns casos, por motivos de ordem econômica<sup>12</sup> foram algumas das necessidades descritas que também percebi serem importantes ao longo do meu curso médico.

Nesse sentido, talvez porque entenda que a formação do médico atualmente não dependa apenas dos conceitos técnicos do currículo formal, mas também da formação de uma personalidade empática e humana diante do sofrimento do paciente e disposta a confortá-lo da maneira mais digna possível, sempre me interessei pelas possibilidades extracurriculares existentes ao longo da minha graduação, que muito poderiam agregar à minha formação pessoal. Esse fenômeno, muito frequente entre os estudantes, pode ser sugestivo da ideia de subversão da ordem e da estrutura curricular formal estabelecida no curso médico<sup>13</sup>.

E por isso julgo importante ressaltar que a busca incessante por atividades extracurriculares pode significar uma piora da qualidade de vida, em função do acúmulo de atividades e responsabilidades. No meu caso, em vários momentos em que se somavam os compromissos resultantes das atividades que exercia dentro e fora da faculdade, sentia-me estressado e sufocado pela falta de tempo para administrar as exigências decorrentes do trabalho exercido.

Ainda assim, os resultados dessa participação podem trazer um bem-estar psicológico indiscutível. A pluralidade encontrada nas atividades extracurriculares é muito benéfica para o estudante, pois o humaniza. Para mim, o fato de transformar atitudes e pensamentos por meio das pequenas ações que realizava era uma excelente forma de assegurar-me de que estava contribuindo com a melhora da sociedade.

Nesses casos, enxergo que, embora diversos trabalhos mostrem a importância de promover a saúde entre os estudantes de Medicina com o objetivo de evitar ou reduzir ao mínimo os casos de *burnout*<sup>\*</sup>,<sup>14,15,16</sup>, muitos currículos ainda estimulam uma postura coerciva em relação ao trabalho científico-acadêmico. A sobrecarga gerada por uma grade curricular estafante me faz notar

\* Freudenberg<sup>15</sup> descreve o *burnout* como um “incêndio interno” resultante da tensão produzida pela vida moderna, afetando negativamente a relação subjetiva com o trabalho. Segundo Maslach<sup>16</sup>, *burnout* é uma síndrome psicológica caracterizada por: exaustão emocional, despersonalização (ou ceticismo) e diminuição da realização pessoal (ou eficácia profissional).

o aumento de atitudes céticas e a queda de sentimentos humanísticos nos meus colegas. Isso me alerta para o fato de que o fenômeno da “desumanização” do estudante de Medicina – algo contra o qual luto incessantemente – tem aumentado ao longo do curso médico.

Dessa forma, entendo que a exaustão emocional decorrente do *burnout* pode acarretar despersonalização, perda do componente humano do aprendizado médico e reduzida realização pessoal e profissional aos alunos. Isto pode representar uma forma indesejável de reação aos estímulos de crescimento pessoal que as atividades extracurriculares podem oferecer. A privação do sono durante todo o curso, com maior impacto no período de exames<sup>17</sup>, que muitos consideram danosa e desnecessária à formação, chega a prejudicar substancialmente o contato e o cuidado com os pacientes.

Essa postura inadequada pode colocar em xeque um dos pilares do tratamento médico: a disponibilidade para o doente em toda a sua complexidade e integralidade, e não somente para o tratamento da doença específica e sua cura<sup>9</sup>. Nesse caso, seria necessário reconhecer melhor os estudantes vulneráveis e trabalhar mais ativamente suas dificuldades, para diminuir os sintomas do estresse nos futuros médicos.

Muitos de meus colegas de turma desenvolveram diferentes formas ao enfrentarem essas crises ao longo do curso. Consegui enxergar que a estruturação da personalidade e o respaldo familiar são fatores protetores para a superação dos problemas, fazendo os alunos enfrentarem os problemas com maior tranquilidade, aprenderem e se desenvolverem com eles, buscando auxílio psicológico quando necessário. Já alguns colegas com problemas psicológicos prévios e/ou com família desestruturada mais facilmente desenvolveram quadros psicopatológicos, atrasando sua formação ou prejudicando o aprendizado e o cuidado com o paciente<sup>9</sup>.

## UMA BREVE CONCLUSÃO

A sociedade contemporânea vive em um turbilhão de novas informações. A todo instante somos atropelados por ondas eletromagnéticas que não enxergamos, carregando terabytes de dados digitais prontos para serem colocados em prática em nossas ações ainda analógicas. Para assegurar meu bem-estar, na qualidade de estudante que já atua e em breve lidará com a saúde, imerso em todas

essas informações, preciso ter clara noção do ambiente em que vivo, das possibilidades que me aguardam ao longo da graduação e na prática profissional, para que possa me situar melhor enquanto ator na promoção à saúde.

Diferentes ações ao longo do curso podem acarretar qualidades de vida distintas aos estudantes de Medicina. Minha opção de realizar diversas atividades extracurriculares, seguida pela minoria dos estudantes, embora torne o cotidiano mais estressante – com responsabilidades mais precoces e maior prejuízo ao bem-estar pessoal –, indiscutivelmente gera grande conforto psicológico, em função da beneficência e promoção social. Nesse sentido, cabe ressaltar minha dificuldade de representar, enquanto relato de experiência, o bem-estar de um estudante de Medicina, dada a amplitude e multiplicidade de atividades possíveis de serem realizadas ao longo da graduação médica.

Enquanto estudante do quinto ano, infelizmente não consigo prever o que o destino me reserva. O que posso esperar é o desafio da escolha da minha futura especialidade, o enfrentamento de um processo seletivo de acesso à residência e a inserção posterior no mercado de trabalho. O processo seletivo para a residência, ainda que destruidor da tranquilidade que se poderia esperar ao final de um curso universitário – por implicar necessariamente perda de qualidade de vida em função do estudo e competição excessivos – é essencial à minha formação médica, pois será nessa fase que consolidarei os conhecimentos adquiridos na graduação e os colocarei na minha prática profissional. Assim, declaro abertamente que, apesar de já considerar a minha qualidade de vida prejudicada no final da minha graduação, estou ciente de que meu bem-estar está sujeito a ser ainda mais prejudicado nos anos subsequentes.

Não poderia finalizar senão ponderando que o existir ao longo do curso médico requer grande controle pessoal sobre nossas emoções, que diversas vezes precisam ser escondidas para fugir do rótulo de frágil e sensível. Ser estudante de Medicina é fazer parte do eterno ciclo “sofrer, adaptar e superar”, que inegavelmente gera feridas em nossa individualidade, nos despersonaliza e nos retira a postura humana esperada e fundamental para a boa prática médica futura.

## REFERÊNCIAS

1. Fiedler PT. Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica. São Paulo, 2008.

- Doutorado [Tese] – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
2. The WHOQOL Group. What Quality of Life? World Health Forum. 1996;17(4):354-6.
3. World Health Organization. Basic Documents. 45th edition of the Constitution of the World Health Organization. WHO: Genebra; 2006.
4. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). Rev Bras Psiquiatr. 1999;21(1):19-28.
5. Gonçalves MB, Benevides-Pereira AMT. Considerações sobre o ensino médico no Brasil: consequências afetivo-emocionais nos estudantes. Rev Bras Educ Med. 2009;33(3):493-504.
6. Bellodi PL. O clínico e o cirurgião: estereótipos, personalidade e escolha da especialidade médica. Casa do Psicólogo; 2001.
7. Colares MFA. As fontes de tensão no curso médico: um estudo psicométrico. Ribeirão Preto, SP; 1999. Mestrado [Dissertação] – Universidade de São Paulo.
8. Burstein AG, Loucks S, Kobos J, Johnson G, Talbert RL, Stanton B. A longitudinal study of Personality characteristics of medical students. J Med Educ. 1980;55(9):786-7.
9. Millan LR, De Marco OLN, Rossi E, Arruda PCV, org. O Universo psicológico do futuro médico, vocação, vicissitudes e perspectivas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999.
10. Peres CM, Andrade AS, Garcia SB. Atividades Extracurriculares: Multiplicidade e Diferenciação Necessárias ao Currículo. Rev Bras Educ Med. 2007;31(3):203-11.
11. Galli A. Argentina: transformación curricular. Educación Médica y Salud. 1989;23(4):344-53.
12. Vieira EM, Barbieri CLA, Vilela DB, Ianhez Júnior E, Tomé FS, Woیدا FM, et al. O que eles fazem depois da aula? As atividades extracurriculares dos alunos de Ciências Médicas da FMRP-USP. Medicina (Ribeirão Preto). 2004;37(1/2):84-90.
13. Rego S. Currículo paralelo em Medicina, experiência clínica e PBL: uma luz no fim do túnel? Interface. Comun Saúde Educ. 1998;2(3):35-48.
14. Rout U. Estrés laboral en profesionales de la salud. In.: Buendía Vidal J, Ramos F, coord. Empleo, estrés y salud. Madrid: Pirámide; 2001. p. 93-106.
15. Freudenberger HJ. Staff burnout. Journal of Social Issues. 1974;30(1):159-65.
16. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. Annual Review of Psychology. 2001;52(1): 397-422.
17. Uhari M, Kokkonen J, Nuutinen M, Vainionpää L, Rantala H, Lautala P, et al. Medical student abuse: an international phenomenon. JAMA. 1994;271(13):1049-51.

## ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rua Pedroso Alvarenga, 372 apto. 132  
Itaim Bibi — São Paulo  
04531-000 SP  
arthur@danila.com.br

---

# “Confesso que Vivi”: Quatro Décadas Dedicadas ao Estudante de Medicina

## “I Confess that I Have Lived”: Four Decades Dedicated to Medical Students

Emirene Maria Trevisan Navarro da Cruz<sup>1</sup>

Palavras-chave: Educação Médica; Tutoria Mentoring; Estudante de Medicina; Suporte ao Aluno.

Keywords: Medical Education; Tutoring/Mentoring; Medical Student; Student Support.

---

A esta altura da vida, a distância da morada definitiva bem menor do que a que me separa do nascimento, penso qual seria meu passaporte após essa terrena passagem de aperfeiçoamento: resgatada “porque muito amou”. Sim, acho que presunçosamente vou me servir desse visto de entrada: confesso que amei...

Amei, primeiro e sempre, minha família, maravilhosa, mas houve outras pessoas para as quais o amor também se deslocou e transbordou: meus alunos, os filhos dos meus alunos, também alunos... Assim, fui experimentando, vivenciando a paixão de formar.

“Eu diria que os educadores são como as velhas árvores. Possuem uma face, um nome, uma estória a ser contada. Habitam um mundo em que o que vale é a relação que os liga aos alunos[...]”<sup>1</sup>.

É essa comum-união do educador com o estudante que o estimula, que o engrandece, que rejuvenesce sua mente e sua alma; é o contato com o espírito jovem que incita a queda das velhas roupagens, possibilitando à crisálida romper mais uma vez: o professor pode alçar novos voos, ter esperança numa nova escola, num novo tempo.

Sempre quis ser professora (como minha mãe) e enveredei pela Psiquiatria e Psicologia Médica, chegando à educação médica. Pais, mestres, analista e colegas queridos me estimularam, mas a radiância da chama a devo a esses mais de 2.500 rapazes e moças que passaram e passam não só nos meus cursos na graduação e pós-gra-

duação, mas andaram, sofreram e se alegraram fazendo parte eles da minha, e eu, da história deles. Tenho-os acompanhado desde a empolgação de adolescentes meio perdidos até suas concretas realizações como doutorandos, residentes, profissionais prestigiados e colegas educadores, sendo inúmeras vezes homenageada nas colações de grau e até nas comemorações de 25 anos da formatura.

Vi-os se transformarem de: jovens cheios de sonhos em homens e mulheres que os fizeram acontecer; jovens inseguros de sua força em homens e mulheres certos de sua competência; jovens com atração e medo das paixões em homens e mulheres que desvendaram seus mistérios; jovens inquirindo o sentido da vida em homens e mulheres dando sentido a outras vidas; jovens ancorados nos pais em homens e mulheres âncoras dos filhos; jovens nos quais, na frustração, a raiva assoma em homens e mulheres que assumem a raiva, que, frustrada, some; jovens preocupados em “passar de ano” em homens e mulheres aprovados pela vida; jovens procurando entender o mundo em homens e mulheres procurando compreender a alma; jovens que perguntam quem é Deus em homens e mulheres que já sabem agradecer à vida ou ao Criador...

Olho para trás e me sinto satisfeita: penso que pude ajudar alguns, inspirar outros, estimular muitos, orientá-los (continuo ainda hoje) para uma trajetória de calouro a doutor menos sofrida, mais gratificante e plena.

---

<sup>1</sup> Professora emérita da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto e chefe do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica.

## VICISSITUDES DA CARREIRA

Medicina era e continua sendo, para a maioria dos jovens, um curso de percurso dolorido. Jovens de 16-17 anos (tem aumentado a frequência dos recém-saídos do ensino médio) às voltas com as dificuldades da busca de identidade, da elaboração dos lutos da infância, dos dramas do processo de resolução edípiana, enfrentando agruras de um curso que os vai colocar frente a miséria, doença, tristeza, impotência, em jornadas longas e trabalhosas.

Às dificuldades emocionais já trazidas por cada um somam-se os desafios de adaptação à nova cidade, "repúblicas", colegas, a própria faculdade e seu modelo pedagógico, deixando alunos que costumavam ser os primeiros de suas classes em dúvida quanto ao seu desempenho.

Há aqueles que ficam de olhos úmidos ao falarem dos pais e namorados, e os que estão se sentindo felizes com o exercício de independência da família, donos do seu tempo e liberdade.

Há os que, sem ter sabido decidir, optaram pelo "desafio do vestibular mais difícil". Há os indecisos sobre a escolha da profissão e que, tendo passado no exame, vieram "experimentar"...

Para muitos adolescentes, à euforia do sucesso no vestibular segue-se um anticlímax, uma frustração... As razões parecem ser variadas: uns não conseguiram entrar na escola dos "sonhos", idealizada, e têm que se contentar com aquela em que passaram: "não estou na USP, estou longe de meus pais e meus amigos, e todos insistem para que eu não perca a oportunidade". Tivemos alguns "órfãos" da USP e da Unicamp (alunos que, por falta de um ou dois décimos na nota, vieram para a Famerp); esses, felizmente, hoje são raros.

Outros, mesmo na escola desejada, sofrem com a pedagogia diferente daquela do cursinho paternalista, sentindo-se "perdidos e sem referencial e com dificuldade de organizar o tempo"; dentre a maioria feliz por ter realizado "o sonho de entrar na Famerp", uns já se assustam com a responsabilidade do curso e da carreira, com medo de "não dar conta", ou de ter que "abdicar de tudo" para ser bom médico. Há desapontamento por não estarem em contato imediato com doenças, doentes, centros cirúrgicos e procedimentos, o que vem sendo atenuado atualmente pela inserção precoce na comunidade.

A semana de recepção ao calouro foi há algum tempo preparada e trabalhada por professores e Centro Acadêmico (que já ganhou prêmio pelo acolhimento). Incrível que agora, paralelamente à adequada introdução à nova escola, haja, às noites, duas ou três (!) festas na mesma semana, regadas a cerveja (praticamente sem comida), incluindo banho politicamente incorreto de cerveja nos "bixos", devolvendo-os "meio mortos" às palestras do dia seguinte.

Essa iniciação alcoólica, muitas vezes forçada, acontece em muitas faculdades e precede a já conhecida escalada na ingestão abusiva de álcool pós-entrada na universidade. Mesmo quando o trote é oficialmente abolido numa faculdade, ele se perpetua nas repúblicas, nas "maratonas" e nos encontros. É preciso se anestésiar e ser anestesiado para o rito de passagem para a responsabilidade? Soube que os jovens pilotos americanos, em plena operação de guerra, ouviam, altíssimo, o *rock* pauleira (*heavy metal*). Anestesia? Tentativa de alienação?

Interessante que, na paradoxal mistura de exuberância e timidez, receio e ousadia do primeiranista, ele já pensa na formatura (instalam-se comissão e pagamentos!), já se preocupa com as exigências da profissão e até inicia um "preparo" para conseguir vaga na residência, tentando entrar em ligas, monitorias, assistir a congressos e fazer iniciação científica. A triste verdade é que isto vai ser mais valorizado do que sua dedicação "ao pé do leito", sua empatia com o paciente, seu "sair de si" para englobar o outro. Para que se mude a visão do aluno, há que mudar a do professor e a filosofia da educação médica.

A residência é almejada por, em geral, 100% dos doutorandos e, ratificando nossos primeiros estudos nos anos 1970, nossas indagações posteriores têm mostrado que cerca de 70% dos alunos que ingressam em nossa escola médica já pensam numa especialidade em particular, num fenômeno cujas razões são também socioculturais e que antecedem a entrada do calouro. Claro que a opção primeira pode ser modificada ao longo do curso, mas a escolha de não ser generalista é predominante no primeiro ano e tende a perdurar; são raríssimos os sextanistas que optam por medicina geral ou da família.

E o tempo passa e os calouros vão se adaptando, uns de mansinho, outros com sobressaltos, ao curso, colegas, à cidade, mas ainda às voltas, como todos os mortais e principalmente adolescentes, com as dificuldades financeiras, amorosas, sexuais, familiares e de relacionamento social.

Sentimentos comuns à maioria comovem o docente: sonham em servir, demonstram “com paixão”, essa matéria-prima que deve ser respeitada e preservada. É necessária a paixão de formar para não deformar esse projeto, esse vir a ser, esse ser a vir.

Podendo ainda estar inseguros da própria sexualidade, sentem que “invadem” a intimidade do outro e que “usam o doente sem dar nada em troca”; do risonho brincar de doutor ao chocante manuseio da nudez do cadáver, ao vacilante desvendar de tímidos corpos jovens, ao contato com a beleza fenecida dos idosos, tudo isso podendo constituir um impacto angustiante ao iniciarem a relação médico-paciente no hospital.

A onipotência se choca com a impotência e onifalência frente a obstáculos por vezes intransponíveis de doença, morte, finitude, mazelas da profissão, falhas do sistema, falhas dos mestres idealizados.

Felizmente, grupos de iguais servem de suporte, e professores e mentores adequados constituem modelos de identificação e possíveis âncoras temporárias. (O ensino de Psicologia Médica pode ajudar muito esses alunos; entre os diferentes modos que experimentei, o que me pareceu mais adequado e produtivo foi o realizado com a Clínica Médica à qual estávamos acoplados. Coordenamos grupos de 16 terceiranistas, que então discutiam suas experiências no hospital, seus receios, dificuldades com relação ao paciente ou à doença. Usamos *role-playing*, com muito bom resultado).

Entre docentes tem se discutido e observado que essa compaixão, essa sensibilidade com relação ao paciente, veemente e tocante nos alunos dos primeiros anos, parece abafada “dentro da carapaça branca que os médicos usam”. O receio comum no terceiranista de estar “usando o paciente”, seu interesse e cuidado com ele parece transformar-se, no interno e no médico, na sensação de estar fazendo um favor ao atender o paciente.

Os estudantes dos primeiros anos nos parecem seixos isolados, lisos ou rombudos, com características e peculiaridades muito próprias que, no decorrer dos anos, se transformam em argamassa homogênea, asfalto que sofreu impacto do rolo compressor: insensíveis doutores vestindo o avental como defensiva pele de aço<sup>2</sup>. Talvez a defesa para não sofrer seja usada porque o doutor não sabe lidar com os sentimentos que o paciente faz aflorar nele. Interessante que o treinamento em psicanálise enfatiza o reconhecimento e a compreensão da

contratransferência, usada como instrumento de trabalho do psicanalista. Não há na formação médica espaço suficiente e adequada supervisão para que o aluno possa separar bem o que é seu daquilo que é do outro, nomeá-lo, reconhecê-lo e poder então fazer a elaboração dos seus sentimentos para, sem tanta angústia, poder acolher e conter a angústia do paciente.

O próprio interno pode se sentir usado tocando o serviço sem a devida preceptoria, enfrentando burocracia às vezes desesperante, inserido num sistema que às vezes obriga o próprio docente, crucificado, a fazer escolhas de vida ou morte. As peculiaridades da carreira, o desgaste físico e psíquico, as sobre-horas exigidas produzem um cuidador maldormido, sofrido, com evidente possibilidade de falhar técnica e afetivamente.

Há ainda na subcultura da escola médica a crença, principalmente entre docentes, de que é preciso sofrer, aguentar falta de sono sem se queixar para não parecer frágil: cuidador não chora, “eu ralei, agora você tem que ralar”. Há também preconceito contra problema emocional: “fraco não aguenta o tranco”.

Isso tudo distorce a formação; é preciso não deixar que o inadequado e perverso seja aceito como rotina, que se banalize o erro e que se aceite como imutável o que se pode e deve consertar.

Alerta o apóstolo Paulo: “não vos conformeis com o mundo, mas transformai-vos... renovai vossa mente[...]”

Não tentar mudar o outro antes de examinar o que faz, como faz e exige que se faça; perceber se se cala, se se omite...

Se o médico é o melhor remédio, o exemplo do docente é o melhor ensino.

Nós, professores, somos o exemplo vivo para essa multidão que passa a adolescência entre nós, “saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos”<sup>3</sup>, inseguros de sua competência, vacilantes frente à nova etapa, temerosos em relação ao mercado de trabalho.

Se a pressão cresce, aumenta o consumo de psicofármacos: é “remédio pra dormir e remédio pra ficar acordado”.

O exame de residência pode estimular ao estudo, mas, por vezes, lamentavelmente, afasta o sextanista da atividade hospitalar (escapa para estudar em casa). Esse segundo vestibular se torna um fantasma persecutório que assombra de iniciantes a doutorandos.

A competição é acirrada, e, por vezes, “painéis” promovem impiedosa segregação de alguns colegas.

Em cidades grandes, há um anonimato que pode chegar a ser cruel; nas menores, uma falta de privacidade que expõe demais cada aluno.

Na Famerp, 95% dos estudantes vêm à faculdade a pé. Salvo poucos, que são de São José do Rio Preto, a grande maioria mora sozinha ou com parceiro, ou em repúblicas, num bairro que circunda a faculdade e o hospital: têm, portanto, uma vida, em geral, compartilhada. Há exemplos de preconceito com exposição agressiva de colegas; por outro lado, instâncias em que houve suporte e solidariedade, com grande benefício para os colegas em dificuldade.

## ESCOLHA DA ESPECIALIDADE

Nossos estudos mostram que 100% dos alunos pretendem fazer residência, porém cerca de 20% a 30% chegam ao segundo semestre do sexto ano com dúvidas sobre a opção de especialidade. Além disso, há, por vezes, conflitos entre a desejada e a "possível" (dependendo da relação entre vagas e pretendentes) ou entre o gosto por determinada área e os ditames do mercado, as possibilidades de retorno financeiro, a possibilidade maior ou menor de oferecer qualidade de vida, o fato de ser especialidade de acesso direto.

Para a mulher, há ainda mais variáveis a considerar: outras possíveis funções, como esposa, mãe, dona de casa, requerem horários mais estabelecidos, possibilidade de trabalho em equipe, etc. A carreira a pressiona para maior tempo e especialização; as entranhas lhe cobram desenvolvimento da maternidade e maternagem. O tempo hábil também pode se esgotar, e de repente a cirurgiã de sucesso se vê ameaçada de não desabrochar como mulher fecunda e nutriz.

Aumentaram as mulheres em medicina e suas incursões em territórios antes exclusivamente masculinos. Não hesitam, como antes, em escolher cirurgia geral, uro, procto, ortopedia. Pode haver certa resistência de alguns chefes, mas nada que se compare à que considerava essas especialidades impróprias para mulheres<sup>4</sup>.

Atualmente, há forte tendência, entre os sextanistas em geral e principalmente entre as mulheres, de escolher especialidade que proporcione melhor qualidade de vida. A escolha se complica para a mulher, pois pesam, para ela, suas triplas ou quádruplas jornadas de trabalho.

É difícil aplacar a angústia de ex-alunas que me procuram com culpa e dificuldade de conciliar carreira e maternidade. Em algumas circunstâncias, é preciso haver renúncia ou remanejamento de plantões ou do trabalho de 12 horas ao dia: o vínculo mãe-bebê, a maternagem, a *réverie* não podem deixar de ser considerados essenciais e prioritários.

O trabalho médico absorve, suga, mas também gratifica muito, principalmente os vocacionados que se realizam no cuidar, os que sentem a alegria da competência reconhecida no diagnóstico bem feito, na cura, no alívio e orientação de pacientes, na vitoriosa participação no processo de dar à luz, dar caminhos, dar esperança, ensinar, concluir trabalhos científicos, publicá-los, sentir o amadurecimento emocional e o tão esperado sabor da independência econômica.

Há, porém, complexidade e necessidades peculiares nessa carreira que desafia os jovens e os encanta, assim como encanta as famílias – e entre elas as que talvez inconscientemente tenham incentivado os filhos para a medicina como tentativa de obter prestígio, segurança e acesso mais fácil aos cuidados médicos –, mas que cobra pedágio elevado dos que não conseguem elaborar sua frustração, a quebra da onipotência, do orgulho narcísico; e cobra também dos que não recebem suporte necessário, dos que vão empurrados, sem vocação, na ânsia de fazer dela um ganha-pão prestigiado, mas sem recompensas internas.

Já mencionamos que a clientela que aporta nas faculdades de Medicina pode já trazer problemas e dificuldades emocionais, porém a carreira e a profissão são de risco para muitos, com considerável frequência de transtornos de ansiedade, de humor, de substâncias e ideação suicida.

Não só o estudante como também o médico, o docente, precisam considerar com cuidado as vicissitudes e atribulações do seu mister, procurar auxílio quando necessário e tentar se preservar não só do que o infarta, infesta ou infecta, mas também do que o infelicitiza.

## SERVIÇO DE ORIENTAÇÃO PSICOLÓGICA E PEDAGÓGICA (SOPPA) – TUTORIA/MENTORING

Ao longo do curso, se vê um estudante que pode se beneficiar com o concurso de um tutor, de alguém que se

interesse por sua pessoa, que veja, além do aluno, o menino-homem no seu caminho para cuidador e que possa ajudá-lo na sua adaptação à faculdade, ao curso, à vida.

Pode haver má interpretação da “*Mentoria*” (Tutoria/*Mentoring*), percebida erroneamente como “passar a mão na cabeça do aluno-médico, que tem que se virar sozinho”. Mesmo na criação de serviço de apoio psicológico há uns 20 anos, houve vozes contrárias, com alegações como: “não é o objetivo da escola”.

Pelo contrário, é preciso que a escola esteja atenta e apta a ajudar o aluno, desde seu ingresso, a se tornar um profissional competente com menos desgaste emocional.

A escola deve prover meios pelos quais dificuldades pessoais, emocionais, intelectuais, crônicas ou agudas, situacionais ou permanentes, possam ter vazão na saúde competição esportiva, nas artes, no lazer adequado, quando não nos consultórios de psicoterapeutas competentes.

Fundamos, eu e o Dr. Carlos Feres, o Serviço de Orientação Psicológica e Pedagógica para Aluno (Soppa) em 1989, que um grupo de psicólogos e um psiquiatra conduzem até hoje. Como em outros serviços similares, tem atendido estudantes de Medicina e Enfermagem com problemas de relacionamento pessoal, sexual, social e dificuldades com o curso, professores e colegas. Os transtornos de ansiedade (principalmente pânico, fobia social, TOC) e transtornos de humor são prevalentes, embora se encontrem também transtornos ligados a álcool e a outras substâncias, e transtornos alimentares. São oferecidas orientação, psicoterapia individual e em grupo, e farmacoterapia, se necessária.

Muitos estudantes são resistentes: alguns negam, outros, mesmo reconhecendo a necessidade, não procuram ou não aderem ao atendimento profissional. Alguns preferem profissionais extramuros da escola, temerosos de ser estigmatizados por buscar atendimento psicológico ou psiquiátrico.

Na primeira avaliação que fizemos entre os alunos sobre esse Serviço, verificamos que a percentagem dos que achavam que tinham problemas emocionais que requeriam atenção especializada foi bem maior do que a percentagem dos que referiram tê-la procurado, dentro ou fora da escola. Alguns relataram não procurar ajuda por “vergonha”, “receio”, “falta de tempo”.

Para incentivar os alunos a buscarem o serviço, é preciso que ele seja bem conhecido, em lugar de fácil aces-

so, mas sem exposição, com garantia de sigilo absoluto, contando com profissionais competentes e dedicados a essa tarefa, que pode ser árdua. É importante também fazer avaliações periódicas do Serviço de Apoio.

Em congressos, vários docentes têm discutido a dificuldade da faculdade em face de alunos com problemas graves que podem interferir na futura profissão: ainda não há alternativas muito satisfatórias dentre as possíveis nos limites que nos são impostos. Esse assunto continua merecendo a elaboração de soluções eficazes. Parece-me que algumas faculdades têm tido maior facilidade para solucionar esse problema, que se torna ainda mais difícil quando o reconhecimento dele ou a inquietação pelo transtorno do aluno acontece no internato.

Se a escola não conta com um serviço de apoio adequado que sirva de retaguarda, não pode lançar mão de outro instrumento útil para melhorar a qualidade de vida do estudante médico: a “*Mentoria*” ou Tutoria/*Mentoring*.

O programa Tutoria/*Mentoring* traz a possibilidade de uma tutela amiga, competente e confiável, proporcionada a grupos de 8-12 alunos do primeiro ao sexto ano, por professores que se inscreveram e fizeram um curso de capacitação de 40 horas (de setembro de 2000 a fevereiro de 2001), a maioria dos quais coordena seu grupo de maio de 2001 até hoje.

Na capacitação, professores jovens, ao lado de docentes já experimentados, puderam expor suas dúvidas e percepções sobre suas relações interpessoais, ensaiar novas formas de desempenho de papéis, familiarizar-se com fenômenos inerentes ao funcionamento de pequenos grupos e aumentar seu conhecimento da dinâmica da “relação docente-aluno, tão paralela e semelhante à relação médico-paciente”<sup>5</sup>.

No início, os alunos relataram suas expectativas sobre o então projeto: “espero que o tutor seja amigo que partilhe experiências pelas quais passou, os caminhos que percorreu”; “que não necessariamente tenha todas as respostas”, mas que aja como catalisador de *insights* e reações importantes no grupo.

A Tutoria, não com a finalidade de ensino de determinados conteúdos, mas a Tutoria/*Mentoring* é palco cênico onde se encontram atores estudantes, ansiosos por aprender a viver, a vir a ser médico, e o professor-educador, ouvido interessado, disponibilidade generosa, partilhando sua experiência, compreendendo junto, se enriquecendo junto... Tem sido uma experiência pro-

missora para o desenvolvimento desse almejado encontro pessoa-pessoa<sup>6</sup>.

Bellodi e Arruda Martins escreveram um livro substancial e abrangente sobre Tutoria/*Mentoring*, no qual, a convite dos autores, descrevi minhas primeiras experiências como coordenadora de Tutoria na Famerp<sup>7</sup>. Desde então, introduzi algumas mudanças: o número de oito alunos por grupo passou para 12 (nem todos comparecem a todas as reuniões, e é preciso haver número suficiente para fornecer um "eco"); experimentamos uma dupla de tutores (dois docentes, um do sexo masculino, outro do sexo feminino, ou duas mulheres ou dois homens), além dos habituais individuais, com resultado muito bom.

Inovamos também com a figura do tutor júnior, residente que deseja continuar no grupo e ajuda na coordenação.

Tínhamos certo desconforto com tutoria "festiva". Claro que há lugar, espaço e tempo para as comemorações de final de ano ou algum evento importante do grupo, mas há tutorias em que quase todos os encontros se fazem em volta de mesa apetitosa e com refrigerantes.

Em nossa concepção, o modo apresentado talvez não fosse o mais adequado para fazer *Mentoring*. Mas deparei dos relatos de alunos pertencentes a esses grupos (fui, inclusive, a algumas dessas reuniões) que, mesmo que algumas vezes não haja ambiente propício para expor dificuldades abertamente durante o encontro, a forte afetividade que passou a existir entre os alunos das diferentes séries e entre eles e seu tutor (ou tutores) leva a que sintam conforto, estímulo e confiança uns nos outros e no docente, que podem servir de porto seguro quando necessário. Nesses grupos a adesão é grande.

Há grupos com componentes de diferentes séries e outros cujos alunos pertencem a uma só. Os primeiros parecem funcionar melhor e relatam constantemente como vantagem "a oportunidade de conhecer melhor e interagir com colegas que só viam de longe". Dois grupos de mesma classe se desfizeram por várias razões, entre as quais por conterem "pessoas muito conhecidas e com os mesmos problemas"; outros dois grupos de mesma classe foram juntos até o sexto ano numa convivência profícua e agradável, tendo resistido inclusive a receber outros membros.

Vários tutores saíram, principalmente por falta de tempo, por acúmulo de tarefas assistenciais ou trabalhos

científicos ou por problemas familiares; outros, por terem voltado para São Paulo, capital; alguns por se desanimarem frente à baixa frequência de tutorados na sua reunião.

Os alunos, por outro lado, sentem a perda e fazem o luto, relatando que se sentiram "abandonados"; outros se decepcionam com o que nomeiam "falta de interesse do tutor" que deixa de marcar reuniões ou "desmarca na última hora" ou "parece estar cumprindo obrigação".

Ficamos também mais flexíveis, remanejando – após experimentarem alguns meses – alunos insatisfeitos com os colegas ou com o tutor do grupo para o qual haviam sido encaminhados por sorteio.

Preocupada com a falta de adesão de alguns alunos, fui em busca ativa deles e das razões pelas quais não compareciam. Embora tenha resgatado alguns, senti que não houve os frutos esperados da procura. As razões oferecidas foram: "falta de tempo, esquecimento, não tinha tutor apontado porque era aluno transferido", alguns se desculparam... e continuavam faltando.

Algumas respostas dos doutorandos, colhidas a cada ano, nos preocupam: "tutoria é perda de tempo, prefiro estudar" ou "discussões inúteis sobre temas repetidos". Porém, outros relatos nos estimulam a insistir: "meu tutor substituiu meu pai", "tutoria foi a melhor experiência da minha vida universitária", "tutoria me fez conhecer melhor meus colegas... me deu outra visão da instituição e da profissão que escolhi", "mostra que o professor se preocupa conosco".

Entre os docentes do programa, 90% relataram se sentir felizes como mentor. Há relatos como: "me reciclo como docente e como mãe"; "a experiência de tutoria nos torna especiais".

Temos trabalhado para melhorar a comunicação nas reuniões, que foi vista como tendo falhas, e também tornar o programa mais conhecido entre os calouros.

Tutoria faz bem: nós acreditamos nisso.

Já foi demonstrada a necessidade e os dividendos trazidos pelo Serviço de Apoio Psicológico ao Aluno e pela Tutoria/*Mentoring*, tanto no atendimento e prevenção de males maiores, como ao proporcionarem melhor qualidade de vida do discente e melhor saúde institucional. A saúde de uma instituição não se mede somente pelo grau de excelência intelectual de alunos e docentes, mas também pela maturidade emocional, criatividade e possibilidade de sentir alegria de viver e fazer viver.

Os alunos são estímulo e esperança, razão primeira para o esforço de um conjunto de professores que, dentro e fora do seu horário de trabalho, se dispõe generosamente a acolher essas mentes-sementes, criando condições, catalisando reações para que todo esse potencial jovem possa explodir em realizações inteligentes, criativas, até geniais, mas sempre marcadas por uma inspiração amorosa.

## REFERÊNCIAS

1. Alves R. Conversas com quem gosta de ensinar. Campinas: Papirus; 2008.
2. Cruz EMTN. O prefixo des e a prática e ensino médicos: Humanizar é preciso. Rev Bras Educ Med. 2002;26(2):128-31.
3. Rego S. A formação ética do médico. Saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
4. Cruz EMTN. A escolha da especialidade em Medicina. Campinas; 1976. Doutorado [Tese] – Universidade Estadual de Campinas.
5. Cruz EMTN. Formando médicos da pessoa: O resgate das relações médico-paciente e professor aluno. Rev Bras Educ Med. 1997;21(2/3):22-8.
6. Cruz EMTN. A relação com o paciente no contexto da pós graduação. In: Branco RFGR. A relação com o paciente. Teoria, ensino e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
7. Cruz EMTN. Tutoria/Mentoring na Famerp. In: Bellodi PL, Martins MA. Tutoria/Mentoring na formação médica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.

## ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Av. Faria Lima, 5416  
São José do Rio Preto – São Paulo  
15090-000 SP

---

# Diálogo Filosófico sobre Qualidade de Vida

## *A Philosophical Dialogue on Quality of Life*

Patricia Tempiski<sup>1</sup>

Palavras-chave: Qualidade de Vida  
Keywords: Quality of Life

---

O conceito de qualidade de vida é um construto moderno e uma preocupação antiga, pois a ideia de viver com qualidade já estava presente na Antiguidade.

Atualmente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define qualidade de vida como: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”<sup>1</sup>. A OMS afirma também que qualidade de vida não tem um conceito universal, porque se baseia primariamente na percepção individual e subjetiva da posição do indivíduo na vida. Qualidade de vida compreende quatro domínios principais: físico, psicológico, ambiental e de relação social.

A mensuração da qualidade de vida é difícil, pois está centrada na subjetividade e na inter-relação de fatores pessoais, sociais, ambientais e políticos. Apenas uma medida ou um olhar estanque não permitem perceber a realidade em sua totalidade, o que exige um olhar diferente, algumas vezes mais alto e em outras um olhar de imersão, como no jogo de lentes do microscópio, onde os sucessivos distanciamentos e aproximações permitem conhecer bem o objeto de estudo. Portanto, qualidade de vida deve ser avaliada por meio de uma ótica holística e transdisciplinar e também por meio da ótica subjetiva e individual.

Pensar em qualidade de vida tem como causa e consequência avaliar a própria vida e os valores atribuídos ao viver por meio da experiência pessoal ou coletiva, a

partir do contexto social e histórico. Tal preocupação esteve presente desde a Antiguidade, pois, ainda que não se falasse no termo qualidade de vida, que é um construto moderno, os filósofos sempre estiveram interessados em refletir sobre o que significa ter uma vida satisfatória e feliz.

Após estudar a qualidade de vida do estudante no curso de Medicina e buscar compreender a complexidade com que se tecem seus múltiplos fatores de influência, foi necessário reler os filósofos para concluir que, mais que tentar sobreviver ao curso de Medicina, deve-se refletir sobre o viver em qualquer fase da vida, antes, durante e depois da graduação.

Esta revisão sobre os pensamentos de vários filósofos serviu de embasamento teórico para a elaboração da tese de doutorado “Avaliação da qualidade de vida do estudante e da influência exercida pela formação acadêmica”. Este texto é uma versão modificada do trabalho de conclusão da disciplina “Aspectos filosóficos do conhecimento em saúde” do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo.

### **A IDEIA**

O conceito de qualidade de vida é um construto moderno e uma preocupação antiga, que exige, além de diferentes olhares, uma visão filosófica.

---

<sup>1</sup> Faculdade Evangélica do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

Visitando o mundo das ideias e admitindo uma situação ideal e platônica, uma reflexão acerca de qualidade de vida exigiria um diálogo entre os grandes pensadores, reunidos num mesmo espaço físico e temporal, onde cada um traria sua contribuição segundo seu tempo, sua cultura e suas ideias. A pesquisadora, nesse caso, se colocaria diante da honrosa posição de mediar essa conversa e preparar o encontro.

## O CONVITE

O convite seria destinado a todos os filósofos e pensadores que refletiram sobre as regras do bem viver e conviver. No entanto, o encontro não deve, de modo algum, ser um conclave, a portas fechadas, pois a filosofia deve ser utilizada para melhorar a vida das pessoas, aprimorando a *polis*, como diria Sócrates. Desta forma, o encontro deveria ter livre acesso aos interessados pelo tema.

## O LOCAL

Seguindo a tradição, o encontro deveria acontecer na Academia de Platão, fundada em 387 a.C., nos arredores de Atenas. A Academia foi idealizada por Platão com o objetivo de formar líderes. Lá se ensinavam ciências, ginástica, música, filosofia e astronomia. Na entrada havia a inscrição: “Não entre quem não saiba geometria”.

Nesse encontro, a entrada seria permitida até aos que não têm grande intimidade com geometria, pois o próprio Pitágoras estaria presente e poderia ministrar aulas de reforço.

A segunda opção de local seria a Áustria, prestigiando o Círculo de Viena. Em qualquer um dos locais, as falas teriam tradução simultânea para que a linguagem do encontro fosse acessível a todos os presentes, reafirmando ideais de humanidade e ecumenismo.

## OS ASSENTOS

Os assentos são livres, mas, se Wittgenstein quisesse, poderia trazer sua cadeira de praia listrada e reclinável, que usava para lecionar. Assim como Sartre e Beauvoir poderiam se assentar à mesa com cadeiras semelhantes às dos cafés de Paris que frequentavam. Epicuro e seus seguidores, se quisessem buscar maior conforto,

teriam à sua disposição divãs como os que usavam em sua escola. Para Descartes, haveria um assento junto ao aquecedor central, pois era este seu lugar preferido de reflexões. O único lugar marcado é o de Sócrates, que, como patrono da Filosofia, deverá sentar-se ao centro do grupo.

## O DIÁLOGO

A pesquisadora recepcionaria os presentes e os saudaria. Explicaria ao grupo que não haveria uma ordem nas participações, nem limite de tempo, cada um poderia se inscrever quantas vezes quisesse. A única condição imposta é que Sócrates seria o primeiro a falar. Desta forma idealizada se iniciaria o evento.

Sócrates se levantaria vestido de modo muito simples e com pés descalços, como costumava viver. Sempre foi tido como o homem mais sábio de Atenas, mas, como nunca cobrou por seus ensinamentos, vivia humildemente.

SÓCRATES (469-399 a.C.) – Eu acredito que a felicidade está em levar uma boa vida. Portanto, para falar de qualidade de vida, deveríamos delimitar bem o que é bom e ruim na vida. Tudo o que sei é que nada sei. Hoje o que farei é questionar a todos. Fazê-los pensar sobre o tema. O pensamento precisa de um interlocutor com quem possa sempre discutir. O verdadeiro conhecimento nasce do diálogo, arrancado do interior de cada discussão. Portanto, declaro aberta a discussão.

PLATÃO (428-354 a.C.) – É com imenso prazer que recebo a todos na minha Academia, em especial meu mestre Sócrates, que me encheu com seus ensinamentos, possibilitando o registro de suas ideias. Creio que deve existir uma qualidade de vida ideal, típica do mundo das ideias, onde o indivíduo tenha um perfeito estado de bem-estar físico, mental e social. Percebo que essa ideia de ideal foi usada muitos séculos depois na moderna definição de saúde da OMS.

NORDENFELT (prof. de Filosofia da Universidade de Linnköping, Suécia) – Com todo respeito, Sr. Platão, mas esse ideal é muito difícil de ser alcançado no mundo sensível. Nada vejo de errado em traçar metas utópicas. É bastante valioso ter uma meta, em que pese não haver esperança de um dia atingi-la. A definição proposta pela

OMS é, na verdade, a definição de felicidade total ou altíssima qualidade de vida. Para tanto, devemos ter uma boa saúde e viver em situação favorável. Além de sermos incomumente afortunados para isso, deveríamos viver na sociedade ideal descrita por Thomas Morus em “Utopias”. No meu entender, deveríamos ouvir Aristóteles, que, ao negar o mundo invisível das formas platônicas e dedicar-se ao mundo natural, inspirou muitas gerações de filósofos com suas ideias de felicidade e bem viver.

ARISTÓTELES (384-322 a.C.) – Eu acredito que a causa final do homem, seu objetivo supremo é a felicidade. Atingir a felicidade e uma boa vida depende de uma conduta moral moderada, sem excesso, na justa medida dos “pitagóricos”. Habituá-lo a uma boa conduta é ter bons costumes e uma vida intelectual sossegada. Aproveito a minha fala para dizer a vocês que mesmo os grandes filósofos cometem enganos, e o meu foi colocar a mulher como um ser inferior ao homem. Portanto, me dirijo a Simone de Beauvoir, que aqui representa o pensamento filosófico feminino, a fim de que aceite minhas desculpas.

SIMONE DE BEAUVOIR (1908-1986) – Caro Aristóteles, aceito suas desculpas em nome de todas as mulheres. Entendo que esses pensamentos eram baseados numa cultura própria da sua época e eles em nada diminuem sua contribuição para a filosofia e a ciência. Escrevi sobre o papel das mulheres na construção da sociedade no meu livro “O Segundo Sexo”, lhe darei um exemplar dele.

ZENÃO (336-264 a.C.) – Em 300 a.C. fundei minha escola em Atenas e, por ensinar em um pórtico (*stoa*, em grego), meus alunos e seguidores receberam o apelido de estoicos, e as minhas ideias, de estoicismo. Mesmo tendo fortes raízes socráticas, concordo com Aristóteles. Creio que uma vida boa é uma vida virtuosa. Deve-se aceitar o destino e não lutar contra as adversidades da vida. Querer demais o que não se pode ter traz infelicidade. Viver de acordo com a razão significa desviar-se das paixões, que são perturbadoras à razão. Acredito que o mundo seja regido por uma Providência Racional, e cada um deve se reconhecer como parte dela, aceitando sua condição como aceitaram suas posições tanto imperadores como escravos, como, por exemplo, o imperador Marco Aurélio, o senador Sêneca e o escravo Epicteto, todos estoicos como eu.

WILLIAM GLASSER (psicólogo, séc. 20) – Gostei muito disso, Zenão. Gostei tanto que desenvolvi minha teoria com base nesta sua afirmação. Reafirmo esta questão no meu livro “Teoria da Escolha”. Entendo que não se pode querer demais o que não se pode ter, sob pena de diminuir sua felicidade e qualidade de vida.

EPICURO (342-271 a.C.) – Eu e Zenão somos contemporâneos, ambos vivemos em Atenas e lá fundamos nossas escolas, que tinham em comum a preocupação com o modo de vida das pessoas na *polis*. Porém entre nós havia uma diferença. Acima da entrada da minha escola havia a inscrição: “O prazer é o bem maior; não se preocupe e seja feliz”. Eu gostava de ensinar nos jardins, o que rendeu aos meus alunos o apelido de “filósofos de jardim”. Minha ideia de qualidade de vida era aproveitar as coisas simples da vida, como uma boa refeição na companhia de amigos e evitar a dor a qualquer custo. Vendo a modernidade, percebo que minha filosofia está presente em vários lugares, adesivos, camisetas e em músicas: “Don’t worry, be happy”. Não é por acaso que pessoas que se dedicam a prazeres extremos ainda hoje são chamadas de epicuristas.

ADRIEN HELVÉTIUS (1715-1771) – Concordo em parte com você, Epicuro. Porque a minha ideia é buscar um prazer coletivo e não individual. Ao escrever a obra “Sobre o Espírito e sobre o Homem”, falei da sensibilidade física do homem. Acredito que se faz necessária uma nova educação que forme os homens de acordo com o interesse público, isto é, o máximo de felicidade para todos e o mínimo de dor para cada indivíduo.

EPICETETO (55-135 d.C.) – Vivi como escravo no Império Romano, o que não me impediu de estudar e me tornar um filósofo estoico, graças ao auxílio de Epafrodito, que foi meu mestre e me enviou a Roma para estudar com Musônio Rufo. Em Roma, acabei sendo liberto. Minhas obras buscavam respostas de como viver uma vida com qualidade, tranquilidade e sabedoria. Admito que a vida cotidiana seja repleta de dificuldades nos mais variados graus e que a filosofia tem por função auxiliar as pessoas a enfrentarem positivamente seus desafios. Acredito que para ter uma vida de qualidade é necessário dominar os desejos, desempenhar as obrigações e aprender a pensar com clareza a respeito de si mesmo

e de seu relacionamento com a comunidade. Pude perceber que esses preceitos fundamentam hoje a moderna psicologia de autogerência. Acho um tanto exagerada a preocupação dos epicuristas com a satisfação plena dos desejos físicos. Felicidade, realização pessoal e qualidade de vida são consequências naturais de atitudes corretas. Quando algo acontece, a única coisa que está em seu poder é a sua atitude em relação ao fato. Suas alternativas são: a aceitação ou o ressentimento. O que realmente nos afeta não são os acontecimentos em si, mas a maneira como nos posicionamos perante eles. Não são as coisas que nos perturbam, mas a forma como interpretamos seu significado. Por isso, as pessoas sentem o estresse de uma mesma situação de formas diferentes, pois o posicionamento que adquirem depende da sua cultura, experiências, conhecimento e sentimentos. Isso faz com que cada um tenha uma visão muito própria e individual do que seria qualidade de vida para si. Tais ideias estão presentes na obra de William Glasser e o auxiliaram a construir a sua “Teoria da Escolha”, que resumidamente diz que o indivíduo é livre para interpretar os fatos do seu dia a dia, sofrer com eles ou não, pois a escolha é sua. Li seu livro, William, e me encontrei em muitas páginas.

WILLIAM GLASSER – Sinto-me honrado com a sua aprovação.

ANAÏS NIN (1903-1977) – Realmente, Epicteto, não vemos o mundo como ele, é mas como nós somos. A interpretação da realidade e a valoração dos acontecimentos dependem da nossa cultura e posicionamento perante a vida.

ROBERTO CARLOS (1941-) – Eu não sou filósofo, mas digo e canto exatamente o que Epicteto falou. Se o bem e o mal existem, é preciso escolher, é preciso saber viver! É preciso saber viver para ter qualidade de vida.

SÃO TOMÁS DE AQUINO (1225-1274) – Concordo com Epicteto e com Zenão acerca do desprezo pelos desejos físicos, porque vivi em plena Idade Média, cuja designação traz embutida certa carga de desprezo por esse período de mil anos entre o esplendor greco-romano e o Renascimento. Essa época foi marcada pelo obscurantismo e desenvolvimento rural. Participei ativamente da

escolástica, e nossa visão de qualidade de vida era: “*ora et labora*”, ou seja, orar e trabalhar. Nosso entendimento se baseava na filosofia aristotélica a partir de uma visão cristã. Outra corrente, representada pelas “Confissões” de Aurélio Agostinho (354-430), bispo de Hipona, mais conhecido como Santo Agostinho, trazia um pensamento marcadamente platônico. O principal valor na vida humana nessa fase era o cristianismo e a busca de uma vida santa. O indivíduo era anônimo, despojado de vaidades pessoais e colocado a serviço de Deus.

BALTASAR GRACIÁN (1601-1658) – Eu acredito que, além de buscar uma vida virtuosa, como foi citado, deve-se exercitar a prudência, para uma vida de qualidade.

PESQUISADORA – Os ilustríssimos mestres que discorreram até o momento nos brindaram com suas ideias de uma vida boa, na qual a felicidade é o objetivo maior. Parece ser consenso que a felicidade pode ser alcançada por meio de uma vida regrada e virtuosa, e o posicionamento perante as vicissitudes da vida é que faz diferença entre ser ou não feliz. O conceito de resiliência se encaixa muito bem nesta questão. Resiliência é um termo da física utilizado para designar a capacidade de um material de sofrer pressão e, após finalizada a pressão, voltar ao seu estado inicial sem sofrer alteração. O termo resiliência foi emprestado da física de modo transdisciplinar para designar a capacidade de uma pessoa de lidar com problemas, superar obstáculos e resistir a pressões externas sem desenvolver dano físico, psicológico ou social. A resiliência permite ressignificar as adversidades da vida e, conseqüentemente, atribuir mais valor e qualidade à vida que se vive. Precisamos demonstrar isto cientificamente, mas tenho a hipótese de que as pessoas resilientes têm melhor qualidade de vida.

SÓCRATES (469-399 a.C.) – Este tema é muito instigante e sugiro que nosso próximo encontro trate especificamente da resiliência.

Todos os presentes concordaram.

PESQUISADORA – É importante lembrar que atualmente o conceito de qualidade de vida assume outras dimensões além dos aspectos de vida pessoal. Qualidade de vida é o viver que é bom e compensador em pelo menos

quatro áreas de abrangência: física, psicológica, ambiental e de relação social.

RENÉ DESCARTES (1596-1650) – Sendo assim, sugiro que usemos o meu método nessa discussão, uma vez que estamos diante de uma série de eventos, todos contribuindo para uma boa qualidade de vida. Em primeiro lugar, devemos duvidar de tudo o que já foi dito sobre o tema. Como na metáfora do cesto de maçãs, restariam somente as verdades absolutas. Depois, dividimos os problemas, ou seja, as dimensões que interferem na qualidade de vida, e iniciamos das mais simples às mais complexas. Por fim, revisamos todo o conhecimento assim construído para verificar se nada nos escapou. O exercício da dúvida permite a construção do juízo e tem como principal característica a liberdade. Qualquer cidadão pode produzir a verdade; quanto menos dúvida, mais perto da verdade. A dúvida é produtiva, e não paralisante, porque leva ao encontro da verdade, através do juízo. Duvidar sempre até da própria existência; daí concluo: “*cogito ergo sum*”.

PASCAL (1623-1662) – Prezado Descartes, a história da ciência mostrou como seu método auxiliou o desenvolvimento das disciplinas e do conhecimento em suas diversas áreas. Todavia, trouxe também a segmentação do conhecimento na medida em que o dividiu. Estudar A isolado de B é diferente de estudar  $A + B$ , pois na totalidade surgem interações que são perdidas na segmentação. Devemos pensar em todas as coisas como sendo causa ou causadora e unidas umas às outras. Considero impossível conhecer as partes sem conhecer o todo, assim como considero impossível conhecer o todo sem conhecer singularmente as partes. Todo conjunto organizado produz qualidades que não existem nas partes isoladas. Esses princípios estão presentes na Teoria Sistêmica.

ANTÓNIO DAMÁSIO – “Penso, logo existo”, de Descartes, talvez seja uma das frases mais famosas da história da filosofia. Ela afirma que pensar e ter consciência definem o ser humano. Nessa concepção, o ato de pensar é uma atividade separada do corpo, estabelecendo um abismo entre mente e corpo. Acredito que sentimentos e emoções são percepções diretas dos nossos estados corporais e constituem um elo essencial entre corpo e consciência. Então sugiro: “Penso e sinto, logo existo”.

ISSAC NEWTON (1642-1727) – Minha sugestão é que o grupo tente formular uma equação que possa medir a qualidade de vida. Pois em tudo o que se pode formular também se pode crer. Assim se faz a ciência moderna. No grego, a expressão “*ta mathema*” significa conhecimento completo. Começarei agora mesmo a formular uma equação para isto.

IMMANUEL KANT (1724-1804) – Mas, Newton, teríamos que ter uma fórmula para cada indivíduo. Porque a percepção do mundo acontece a partir do sujeito, o que ele enxerga sobre qualidade de vida tem a sua interferência. Além do que a matemática trata de fenômenos concretos, e qualidade de vida tem aspectos subjetivos e qualitativos.

PESQUISADORA – Existe atualmente um grande número de escalas de avaliação de qualidade de vida. É dificuldade comum entre elas a validação de suas propriedades psicométricas, o tempo despendido para responder e analisar estas escalas, bem como as especificidades de cada grupo estudado, que podem não ser levadas em conta num instrumento universal. Os instrumentos de avaliação de qualidade de vida devem conter indicadores sociométricos, demográficos, ocupacionais, de bem-estar psicológico, sintomas mentais, saúde física, relações de suporte social, finanças e atividades cotidianas. Esses questionários podem ser autoaplicáveis, sendo que o entrevistado determina o peso de cada item em sua vida com base em sua percepção, como bem lembrou o Sr. Kant. A fim de aumentar a confiabilidade desses instrumentos, eles devem ser adaptados a cada grupo de estudo. Mas da mesma forma está correto o Sr. Newton ao propor a construção de uma fórmula matemática que avalie qualidade de vida. Este é um desafio perseguido por vários estudiosos, mas infelizmente ainda não alcançado nem pelo inventário da OMS, que, mesmo tendo sido validado para várias culturas, não generaliza seus dados e nem determina o nível mínimo ou ideal de qualidade de vida. Em nossos estudos, elaboramos um inventário de qualidade de vida específico para estudantes de Medicina, o IQVEM, construído e validado para este grupo. Neste momento, ele vem sendo aplicado em diferentes escolas médicas no Brasil.

PASCAL (1623-1662) – Minha cara, meus parabéns pela iniciativa nobre e pela preocupação com a saúde da-

queles que futuramente irão cuidar da saúde dos outros. Penso que este instrumento, o seu IQVEM, nos mostrará especificidades dos estudantes que os outros instrumentos talvez não nos dessem. Mas, por outro lado, que mal há em não conseguir a universalidade ou em não obter a completa certeza das coisas?

BOHR (1882-1970) – Nenhum mal. Afinal, usamos a probabilidade e o princípio da incerteza para explicar a Teoria Quântica.

EDGAR MORIN (1921-) – O desenvolvimento da ciência esteve intimamente atado à quantificação. O que não fosse quantificado poderia ser eliminado. Entretanto, a existência não pode ser quantificada. Não há como medir a dor ou o amor de alguém. Quantificação não indica nada sobre qualidades. O conhecimento da realidade humana é complexo e exige relacionar as partes com o todo e elas entre si. O pensamento complexo não é um conceito manipulável, mas busca em si próprio uma visão multidimensional, ou seja, busca a contextualização. Sendo assim, cara pesquisadora, concordo com você em que será muito difícil quantificar qualidade de vida ou formular uma equação universal para isto. Creio que problemas complexos como este exigem estudos interpolitransdisciplinares, dos quais emergiriam análises satisfatórias. Afinal, de que serviriam todos os saberes parciais senão para formar uma configuração que responda a nossas interrogações?

PESQUIDADORA – Alguns autores afirmam que qualidade de vida é um tema tão amplo que tudo que está dito sobre isto está correto, mas não dá conta da totalidade do conceito.

FRIJOT CAPRA (1939-) – Correto, deveríamos nos debruçar sobre o tema da qualidade de vida exercendo uma nova espécie de ciência, que lidasse com qualidades e não somente com quantidades e que se baseasse em experiências partilhadas e não somente mensurações verificáveis. Por outro lado, os modelos conceituais que interligassem esses dados teriam de ser logicamente consistentes, como qualquer modelo científico, e talvez pudessem incluir até mesmo elementos quantitativos. Seria possível quantificar suas afirmações e lidar com valores baseados na experiência humana. Nesse caso,

estariamos diante de uma nova epistemologia, com novas ideias e sentimentos. A linguagem dessa nova ciência deveria ser retratadora e não meramente descritiva, semelhante à linguagem poética.

PESQUISADORA – Muito me agradou sua fala, pois o método escolhido por minha equipe de pesquisa em qualidade de vida foi bastante semelhante ao que você descreveu. Iniciamos a coleta de dados ouvindo por meio de grupos focais a população estudada, seus anseios, angústias, experiências pessoais e como entendem e sentem sua qualidade de vida. Em seguida, usando a linguagem retratadora, fizemos análise do discurso. Com base nos dados qualitativos que emergiram desta análise, construímos um inventário adequado àquela população, pautado em sua realidade. Tal inventário nos deu a parte quantitativa do estudo, e a partir daí nosso desafio foi interpretar conjuntamente os dados quantitativos e qualitativos. Realmente, esse diálogo entre o que é mensurável e o não mensurável parece um jeito novo de fazer ciência. Ouvindo você, tenho a impressão de que escolhemos o caminho certo.

MONTESQUIEU, CHARLES LOMS DE SECONDAT (1689-1755) – Acredito que a discussão sobre qualidade de vida tem uma visão individual, mas creio também que algo de geral deva existir nesse tema. Em minha obra “Do Espírito das Leis” me aproximo disso ao afirmar que as religiões, os valores morais e os costumes devem ser analisados não em si mesmos, mas em sua relação com os diversos modos de organização das sociedades. Essas dimensões governam os homens, formando um espírito geral. Portanto, estudar o homem em uma sociedade e sua qualidade de vida pressupõe estudar seu espírito geral.

Os senhores ao seu lado balançam a cabeça afirmativamente, pois essas ideias de Montesquieu eram pactuadas pelo grupo francês “Les philosophes”, do qual faziam parte Montesquieu, Voltaire, Diderot, La Mettrie, D’Alembert e Rousseau.

JOHANN HEDER (1744-1803) – Caro Montesquieu, eu acredito que a poesia é um caminho para se chegar a esse seu denominado “espírito geral”. O povo é poeta. Pesquisei lendas, mitos, narrativas, canções populares,

versos e outros legados das tradições populares. Esse material pode não ter o refinamento, mas revela a alma de um povo, ou seja, aquilo que faz com que um povo seja aquilo que ele é. O modo como vê sua qualidade de vida e se ela é ou não satisfatória está sujeito a essa tradição popular, sua linguagem não é apenas um instrumento de comunicação, mas também seu pensamento em ato. Assim como eu, Goethe acredita na poesia, e na sua obra fez uma síntese entre filosofia e poesia. Capra, hoje, também ressaltou a importância da linguagem poética na nova ciência.

RUBEM ALVES (1933-) – Concordo, pois falar de qualidade de vida é falar da vida, e nela há espaço para prosa e poesia. Podemos ter um método para conhecer as coisas, e para isto dou exemplo da pesquisa sobre a vaca, que na sua totalidade é vaca, mas para ser conhecida nos seus detalhes deve ser vista aos pedaços no açougue. Porém, como disse um aluno, não preciso partir a vaca para saber que vaca é vaca. Então, usando poesia, eu digo que ter qualidade de vida é ter alegria, pois contra a certeza de alegria na sua própria vida não há argumentos, para isto não são necessárias medidas.

GONZAGUINHA (1945-1991) – Eu, que sou poeta e músico, gostei muito de ouvir que poesia e filosofia se misturam. Gostei também de ver valorizada pela ciência a voz do povo e sua cultura. Mesmo respeitando muito as concepções filosóficas apresentadas aqui, eu fico com a pureza da resposta das crianças: a vida é bonita, é bonita e é bonita. E falando em qualidade de vida... eu sei que a minha vida poderia ser bem melhor e tenho fé que será, mas isto não impede que eu repita que a vida é bonita, apesar das dores, dos desamores e das nossas lutas.

GEORG WILHELM HEGEL (1770-1831) – Realmente, a identidade de um povo e a forma como entende sua realidade estão fundamentadas em suas tradições. Mas na minha reflexão existe, além disso, o curso da história, que subsidia a compreensão do presente. Minha proposta é que se entenda um conceito no presente, nesse caso a qualidade de vida, a partir da explicação do sentido do desenvolvimento histórico, num compromisso com a realidade. Pois sempre existe um processo de transformação. Devemos compreender o fenômeno em sua integridade, essência e continuidade. Sugiro que avaliemos

a qualidade de vida em sua totalidade e não numa abordagem parcial da realidade. Proponho a dialética como caminho para chegarmos à verdade.

HERÁCLITO (536-470 a.C.) – Do modo como você expõe, vejo que a minha ideia de que nada é constante e que tudo muda ainda é bem atual!

KARL MARX (1818-1883) – Certo, Heráclito, se eu acreditar no que você e Hegel afirmam, que “tudo muda”, devo acreditar também que o mundo é passível de transformação. Entendo, nesse sentido, que a classe operária é a única capaz de fazer tal transformação da realidade, mediante uma revolução social, sem exploradores e explorados, numa sociedade comunista ou socialista, igualitária, sem estratificação e com qualidade de vida para todos. Essas ideias de valorização dos operários e transformação social, extinguindo classes dominantes, estão no “Manifesto do Partido Comunista”, escrito por mim e publicado em 1848.

LA BOÉTIE (1530-1563) – A lógica da dominação é evidente, impede de pensar, tira a iniciativa. Uma tarefa importante é convencer o oprimido a acreditar na sua liberdade, nos seus direitos e na sua autonomia, que ele é capaz de mudar sua realidade e sua qualidade de vida. Não basta eliminar o poder político dominador, há que se fazer uma nova sociedade. Uma sociedade que pense criticamente sobre sua condição e não aceite a posição de oprimido sob pena de comprometer as dimensões da sua qualidade de vida.

PAULO FREIRE (1921-1997) – A libertação dos opressores é feita pela conscientização dos oprimidos, por meio de uma educação libertária. A palavra ensinada deve ter sentido ao educando, para que ele reflita sobre ela e, somadas as palavras, ele passe de um estado ingênuo para um estado consciente da sua situação social, passando a suplantá-la e, conseqüentemente, a viver com mais qualidade. Escrevi sobre isto em vários dos meus livros, como, por exemplo, “Pedagogia do Oprimido”, “Pedagogia da Esperança” e “Pedagogia da Autonomia”.

LUDWIG WITTGENSTEIN (1889-1951) – Bravo, Paulo! O significado da palavra se dá pelo uso. O limite da minha linguagem é o limite do meu mundo.

CHARLES FOURIER (1772-1837) – É inaceitável existir pobreza em meio à riqueza, tal realidade há muito se cultivou. Ao oprimido é negada a paixão, pela crença de que ela gera desordem e improdutividade, recalcando, assim, suas emoções, e, conseqüentemente, seu potencial humano. Na verdade, as paixões liberadas não resultam em desordem, mas liberam energia criadora. O trabalho não deve se opor ao lazer, ambos devem ser complementares, de modo que o trabalho inclua emoção. Não podemos esquecer a dimensão do lazer e da satisfação no trabalho como fortes influências na qualidade de vida do indivíduo.

LILIA BLIMA SCHRAIBER (pesquisadora e professora da Universidade de São Paulo) – A problemática da oposição entre trabalho e lazer concorrendo para a satisfação com a vida foi vista em nossa pesquisa sobre qualidade de vida do estudante de Medicina. Os estudantes atribuem nota inferior à sua qualidade de vida no curso do que à sua vida em geral. Tal insatisfação está relacionada às condições gerais, à estrutura e ao projeto pedagógico do curso. Porém, assume-se como outra hipótese a possível visão dos estudantes da escola médica como um local de “deveres” ou de “trabalho”. Nesse sentido, esta insatisfação pode estar refletindo a visão contemporânea relativa a tais atividades, incluindo o estudo como dever ou trabalho. Esses deveres seriam vistos como um “tempo roubado”, isto é, tempo que não estaria mais sob o domínio do sujeito. Que, diante desse fato, se sente expropriado do tempo que seria seu: não pode servir às suas vontades ou desejos e deve servir ao outro, o patrão ou a escola, então tornados donos de seu tempo. Isto também foi demonstrado no meu estudo sobre a profissão médica. Nesta visão, o viver intensamente está fora do curso, pois a vida na faculdade representa o cansaço e o roubo do seu tempo de vida (de lazer). Representa as muitas renúncias que a vida acadêmica impõe.

PESQUISADORA – Isto mesmo, professora Lilia, em nossa pesquisa, a maior queixa dos estudantes era sobre o tempo, tempo que faltava para estudar, para lazer, para estar com os amigos, para atividades extracurriculares, enfim, tempo que faltava para ter vida fora da faculdade.

RUBEM ALVES (1933-) – Minhas caras, só posso concluir “*tempus fugit, carpe diem*”.

HELENA KOLODY (1912-2004) – Não sei se o tempo voa, acho que sou eu que vou devagar...

Todos os presentes se divertiram com a interrupção daquela senhora de cabelos brancos e olhos azuis muito vivos que sentava junto aos poetas. Era seu jeito bem-humorado e simples de mostrar que a cadência do relógio é mesmo dada por nós.

THOMAS KUHN (1922-1996) – Minha colaboração é uma síntese do que os senhores acabaram de discursar. Questiono se existem mesmo verdades fixas na ciência. As verdades dos cientistas são relativas ao seu tempo, não se libertando do condicionamento histórico que os influencia. O pensamento fica limitado ao total de conhecimento disponível, fazendo com que os cientistas vejam a realidade por uma lente. Uma grande descoberta altera essa perspectiva, mudando o paradigma, que em última análise é a mundividência compartilhada.

PESQUISADORA – Gosto muito da metáfora das lentes que você usou, Kuhn. Pois é tarefa da filosofia ajudar as pessoas a verem suas vidas sob uma nova perspectiva. Usei também a metáfora das lentes do microscópio para falar de qualidade de vida e exemplificar que o olhar do pesquisador algumas vezes deve ser de imersão, avaliando o indivíduo e sua peculiaridade, e em outras deve ser de panorâmica, avaliando a realidade na totalidade. Quanto à mudança de paradigmas, concordo e acho bem apropriada a esta discussão. Afinal, os avanços tecnológicos nos levam a modificar os parâmetros que temos acerca de uma boa qualidade de vida, principalmente na área da saúde.

FRIEDRICH NIETZSCHE (1844-1900) – A minha ideia para qualidade de vida é que as pessoas levem suas vidas como obras de arte. Que sejam amantes da vida e que festejem a possibilidade de repeti-la para sempre, num eterno retorno. Não se deve esperar que o motivo da felicidade seja uma convivência sem conflitos. Sem conflitos, os indivíduos não aspiram a mais nada, suas vontades estão paralisadas numa felicidade de repouso. Têm que viver com os conflitos e apesar deles, mas viver de forma a querer viver novamente nossas experiências.

ARISTÓTELES – Não me agrada a ideia de retornar sempre, pois devemos pensar a vida não querendo repeti-la, mas aceitando que ela sempre pode mudar e se aprimorar. Para mim, a vida acontece no movimento. É na atualização, ou seja, no movimento, que qualquer coisa ou indivíduo realiza sua potência.

LUDWIG WITTGENSTEIN (1889-1951) – Até aqui foram propostas muitas formas de discutir o conceito e aplicação de qualidade de vida. Outra forma de pensá-lo é por meio da aplicação de um método de análise lógica da linguagem. Pois acredito que seja um método adequado à formulação e resolução de problemas filosóficos. A linguagem é uma atividade que elucida o significado das expressões. É ela que constrói os objetos de estudo, os recorta da realidade e os delimita. Essas ideias fazem parte da filosofia analítica, que considera a linguagem um conjunto de construções que nos colocam em contato com a realidade. Se estamos falando de qualidade de vida, vamos construir por meio da linguagem o sentido e a validade do recorte que faremos no tema qualidade de vida e a partir daí podemos criar proposições que tenham significado para outros.

Após sua fala, Wittgenstein volta a se recostar em sua cadeira de praia, como se falasse, além da sua linguagem verbal, a linguagem corporal de que estava tranquilo e certo de ter nos dado sua contribuição.

PESQUISADORA – Caro Wittgenstein, desculpe pela brincadeira... Há um dito popular segundo o qual "quem não se comunica se complica". Concordo em que a linguagem é o que dará significado a uma pesquisa científica, delimitando o objeto de estudo e justificando tal recorte, de modo que faça sentido não só para o pesquisador, mas também para a comunidade científica e social em que está inserido. Qualidade de vida, sendo um tema tão amplo e complexo, requer um recorte muito bem analisado, uma vez que os aspectos envolvidos interagem e modificam o resultado final. Por outro lado, deve-se reconhecer que não se pode dar conta da sua totalidade, por envolver até mesmo questões transcendentais.

JUEGEN HABERMAS (1929-) – Estamos diante do "giro linguístico", onde os limites da minha linguagem são os limites do meu mundo. É por meio da linguagem que a ra-

zão se expressa para que se faça a compreensão do sentido e a contextualização do objeto. O acesso à razão é feito mediante expressões linguísticas usadas na transmissão de pensamentos. Ciência e filosofia têm que fazer uso da linguagem para que sejam ouvidas e entendidas. Portanto, senhores pesquisadores e filósofos: a linguagem deve ser um instrumento da construção do conhecimento para que ele tenha significado não só para o pesquisador. Sugiro revisarmos nossa linguagem acerca da qualidade de vida e suas dimensões. Creio que nossa linguagem seja um caminho a ser analisado sobre o que é viver com qualidade.

FRIJOT CAPRA (1939-) – Existe, mesmo nesse caso da qualidade de vida, um padrão dinâmico de inter-relações. Devemos ver a qualidade de vida do indivíduo sob uma ótica holística, num sentido restrito, considerando os aspectos do organismo humano como interligados, e num sentido amplo, reconhecendo que este organismo está em constante interação com seu meio ambiente natural e social, numa concepção ecológica do organismo. Para uma visão assim, é necessária uma mudança de paradigma na medicina, em que se troque o modelo biomédico vigente, com concepções cartesianas do corpo como uma máquina, por um conceito holístico de saúde e qualidade de vida. Nesse novo paradigma, a saúde é um reflexo do estado do organismo inteiro, mente, corpo, interações sociais e ambientais. Percebam que esse novo conceito de saúde é dinâmico e concebe um processo de equilíbrio dinâmico. Os sistemas vivos auto-organizadores de Prigogine tendem a se manter estáveis dentro desse equilíbrio dinâmico.

PESQUISADORA – Também me agrada muito a ideia de sistemas vivos tratados como sistemas abertos. Diante de oscilações do meio que possam agredir o organismo, o corpo tende a se estabilizar e adaptar, buscando a homeostase. Sendo o ser humano um sistema aberto, que atua sobre o meio e sofre influência dele, sua homeostase consiste num equilíbrio móvel, diferente do equilíbrio fixo que é a inércia. Possui uma tendência a um estado de desordem denominada entropia. A entropia é uma tendência natural e saudável, vinculada às mudanças, à experimentação do novo, a adaptar-se e buscar equilíbrio. Quando a entropia aumenta até alcançar níveis insuportáveis, o indivíduo adoce e morre. Na tentativa de controlar os níveis de entropia, os sistemas abertos

utilizam a negentropia, que é a tendência a um estado de ordem. Essas duas tendências à ordem e desordem, respectivamente negentropia e entropia, se alternam em busca da homeostase do indivíduo. Num dado momento, este pode apresentar um alto nível de entropia, potencialmente perigoso à sua saúde física e mental. Então, ele deve buscar mecanismos de negentropia a fim de diminuir a entropia e restaurar a homeostase, num equilíbrio móvel, semelhante a uma gangorra onde entropia e negentropia se alternam em níveis mais altos e baixos, buscando o equilíbrio. Tal equilíbrio móvel interfere nas mensurações dos níveis de qualidade de vida do indivíduo, que oscilam em níveis mais altos ou baixos em determinado espaço de tempo. Portanto, se pensarmos no homem como um sistema aberto, devemos admitir que sua qualidade de vida apresenta valores qualitativos e quantitativos que variam temporalmente, sem que isto signifique anormalidade. Ou seja, não se pode esperar um ideal platônico de altíssima qualidade de vida constante. “A vida é movimento”, diria Aristóteles. “Tudo está em transformação”, diria Heráclito. Então, por que pensar num nível de qualidade de vida estancado como um banco de jardim? Melhor seria usar como metáfora uma gangorra, que ora está em cima e no momento seguinte está embaixo, e em outro, equilibrada. Afinal, o homem precisaria ser um super-herói para manter sua qualidade de vida sempre em alta medida.

MICHEL RANDON – A despeito de vivermos em um mundo tecnológico edificado sobre a racionalidade e a lógica, penso que a versão quantitativa dele já não é suficiente. A vida cotidiana está alienada por um determinismo obscuro que torna presente e futuro incertos. Não sei se vivemos uma evolução, uma mutação ou uma revolução. A tecnologia, que deveria nos garantir melhoria em nossa qualidade de vida, resulta em aumento da tensão e competição, fazendo com que não ocupemos o tempo ganho com a tecnologia para aprimorarmos o bem viver, mas para nos tornarmos mais produtivos, gerando estresse, que é a epidemia do mundo moderno. O mundo moderno gerou grande complexidade, pelo volume de informações recebidas e pelo acumulado exponencial do saber. Entender esse contexto histórico pressupõe a volta ao sentido global e holístico do real, através de um olhar transdisciplinar. A transdisciplinaridade se propõe a interligar diferentes disciplinas para o entendimento holístico de um tema. Por

exemplo, na qualidade de vida: as ciências naturais que atuam no plano corporal se unem às ciências humanas que atuam nos aspectos psíquicos e sociais, ligando-se ainda a níveis transcendentais e espirituais, de forma vertical, retomando o aspecto qualitativo do conhecimento. A cada aproximação com outra ciência, o pesquisador se apropria de termos novos, o que propicia troca e crescimento bilateral. Não consigo imaginar falar de qualidade de vida se não for por uma ótica transdisciplinar.

LUDWIG WITTGENSTEIN (1889-1951) – Randon, sobre a transdisciplinaridade eu concordo, mas sobre os aspectos transcendentais não falo. Sobre o que não sei falar eu calo.

JEAN-PAUL SARTRE (1905-1980) – Randon, concordo em que a modernidade espelha um mundo de angústias devido à competição, à desagregação, ao volume de informação e ao acúmulo de conhecimento. Gostaria de incluir nessa lista que outro fator de angústia que ora se impõe é aceitar a responsabilidade pelas próprias escolhas, que, em última análise, é o preço da liberdade. A modernidade tem como característica a possibilidade de múltiplas escolhas, desde decisões cotidianas simples até situações complexas da vida.

LEONARDO BOFF (1939-) – Todos os saberes devem assumir a responsabilidade de serem úteis ao ser humano, de ajudarem o ser humano a manter a herança que herdou do passado, seja cultural, seja natural – a herança ecológica. Pensar a vida e a qualidade desta vida envolve, além dos aspectos citados, aspectos transcendentais, éticos e ecológicos. A ética é hoje uma demanda fundamental, porque a falta de ética está degradando o tecido social, em termos de milhões e milhões de excluídos, e está destruindo a base físico-química que permite a vida. Ao discutir qualidade de vida, precisamos colocar em pauta as questões de sustentabilidade e preservação dos nossos recursos naturais. Usando a lógica da Pedagogia do Oprimido de Paulo Freire, a terra tem sido o grande oprimido da contemporaneidade.

FRIJOT CAPRA (1939-) – Leonardo, concordo plenamente com você. Também explorei este tema no meu livro “Teia da Vida – uma compreensão científica dos sistemas vivos”.

**KARL MARX (1818-1883)** – Neste grupo temos muitos educadores. É a eles que me dirijo quando afirmo que precisamos reformar os educadores se quisermos formar um indivíduo capaz de transformar a sua realidade e a sociedade.

**PAULO FREIRE (1921-1997)** – Concordo, no meu entendimento educar é um ato político!

**RUBEM ALVES (1933-)** – Certo, Marx e Paulo, a reforma da educação se faz necessária e ela deve passar também pela alegria do ensinar, pelo prazer de ver o aluno crescer, pelo desejo de construir a escola ideal, onde professor e aluno ensinam e aprendem juntos, onde o professor é facilitador do processo.

**MILTON MARTINS** (professor de Clínica Médica da Universidade de São Paulo) – Considerando a educação como ato político, devemos lembrar a importância do professor como modelo na construção pessoal e profissional do educando. Se pensarmos em qualidade de vida, é bem provável que o aluno adquira do professor seus bons e maus hábitos no que tange à vida profissional ou mesmo seu autocuidado e gerência do tempo. Estudar a qualidade de vida no curso de Medicina e as interfaces desta questão é fundamental, pois o aluno tende a perder seus valores de humanismo, empatia e idealismo, conforme vivencia isto durante sua formação acadêmica. O estudante tende a reproduzir as posturas dos seus modelos, e é bem possível que futuramente trate seus pacientes da mesma forma que foi tratado por seus professores durante o curso.

**PATRICIA BELLODI** (coordenadora do Programa de Tutoria da Universidade de São Paulo) – O modelo do professor e o acompanhamento do aluno são tão importantes que foram sinalizados pelos alunos, em nossas pesquisas, como fatores de impacto na sua qualidade de vida, ou seja, ter um serviço de apoio e suporte, na opinião do estudante, aumenta a qualidade de vida.

**LUIZ NOGUEIRA MARTINS** (professor de Psicologia Médica e Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina) – Devo lembrar a importância de que este acompanhamento não seja oferecido somente nos primeiros anos da formação médica, mas também durante a especialização na residência médica, entendendo a formação como um processo contínuo durante a vida profissional.

**PESQUISADORA** – Meu recorte de estudo é a qualidade de vida do estudante de Medicina, mas a importância de uma educação que conscientize as pessoas sobre o que é viver com qualidade e qual é a sua responsabilidade nisto pode ser generalizada para os diferentes níveis do sistema educacional e para as diferentes formações profissionais. A educação, sendo ato político, pode, sim, levar as pessoas a refletir sobre a sua realidade e, a partir daí, a buscar formas de melhorar sua qualidade de vida.

Os outros professores presentes também preocupados com o desenvolvimento humano do estudante para além da sua formação fizeram coro a estas afirmações. Os alunos que acompanhavam a discussão com muito interesse também concordaram com o que foi exposto.

**PESQUISADORA** – A discussão até o momento foi bastante produtiva e rica. Tenho certeza de que ela em muito auxiliou a elucidação desse tema para todos nós. Terá eco não somente na minha pesquisa, mas, tenho certeza, em nossos posicionamentos sobre o viver com qualidade. Gostaria de dizer aos senhores que, após nosso diálogo, minhas concepções sobre qualidade de vida se transformaram e agregaram um pouco de cada ideia aqui exposta. Saio deste encontro concordando com Sócrates em que o conhecimento brota em meio à discussão. Concluo que a qualidade de vida é temporal, ou seja, varia em determinado espaço de tempo para um mesmo indivíduo. Portanto, ela é individual, embora existam fatores passíveis de generalização. No entanto, cada indivíduo percebe e sente sua qualidade de vida de forma pessoal, com base no momento histórico que está vivendo, nos seus valores culturais, existenciais e na sua história de vida. Portanto, qualidade de vida é um tema complexo, deve ser avaliado sob uma ótica holística, qualitativa, quantitativa e transdisciplinar. Tudo o que é dito sobre esse tema expressa parte de uma verdade, mas não o esgota. A educação tem papel fundamental neste caso, pois por meio dela o indivíduo toma consciência da sua realidade e pode decidir buscar sua transformação, melhorando não somente sua qualidade de vida, mas também a da coletividade.

**SÓCRATES (469-399 a.C.)** – Concordo em que certamente não conseguimos esgotar o tema, mas fiquei contemplado com a sua síntese. Caríssimos amigos, sugiro um intervalo porque considero que todos devemos refletir um pouco sobre o que foi exposto até aqui. Precisamos testar nossas certezas e questioná-las. Vamos

fazer um verdadeiro exercício de maiêutica, fazendo surgir a partir das ideias aqui apresentadas novas ideias, num verdadeiro parto de ideias que nos tragam novos entendimentos sobre o que é viver com qualidade.

Todos os presentes concordam em fazer uma pausa e aceitam o convite de Epicuro para passear no jardim e aproveitar as belezas do mundo sensível, num cenário inspirador e bastante propício para filosofar.

## OBRA CITADA

1. WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;10:1403-09.

## OBRAS CONSULTADAS

- Abbagnano N. Dicionário de Filosofia. São Paulo: Martins Fontes; 2003.
- Abrão B, Coscodai M. História da Filosofia. São Paulo: Sapienza; 2005.
- Alves R. Sobre o Tempo e a Eternidade. 10ª. ed. São Paulo: Papirus; 2003
- Aragão L. Habermas: filósofo e sociólogo de nosso tempo. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 2002.
- Botsaris A. O complexo de ATLAS e outras síndromes do estresse contemporâneo. Rio de Janeiro: Objetiva; 2003.
- Butterfield H. As Origens da Ciência Moderna. Lisboa: Edições 70; 1991.
- Burt EA. As Bases Metafísicas da Ciência Moderna. Brasília: Ed. UnB; 1983.
- Capra F. A Teia da Vida: uma nova compreensão científica dos sistemas. [S.l:s.n];
- Capra F. Sabedoria Incomum. São Paulo: Cultrix; 1998.
- Chauí M. Convite à Filosofia. 13ª ed. São Paulo: Ática; 2003.
- Damásio AR. O Erro de Descartes: Emoção, Razão e o Cérebro Humano. 10ª ed. São Paulo: Companhia das Letras; 1994.
- Damineli M. Qualidade de Vida é Possível? Revista E, 3. Sesc; 2000.
- Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de Qualidade de Vida do OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr*. 1999;21(1).
- Gaarder J. O Mundo de Sofia. 53ª ed. São Paulo: Cia. das Letras; 2004
- Glasser W. Teoria da Escolha: uma nova Psicologia e Liberdade Pessoal. São Paulo: Mercuryo; 2001.
- Gordon R. A Assustadora História da Medicina. 2ª ed. São Paulo: Prestigio Editorial; 2002.

- Gracián B. A Arte da Prudência. 3ª ed. Rio de Janeiro: Sextante; 2003.
- Heisenberg W. Física e Filosofia. Brasília: Ed. UnB; 1987.
- Japiassú H. A Revolução Científica. Rio de Janeiro: Imago; 1985.
- Koyré A. Considerações sobre Descartes. Lisboa: Presença; 1986.
- La Boétie E. Discurso da Servidão Voluntária. São Paulo: Brasiliense; 1982.
- Lebell S. Epicteto a Arte de Viver. 4ª ed. Rio de Janeiro: Sextante; 2000.
- Lipp ME, Tangarelli MS. Stress e Qualidade de Vida. *Psicol Reflex Creit*. 2002;15(3)
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde, 5ª ed. Rio de Janeiro: Abrasco; 1998.
- Morin E. Educação e Complexidade: os Sete Saberes e outros ensaios. São Paulo: Cortez; 2002.
- Morin, E. Saberes Globais e Saberes Locais – o olhar transdisciplinar – Garamond Rio de Janeiro 2003 3ª Edição.
- Morin E. Ciência com Consciência. 7ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2003
- Morin E. Diálogo sobre o Conhecimento. São Paulo: Cortez; 2004.
- Nietzsche F. Ecce Homo. Porto Alegre: L&M; 2003.
- Nietzsche F. Assim Falou Zaratustra. São Paulo: Martin Claret; 2005
- Nordenfelt L. Conversando sobre Saúde: um Diálogo Filosófico. Florianópolis: Bernúncia; 2000.
- Oliva AK. O normal e o revolucionário na reprodução da racionalidade científica In Portocarrero V. Filosofia, História e Sociologia das Ciências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994.
- Pasqual L, Gouveia VV, Andriola WB, Miranda FJ, Ramos ALM. QSG: Questionário de Saúde Geral de Goldberg. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1996.
- Poli A, Romano G. La Qualità della vita Evoluzione del Concetto di Salute e Strumenti della sua Misurazione. Osservare per Conoscere Università di Verona; 2000.
- Random M. O Pensamento Transdisciplinar e o Real. São Paulo: Triom; 2001.
- Souza SMR. Um outro olhar: Filosofia. São Paulo: FTD; 1995. cap. 11.
- Weat J. Filosofia para Jovens. São Paulo: Callis; 1999.

## ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Faculdade Evangélica do Paraná.  
Rua, Padre Anchieta, 2770  
Bigorriho — Curitiba  
80730-000 PR  
patriciatempski@hotmail.com

---

# Bons Conselhos

## Good Advice\*

Patricia Tempiski<sup>†</sup> e Patricia Lacerda Bellodi<sup>‡</sup> (organizadoras)

Os anos vividos durante a formação universitária talvez sejam os mais estressantes na vida de alguém, pela dramática mudança no estilo de vida que provocam. (Greenberg, 2002).

O desafio está em viver os seis anos do curso médico mantendo a saúde física e mental.

Cada pessoa enfrenta esse desafio de modo singular e dá diferentes significados a ele. Durante a realização do Projeto Qualidade de Vida, vários estudantes foram ouvidos acerca de como lidam com as vicissitudes do curso médico. Descreveram manobras de enfrentamento criativas, simples e muito eficazes, capazes de melhorar a qualidade de vida no curso médico. Tais experiências ricas foram somadas à revisão da literatura e a nossas próprias experiências, e condensadas nestes “Bons Conselhos”.

- 1) Desfrute sua juventude. E acredite: você ainda terá saudades destes dias turbulentos na faculdade!
- 2) Não deixe de fazer as coisas próprias da idade. (estudante do quinto ano – Fepar)
- 3) Faça tudo com intensidade. Isto vale para plantões e festas. (estudante do sexto ano – Santa Casa de SP)
- 4) Organize-se! Aprenda a gerenciar seu tempo e você terá uma qualidade de vida melhor. (estudantes da Famema)

- 5) Preocupe-se com problemas reais.
- 6) Se cuide. Não relaxe. Lembre-se de que não existe cabeça sem corpo. Seja um pouquinho vaidoso. E meninas: não deixem de fazer as unhas!
- 7) Coma bem, não pule refeições, mesmo durante os plantões. Nada de cafezinhos cheios de açúcar para enganar a fome. Uma barrinha de cereal é mais nutritiva! (estudante do quarto ano – Fepar)
- 8) Durma bem. Dormir é qualidade de vida. (estudante do terceiro ano – FMUSP)
- 9) Seja agradável com seus pacientes. Jamais use o termo “tigre”. Esse paciente tem uma história para contar e um nome a ser respeitado. Esse respeito é devolvido a você sob a forma de admiração e gratidão. (estudante do terceiro ano – Famema)
- 10) Não se esqueça do seu ideal. Lembre-se de que, para ser médico, você tem que gostar de “gente”, quero ser um Patch Adams. (estudante do terceiro ano – Fepar)
- 11) Exercite-se. Isto aumenta a endorfina e diminui os efeitos deletérios do estresse. (estudante do sexto ano – Fepar)
- 12) Cante. No coral, caraoquê ou sozinho no chuveiro. (estudante do segundo ano – Famema)

---

\* Texto publicado no site Qualidade de Vida e Suporte aos Estudantes de Medicina. Disponível em: <http://www.fm.usp.br/cedem/qv/>

<sup>†</sup> Faculdade Evangélica do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

<sup>‡</sup> Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

- 13) Dance. Mesmo que esteja de pós-plantão. (estudante do quarto ano – Fepar)
- 14) Preserve suas amizades e relacionamentos significativos. (estudante do terceiro ano – FMUSP)
- 15) Não seja tão competitivo. Busque seus melhores resultados com base nos seus próprios feitos anteriores e não na comparação com o colega. (estudante do quarto ano – Fepar)
- 16) Faça teatro ou algum outro tipo de arte que expresse sua sensibilidade e externar seus sentimentos. (estudante do terceiro ano – UFPE)
- 17) Vá à praia. Esqueça por um fim de semana que você tem um enorme conteúdo para estudar. (estudante do segundo ano – UFPE)
- 18) Respire, respire e se acalme. Você tem a vida toda para continuar estudando e tentando ser um bom médico. Não desanime, mas você precisa se manter atualizado.
- 19) Faça uma boa faxina na sua mesa, no armário e, caso se anime, arrume a casa toda. Isto tem um valor simbólico de colocar cada coisa da sua vida no lugar. (estudante do terceiro ano – Famema)
- 20) Procure seu tutor, ele pode ser um suporte, amigo, conselheiro e mentor, que o acompanhará durante o curso e até depois dele. (estudante do segundo ano – FMUSP)
- 21) Não se deixe influenciar por maus exemplos de seus superiores ou colegas mais adiantados no curso.
- 22) Brinque e tenha bom humor. Os muito “ZIGs” da Santa Casa de São Paulo até conseguem inventar trilhas sonoras para o plantão: “Há tanta vida lá fora, aqui dentro sempre...”.
- 23) Mau humor é contagioso e se espalha pelo ambiente. Não seja um agente transmissor!
- 24) Cuide do seu fígado e aprecie com moderação.
- 25) Leia um pouco de filosofia, alimente sua alma. Aconselho ler todo dia um pouquinho de Rubem Alves. (estudante do terceiro ano – PUC-PR)
- 26) Sinta-se útil. Participe de Projetos de Extensão Universitária. (estudante do segundo ano – PUC-PR)
- 27) Namore!!! (estudantes de todo o Brasil)
- 28) Estude. Encontre seu melhor método, seu horário de melhor atenção e reserve um período para isso em sua agenda. Se suas notas continuarem baixas, procure o serviço de apoio psicopedagógico de sua escola. (estudante do primeiro ano – Fepar)
- 29) Seja responsável em suas funções, no plantão, no grupo de estudo e em qualquer atividade que desempenhe. (estudante do sexto ano – Fepar)
- 30) Não se cobre em excesso. Você terá muita gente fazendo isto por você. (estudante do terceiro ano – FMUSP)
- 31) Faça coisas de que você gosta e que lhe dão prazer. “Só a medicina não vai preencher todos os espaços que têm que ser preenchidos para eu ser uma pessoa feliz”. (estudante do segundo ano – Fepar)
- 32) Tente não assumir muitos compromissos. A carga horária do curso já é alta. Essa sobrecarga piora sua qualidade de vida.
- 33) Busque ajuda. A adaptação ao curso sempre é difícil. Peça orientação aos colegas. Em algumas escolas, como a Famema, os veteranos apadrinham seus calouros.
- 34) Alguns alunos, quando estressados no curso, fumam. Mas este não é um bom conselho!
- 35) Outros abusam de álcool, drogas ou medicamentos. Tais hábitos não são saudáveis dentro ou fora do curso médico.
- 36) Quando possível, almoce ou jante em casa. Isto vai melhorar sua qualidade de vida. (estudante do terceiro ano – FMUSP)
- 37) Valorize seus momentos de tempo livre. (estudante do sexto ano – Santa Casa de SP)
- 38) Afaste o fantasma do “não sei nada”. Valorize o conhecimento que adquiriu. Com certeza, você já sabe muito mais que no seu primeiro dia de aula. Lembre-se de que tudo você nunca vai saber...
- 39) Minimizar as tensões e delete os pensamentos ruins.
- 40) Mantenha seu tônus. (estudante do sexto ano – Santa Casa de SP)
- 41) Não se decepcione se algumas vezes não conseguir ser tão resolutivo quanto espera. Com frequência, você não conseguirá resolver os problemas sociais envolvidos no processo saúde-doença. Mas você pode tentar! (estudante do sexto ano – UFPE)
- 42) Não rivalize. Estudantes do Centro Acadêmico, da Atlético, da Iniciação Científica, do Movimento Estudantil ou mesmo os avulsos são personagens

- de uma mesma tribo, somos todos “estudantes de Medicina”. (estudante do segundo ano – FMUSP)
- 43) Selecione o que é importante estudar. Aprenda uma coisa nova todo dia. (estudante do quinto ano – Fepar)
- 44) Aprenda a ser resiliente. Pratique! (estudante do sexto ano – PUC Sorocaba)
- 45) Relaxe, faça ioga. (estudante do terceiro ano – FMUSP)
- 46) Estude línguas estrangeiras. (estudante do segundo ano – FMUSP)
- 47) Toque algum instrumento musical. (estudante do quarto ano – PUC-PR)
- 48) Cozinhe algo bem saboroso e compartilhe com os amigos. Na Famema, a comida é um fator de agregação social.
- 49) Seja ativo no seu processo de ensino-aprendizagem e não somente um receptor. Pense, discuta, sugira e busque o melhor caminho na sua formação.
- 50) Goste do que faz. “A medicina faz meu coração bater mais forte”. (estudante do sexto ano – Santa Casa de SP)
- 51) “O curso de Medicina é como ter um bebê. Ele faz você ficar acordado, você gasta muito para mantê-lo, se preocupa, exige atenção total, você se coloca em segundo plano, mas adora isto e não larga de jeito nenhum”. (aluno do quinto ano – Santa Casa de SP)
- 52) Não se isole. Divida suas aflições.
- 53) Não se sinta angustiado se ainda não escolheu sua futura especialidade.
- 54) Nota ruim na prova é indicativo de que alguma coisa não vai bem... Ou o professor não teve didática, ou a avaliação foi inadequada, ou você estudou pouco. Portanto, julgue com cuidado.
- 55) Lembre-se de que há vida além dos muros da faculdade. Adquira outras culturas além da médica.
- 56) No coração da qualidade de vida mora o desejo de cada um: por mais estudo, mais tempo, mais esporte, mais namoro, mais família, mais amigos, enfim, por mais vida.
- 57) Viva e seja feliz!