



DESAFIOS DA FORMAÇÃO EM MEDICINA: UMA CONVERSA PRIORITÁRIA

Gésika Vianna Amorim¹

RESUMO

O exercício da medicina está associado a uma alta prevalência de patologias como estresse, comportamentos autodestrutivos, Burnout ou depressão. É difícil para a maioria dos médicos procurar ajuda e, em muitos casos, eles tentam esconder seu sofrimento mental até que seja incapacitante ou haja consequências objetivas. Como abordagem preventiva de primeira ordem está a detecção precoce entre estudantes de medicina de alterações de sua saúde mental. Por tais razões, o presente artigo tem a meta de analisar o contexto da formação médica no Brasil, considerando os desafios prevalentes e a cultura que circunscreve esse processo educativo. Espera-se, que esta pesquisa, corrobore estudos de mais alta complexidade a fim de que se evidencie novos cenários que, por vezes, se encontram ocultos ao longo da construção acadêmica do profissional médico.

Palavras-chave: Educação; Graduação; Medicina.

ABSTRACT

The practice of medicine is associated with a high prevalence of pathologies such as stress, self-destructive behaviors, burnout or depression. It is difficult for most doctors to seek help, and in many cases they try to hide their mental distress until it is crippling or there are objective consequences. As a preventive approach of the first order is the early detection among medical students of changes in their mental health. For these reasons, this article aims to analyze the context of medical education in Brazil, considering the prevalent challenges and the culture that circumscribes this educational process. It is expected that this research will corroborate studies of higher complexity in order to highlight new scenarios that are sometimes hidden throughout the academic construction of the medical professional.

Keywords: Education; Graduation; Medicine.

¹ Possui graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina de Campos (1992). Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Pediatria, Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica, Neuropsiquiatria Infantil, Saúde Mental de Crianças e Adolescentes 1. Residência Médica em Pediatria, realizada no Hospital do Plantadores de Cana em Campos, sob a orientação do Prof. Dr. Renato Moretto, no período de janeiro de 1992 a novembro de 1994. 2. Título de Especialista em Pediatria, conferido pela Associação Médica Brasileira e Sociedade Brasileira de Pediatria. Obtido por Concurso de Provas e Títulos, em 31 de maio de 1998. 3. Título de Atuação na Área de Medicina Intensiva Pediátrica, conferido pela Associação Médica Brasileira, Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Obtido por concurso de Provas e Títulos, em maio de 2008. 4. Título de Especialista em Dependência Química ? Modalidade à Distância, do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), de acordo com a Resolução 01/2007 do Conselho Nacional de Educação, no período de 25/10/2011 a 25/01/2013 5. Pós-Graduação ?Latu Senso? em Homeopatia, área Medicina, em convênio com Universidade Federal do Rio de Janeiro ? UNIRIO - realizado no Instituto Hahne-manniano do Brasil 6. Pós-Graduação ?Latu Senso? em Saúde Mental e Desenvolvimento da Criança e do Adolescente na CESANTA - Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro ? Centro de Pós-Graduação 7. Pós-graduação em Saúde Mental e Desenvolvimento Infantil - Neuropsiquiatria Infantil 8. Pós-Graduação ?Latu Senu? em Psiquiatria do Centro de Ensino Superior de Valença ? Fundação Educacional Dom André Arcoverde



INTRODUÇÃO

Nas sociedades tribais, regidas por um modelo xamânico de atenção à saúde, a pessoa com autoridade sanitária (ou xamã) geralmente passa por uma iniciação em que precisa ser curada de alguma doença grave e, muitas vezes, enfrenta uma situação próxima da morte, da qual sai bem-sucedida e fortalecida. A experiência direta, em primeira mão, de superar a doença e enfrentar a morte é uma condição necessária (mas não suficiente) para se tornar a referência tribal de saúde.

A tradição hipocrática, ao se referir aos estilos de vida como chave para a manutenção da saúde, focaliza mais a importância do médico como modelo, embora a dualidade entre médico e paciente já esteja mais claramente estabelecida. Com Hipócrates e seus contemporâneos que contribuíram para o Corpus Hippocraticum, começa a medicina racional (tekhnos) e com ela há uma mudança de consciência. Quem pratica a medicina não se identifica mais com o objeto dela, sendo essa dissociação muito possivelmente necessária para a abordagem científico-empírica que se enraizou na cultura médica moderna e posterior.

O desenvolvimento da observação crítica e da avaliação criteriosa como ferramentas fundamentais para o avanço do conhecimento, praticamente força o distanciamento entre o pesquisador e o paciente, com a consequente (des)identificação entre aqueles que exercem a medicina e aqueles que se beneficiam desses avanços e saberes.

Numa abordagem crítica, ainda que parcial, uma vez que visa apenas considerar aspectos necessários ao tema que nos interessa neste trabalho de pesquisa, o ganho alcançado, por um lado, implica perda de contato com a natureza humana e vulnerável daqueles que exercem a Medicina. É verdade que para praticar a compaixão e a empatia, essenciais para a boa prática médica, há um contato com essa natureza humana e emocional, mas orientado ao contato para a relação de ajuda ao outro, que está substancialmente distante do contato com o próprio ser.

Também é verdade que, no campo da psicoterapia, é comum a várias das escolas mais relevantes que seja exigido um período de trabalho pessoal supervisionado, focado na própria saúde mental, antes da obtenção da qualificação



profissional como psicoterapeuta. Não há nada como estipulado na formação médica.

No ato médico o centro de interesse é "o outro", e assim deve ser para a boa prática. Assim, se os profissionais de saúde dedicarem a maior parte de seu tempo útil, diariamente, a focar sua atenção na humanidade do paciente, sua capacidade de cuidar da própria saúde pode ser diminuída. No patrimônio popular encontramos aforismos que resumem essa ideia, a mais conhecida: "Doutor, cura-te".

Em uma leitura orientada pela Gestalt, a dualidade entre escuta interna (olhar para dentro, conectar-se com a própria necessidade) e escuta externa (olhar para fora, em sintonia com outro ser), pode ser vista como uma polaridade que é necessário trabalhar para passar do antagonismo fraturado para a integração.

Em outras palavras, quanto mais uma pessoa foca no bem-estar do outro, maior o risco de não atender às suas próprias necessidades. Especialmente quando o papel de curador é acompanhado de valores como poder pessoal e prestígio social, enquanto o papel de paciente ou paciente evidencia a vulnerabilidade do ser humano e muitas vezes é acompanhado de algum tipo de sofrimento. Esse fenômeno aparece não apenas na Medicina em particular (a tradicionalmente chamada "classe médica"), mas em todas as ocupações cujo objetivo principal é o progresso, a cura ou o bem-estar de (outras) pessoas, ou seja, todas as outras profissões que estão simultaneamente englobadas sob o denominador das Ciências da Saúde, com a Enfermagem à frente. O que torna o dilema da classe médica especialmente complicado é justamente o da faixa

Frente a esses desafios, o presente trabalho tem a meta de analisar o contexto da formação médica no Brasil, considerando os desafios prevalentes e a cultura que circunscreve esse processo educativo. Para tanto, se organiza em seções como *Formação Médica e Saúde Mental; Responsabilidade Social e Profissionalismo; Complexidade de Ajudar Seu Médico A Cuidar de Si Mesmo; e Considerações Finais.*



FORMAÇÃO MÉDICA E SAÚDE MENTAL

Os problemas de saúde mental que afetam a profissão médica muitas vezes podem ter origem na graduação. Goldie (1983) referiu-se à possibilidade de que as tensões, feridas e conflitos decorrentes da própria formação, e não resolvidos na era estudantil, pudessem ser a base de grandes problemas em seu futuro, e expressou-a como 'produzir um médico adulto profissional não integrado'. Infelizmente, isso não é apenas uma possibilidade, mas uma realidade comum; produzir [escolas médicas] um médico adulto que não está profissionalmente integrado.

Para citar novamente Stayte (1985), a saúde médica começa com a dos estudantes de medicina. Esse autor já destaca claramente a importância da saúde médica no período formativo, definindo-a como a saúde dos médicos e as possibilidades de melhorar a qualidade de suas vidas, tanto profissional quanto pessoal, além de aprimorar suas habilidades como médicos (STAYTE 1985).

Se se pretende garantir que a classe médica goze de um equilíbrio em sua saúde suficiente para cumprir sua função social, também é necessário olhar para o grupo de médicos em formação. E, logicamente, tudo isso pode ser aplicado a esse grupo, com o incentivo de que as possibilidades de fazer uma aprendizagem significativa e duradoura sejam maiores, como desenvolvido a seguir. Esta seção discute as mudanças que ocorrem ao longo do período pré-profissional do médico no contexto das transições de vida.

As primeiras teorizações sobre o processo de socialização médica partem de autores como Merton (1957) que descrevem a carreira médica como um processo social, por meio do qual os alunos adquirem as características profissionais do médico em uma instituição que, além de sua função de incutir conhecimentos e habilidades, cumpre o papel de socializar os alunos em termos de valores e atitudes.

Entre outras coisas, a pesquisadora enfatizou a forma como os estudantes enfrentaram a incerteza presente na prática médica, bem como o significado de usar cadáveres nos estágios iniciais de treinamento e realizar autópsias em uma fase posterior como rituais, para incutir uma atitude científica nos estudantes.



Ademais, o termo impressão cultural poderia ser aplicado para destacar a importância dos modelos e das primeiras experiências na evolução dos estudos médicos. É fundamental levar em conta tutores e professores, que são as figuras de referência e cumprem a função de modelos com os quais o aluno constrói sua incipiente identidade profissional (ASHFORD, 2010).

O trabalho de autores como Bandura (1977), contribui com conceitos muito valiosos para essa fundamentação teórica, no contexto de sua teoria da aprendizagem social (posteriormente matizada na teoria da cognição social). A partir de posições relacionadas a Bandura (1977), foi escrito sobre as interações com os diferentes atores da comunidade universitária primeiro (especialmente outros estudantes, professores e PAS), e depois com futuros colegas médicos clínicos e outros profissionais de saúde, que marcarão a formação da identidade profissional do estudante de medicina, através da aquisição de novas referências, do reforço de outras e da desmistificação de algumas.

Encontramos bem elevada a complexidade do trabalho de professores e tutores nesse processo, em guias mais ou menos recentes sobre educação médica (HARDEN; CROSBY 2000) nos quais são propostas até doze funções ou papéis (papéis) a serem desempenhados por eles, tais como: transmissor de informações, facilitador, avaliador, desenvolvedor de recursos, planejador e modelo, entre outros.

Destes, alguns podem ou não ser cumpridos, mas, diante do exposto, o papel de "modelo" ocorre claramente, esteja o professor consciente ou não. A cultura médica tradicional não considerava necessário ser um bom professor além da competência clínica e do conhecimento em sua área de mestrado, o que é claramente muito insuficiente e pode ser contraproducente.

Os professores, por vezes, se deparam com situações que não conseguem lidar com essas esferas de competência, pois isso requer habilidades interpessoais muito específicas e um certo nível de consciência em relação à modelagem e à importância que ela tem.

Além disso, o professor clínico tem que atender simultaneamente às suas responsabilidades com os alunos para trabalhar com os pacientes, o que implica um grau extra de pressão que teremos que sobrepor ao estresse e outros riscos psicossociais associados ao trabalho clínico, e descritos acima.



No processo de socialização médica há uma moldagem da autoestima, que muitas vezes mescla valor pessoal e profissional. Como se sabe, a carreira de Medicina apresenta uma alta exigência acadêmica e exige uma dedicação muito superior à média dos estudos universitários, o que sem dúvida favorece o exposto.

Nesse sentido, o desenvolvimento de níveis adequados de autoeficácia (BANDURA, 1977) são essenciais para posterior amadurecimento como profissional. Além disso, da mesma forma que os estilos de vida são condicionados por essa circunstância, as crenças do estudante sobre sua própria saúde são moldadas e, conseqüentemente, as atitudes em relação ao seu autocuidado são fixas (BECKER, 1974) e como procurar ajuda. Portanto, ao mesmo tempo em que o aluno se esforça para adquirir sólidos conhecimentos científicos e certas habilidades práticas, ele também aprende a considerar e cultivar o aspecto humano de sua relação com o paciente, compreendendo a complexidade do ser humano em sua diversidade e na situação de necessidade de atenção médica; E simultaneamente a tudo isso, o aluno está passando por pelo menos dois processos fundamentais de socialização profissional: o que o autor quer definir como socialização acadêmica e socialização clínica.

A primeira refere-se à imersão do aluno no ecossistema social da universidade, e acontece principalmente ao longo dos três primeiros anos de carreira. A segunda ocorre a partir do terceiro ano, com a incorporação às práticas clínicas, e continua após a graduação, com o período de formação especializada.

Concordamos plenamente com a conceituação dessas socializações a partir de um modelo de comunidades de prática. Comparado às visões anteriores, dá uma visão mais holística do processo de socialização profissional, mais alinhada com os modelos multidimensionais contemporâneos.

Cada conjunto representa uma comunidade de prática: o estudante (estudantes de medicina), o acadêmico (para simplificar, incluiríamos também pesquisadores aqui, embora a sobreposição entre professores e pesquisadores não seja completa como sabemos) e o clínico-assistencial. Ao longo dos anos de carreira e primeiros anos de exercício profissional, o estudante passa por diferentes "transições", ou períodos de mudança: do pré-universitário para o de medicina, o que ocorre durante os dois primeiros anos.



Idealmente, postula-se a criação de um contexto social, um ambiente de aprendizagem, por meio do qual o aluno seja progressivamente inserido no ambiente, seja academicamente ou clínico-assistencial. A orientação de tutores ou mentores pertencentes à comunidade de prática em questão tem-se revelado um elemento essencial para a integração efetiva e saudável dos alunos.

Na realidade, tudo isso nada mais é do que uma conceituação contemporânea dos processos de iniciação que vêm ocorrendo em múltiplas organizações ao longo da história. As bases teóricas são construídas simultaneamente e em relação às experiências em primeira mão com o ambiente profissional.

Essa é a tática para desenvolver uma capacidade técnico-científica enraizada no conhecimento e nas evidências existentes, e é proposta pelas mais prestigiadas escolas médicas do mundo como a solução para o hiato teoria-prática (BILODEAU, 2005).

Ou seja, com essa conceituação da educação médica como um processo de socialização, ela pode contribuir para colocar em contato as boas práticas baseadas em evidências, mais conhecidas no ambiente puramente acadêmico, com o cotidiano da prática clínica em um determinado contexto organizacional, aspecto que os tutores clínicos melhor dominam. As atitudes em relação à própria saúde mental, assim como outros aspectos da saúde, como dissemos, são indissociáveis do restante do aprendizado que o aluno realiza.

A grande dedicação exigida pela carreira (em número de créditos, Medicina é, sem dúvida, uma das carreiras universitárias mais longas), aliada à complexidade das disciplinas cursadas (em nível acadêmico), somada aos desafios no nível humano impostos pela interação clínica, conferem a esse processo uma grande tensão vital, o que não surpreende, afetam as coordenadas existenciais da pessoa que passa por ela (GAENSBAUER, 1980).

Por fim, isso soma-se o fato de que o desejo de superar, de superar a doença e a morte, de alcançar, enfim, está entre os valores mais elevados da identidade profissional.

RESPONSABILIDADE SOCIAL E PROFISSIONALISMO

O prestígio social da classe médica está diretamente relacionado à responsabilidade social assumida. No entanto, nada disso até o momento



conseguiu reduzir a carga de doenças mentais, e os dados mais recentes indicam que a frequência de saúde mental ruim é pelo menos a mesma que no resto da população, se não maior; o último relatório sobre saúde mental ocupacional no Reino Unido estimou que os profissionais de medicina clínica estão expostos a um maior número de riscos ocupacionais do que outros grupos da população trabalhadora.

A partir de uma abordagem da qualidade na gestão em saúde, há um enquadramento da importância da saúde mental médica para a segurança dos pacientes: a deterioração da saúde de curandeiros e cuidadores, potencialmente, tem repercussões significativas em sua atuação e, portanto, expõe a população ao risco de ser atendida por profissionais que não conseguem fazer uso de suas capacidades plenas.

Essas consequências sobre a prática médica de saúde mental precária começaram recentemente a ser quantificadas em outros países (TAYLOR, 2007). Dentre eles, destacam-se: irritabilidade para colegas e pacientes devido ao estresse no trabalho, prática profissional aquém do estabelecido (tomando "atalhos" para procedimentos padronizados) ou planos de aposentadoria precoce. Há um conceito recente que vem atualizar a ideia de prática profissional realizada com excelência e ética, mas que surge de certa forma como uma reação corporativa à popularização de ações judiciais de pacientes e organizações civis contra alguns colegas e por negligência ou más práticas.

Referimo-nos ao "profissionalismo" como um conjunto de princípios, valores e comportamentos éticos e deontológicos que sustentam o compromisso dos profissionais médicos em servir os cidadãos, que evoluem com as mudanças sociais e que endossam a confiança que a população tem nos médicos. Historicamente, o médico tinha a confiança de nossos pacientes a ponto de tomar decisões vitais sem consultá-lo.

A ocultação dos problemas mentais na profissão médica, abordada em diversos textos que abordam a questão do estigma (WARING, 1974; WALLACE, 1997; CHEW-GRAHAM, 2003), assim como a cegueira dos colegas e a excessiva relutância em lidar com o tema, mesmo quando evidente, é logicamente prejudicial à saúde dos médicos acometidos, também apresenta sérios problemas éticos (OMC, 2011), pois implica irresponsabilidade para com os pacientes e falta de profissionalismo.



Os fatores individuais do profissional são uma das barreiras para o desempenho da atividade clínica de acordo com padrões de qualidade reconhecidos internacionalmente. Dentre eles, estão os aspectos cognitivos, comportamentais (rotinas) e atitudinais, sendo que dentro destes últimos as crenças e a motivação desempenham papel fundamental. Este último aparece seriamente prejudicado em processos como o burnout (GROL, 2003), que são preocupantemente frequentes na profissão médica. Mas já se viu antes como algumas delas se cristalizam graças à inculturação na classe médica, e dependem em grande medida da experiência de socialização e dos modelos que esse indivíduo teve ao longo de sua formação.

COMPLEXIDADE DE AJUDAR SEU MÉDICO A CUIDAR DE SI MESMO

Se não há dúvida sobre a importância da detecção precoce, do diagnóstico preciso e do tratamento eficiente dos problemas mentais para os médicos, por que há tanta relutância em procurar a ajuda certa? Brooks et al. (2011) publicaram uma revisão recentemente analisando os obstáculos que tornam a classe médica pacientes tão desastrosos, e ainda pior quando se trata de sua saúde mental (BROOKS et al., 2011).

Além da falta geral de conhecimento sobre onde encontrar ajuda para esses tipos de problemas, esses autores mostram que o estigma social residual é agravado pelo medo das consequências para seu futuro e carreira profissional. Também expõem como obstáculo que entre os médicos o "presenteísmo" (aversão à falta ao trabalho) é generalizado, o que os leva a ir para o posto mesmo que se sintam mal, mesmo forçando-se até que outros ou circunstâncias praticamente os obriguem a parar (BALDWIN, 1997).

Soma-se a isso a complicação do temor de que ações disciplinares sejam exercidas, em casos como vícios, justificadamente. De acordo com estudos recentes, a principal censura e estigma vem de si mesmo, e não só atrasa o diagnóstico até estágios avançados de deterioração e limita o acesso à ajuda especializada, como tem sido descrito como um obstáculo também no retorno ao trabalho após o trabalho (HENDERSON, 2012).

É muito comum que os profissionais médicos se autodiagnosticem e se autotratem, incluindo a autoprescrição (BALDWIN, 1997; DAVIDSON;



SCHATTNER, 2003; HEM, 2005; BROOKS et al., 2011). Watts (2005) sugeriu que tendemos a nos comportar secretamente e evitar revelar nossos problemas de saúde mental. A ansiedade e a preocupação com a confidencialidade geralmente resultam em minimização ou negação dos sintomas (BROOKS et al., 2011).

Muitas vezes, os médicos acabam recebendo aconselhamento médico e tratamento de colegas que conhecemos em um contexto profissional (Brooks et al., 2011), o que dificulta o estabelecimento de uma relação normal médico-paciente. Um estudo sobre as atitudes da classe médica em Birmingham em relação ao desenvolvimento da patologia mental (HASSAN et al., 2009) perguntou a 3512 médicos, se eles tinham uma doença mental, quem eles contariam e quais fatores poderiam influenciar sua decisão.

Cerca de 73,4% de um total de 2462 inquiridos disseram que confiariam num familiar ou amigo em vez de um profissional, e a maioria sugeriu que as implicações para a sua carreira ou posição profissional, bem como o estigma, foram as principais razões para não procurar ajuda profissional.

Concluíram que o estigma sobre saúde mental precária é altamente prevalente entre os médicos. Em um jogo de palavras, talvez isso tivesse a ver com o entrincheiramento da terrível ideia de que adoecer da mente é sinônimo de perder o "julgamento", o que invalidaria sua capacidade de fazer julgamentos clínicos respeitáveis.

Embora hoje essa crença deva ser amplamente superada, como vimos no capítulo sobre modelos de saúde, não parece que esses achados britânicos sejam uma exceção. Mesmo quando conversam sobre o assunto com outros colegas, é comum que seja em conversas informais e não na consulta clínica propriamente dita (BALDWIN, 1997). E quando uma consulta ocorre no ambiente clínico habitual, é comum que eles não sejam tratados como pacientes em si, mas como colegas, o que nesse tipo de problema é prejudicial à qualidade, correção e eficácia do ato clínico (BROOKS et al., 2011).

Existem barreiras intrapessoais para uma ajuda efetiva que decorrem diretamente da identidade médica, de fatores psicológicos ou psicossociais que provocam sentimentos de culpa, vergonha e medo de serem vistos como fracos ou maus profissionais se admitirem seu sofrimento (MCKEWITT et al., 1997). É difícil para um médico "tornar-se um paciente" (como se isso significasse



enfraquecer sua identidade médica), e muitas vezes há grande resistência em flexionar sua identidade para mudar de papel (THOMPSON, 2001).

Como dito no início, podemos olhar para a dualidade médico-paciente como uma polaridade à maneira da Gestalt (PÉROLAS, 1976), que por causa dessa forte identidade profissional, veta o médico de se transferir de um polo para o outro, pois considera rigidamente sua posição nessa polaridade. Esse fenômeno, sempre na perspectiva da Gestalt, resultaria em uma profissão "neu-rótica", que precisa de um despertar da consciência para integrar os dois extremos e poder curar.

A integração saudável dessa polaridade identitária resolveria grande parte das barreiras intrapessoais para o acesso à ajuda, melhoria ou manutenção da saúde e, como consequência, reforçaria a qualidade do trabalho médico. Justifica-se, portanto, a criação de programas específicos para médicos, que incluam em seu desenho fórmulas para superar esses obstáculos, com especial atenção à confidencialidade e à correta calibração dos papéis e limites da relação clínica para que esta seja terapêutica. Sigilo total, exceto para os pacientes que ele tratou sentindo-se mal.

Neste caso, será avaliado se a condição do médico-paciente pode representar alguma ameaça às boas práticas; Se assim for, tentaremos sempre que o próprio médico-paciente os informe e o aconselhe sobre como fazê-lo. A visão de buscar ajuda como perigosa para sua carreira, sua situação financeira e sua projeção futura, é assim desarticulada ao oferecer a confiança, o apoio e os conselhos necessários para que, em situações difíceis, atuem com responsabilidade, minimizando o problema e fazendo o melhor para si e para seus pacientes. Uma característica distintiva desses serviços é que, antes de começar a abordar o problema em si, será necessário um apoio específico para permitir a intrincada transição de "médico" para "médico paciente".

Os médicos que tratam pacientes-médicos devem assumir o comando e respeitar seu papel como médicos (como profissionais), sem perder de vista suas necessidades como pacientes. E para isso é necessário realizar treinamentos específicos para que aqueles que estão atuando como terapeutas alcancem uma dinâmica de relacionamento que faça com que ambas as partes do seu médico-paciente se sintam confortáveis.



Graças ao trabalho de conscientização sobre o problema do acesso dos próprios médicos a recursos de apoio e tratamento para melhorar sua saúde mental, serviços de atenção especializada para médicos (chamado Physician Health Programme) começaram a ser lançados, primeiro nos anos setenta na América do Norte (TALBOTT, 1987) e depois em outros países da órbita anglo-saxônica. Estes programas têm um duplo objetivo: proteger os doentes em geral e os profissionais de saúde em particular. A pedra angular de todos esses programas de ajuda é a confidencialidade.

Ao prevenir problemas e reforçar a saúde mental da profissão médica, estamos a ajudar a otimizar o seu contributo para o sistema de saúde no seu conjunto; Além disso, é uma forma indireta de garantir melhor assistência à saúde de todos aqueles com quem esses profissionais trabalham. O efeito cascata da abordagem preventiva da saúde da população, por meio da promoção da saúde mental médica, adquire outro ciclo quando dedicamos nossa atenção aos estudantes, uma vez que eles são as coortes de profissionais de amanhã e, também, estão em uma fase particularmente permeável de suas vidas.

Para isso, pesquisas sobre esse tema se fazem necessárias, uma vez que, como veremos na próxima seção, até relativamente pouco tempo não dispúnhamos de informações sobre o estado de saúde mental na profissão médica e, em especial, entre as gerações futuras, pensando em uma ótima prevenção e/ou promoção da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos principais resultados, percebe-se que esses alunos sofrem uma alta pressão acadêmica sustentada (que aumenta com o curso), sentem que os esforços superam as conquistas e estão moderadamente desiludidos com a carreira (especialmente no início), insatisfeitos em suas relações com professores, insatisfação que aumenta à medida que os cursos avançam.

Desde o primeiro ano, os alunos deixam de associar prazer ao aprendizado e ao desenvolvimento como, em troca da aquisição de uma nova identidade profissional, atrelada ao prestígio social.

Observa-se como fatores protetores da saúde mental dos estudantes, em primeiro lugar, a percepção de realização e recebimento de algum tipo de ajuda,



o que é importante para ambos os sexos. Pode-se também trabalhar na redução da pressão socioacadêmica percebida sobre as mulheres, ou reajustar as expectativas dos homens, cuja pedra de toque é a desilusão.

Além disso, espera-se ter proporcionado uma série de elementos para reflexão a partir de uma abordagem integral da promoção da saúde, que possibilitem o levantamento de novas hipóteses sobre a epidemiologia e a promoção da saúde mental na graduação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALDWIN, D. The concept of Security», en **Review of International Studies**, 23, 5- 26, 1997.

BALDWIN, D. C., DAUGHERTY, S. R.; ECKENFELS, E. J. Student perceptions of mistreatment and harassment during medical school. A survey of ten United States schools. **The Western journal of medicine**. 1991 Aug ;155(2):140–5.

BANDURA, A. **Social learning theory**, Englewood Cliffs, N. J. – Prentice Hall. 1977.

BECKER, M. H., DRACHMAN, R. H.; KIRSCHT, J. P. **Motivações como preditores de comportamento de saúde**. Health Serv Rep 87:852-862, 1972.

BILODEAU, B. Beyond the gender binary: a case study of two transgender students at a Midwestern research university. **Journal of Gay & Lesbian Issues in Education**, 3, 29-44, 2005.

BROOK, C. B. A. et al. **MNRAS**. 2011

CHEW-GRAHAM, C. A., ROGERS, A.; YASSIN, N. 'I wouldn't want it on my CV or their records': medical students' experiences of help-seeking for mental health problems. **Medical education**, 37(10), 873-880, 2003.



DERUE, S.; ASHFORD, S. Who will lead and who will follow? A social process of leadership identity construction in organizations. **Academy of Management Review** 35: 627–647, 2010.

GAENSBAUER, T. J. **Anaclitic depression in a three-and-onehalf-month child.** Am. J. Psychiatry, 137:7, 1980.

HARDEN, R.; CROSBY, Joy. AMEE Guide no 20: **The good teacher is more than lecturer** – the twelve roles of the teacher. In Medical Teacher, Vol, 22, no 4, 2000, p. 334-347.

HASSAN, A., JUAHIR, H.; JAMALUDIN, N., S. Level of Environmental Awareness Among Students to Fullfill the Aspiration of National Philosophy of Education. **American Journal of Scientific Reserach**, 5, 50-58, 2009.

HENDERSON, Jeffrey, «Pursuing Nemesis: Cratinus and Mythological Comedy», en C.W. Marshall; George Kovacs (eds.), No Laughing Matter. Studies in Athenian Comedy, Bristol: **Bristol Classical Press**, 2012, pp. 1-12.

MERTON, ROBERT K.; The student-physician: introductory studies in the sociology of medical. 2010.

READER, George; **Kendall, education.** Cambridge (Mass.): Harvard University Press. Patricia L. 1957

THOMPSON, Edward. As peculiaridades dos ingleses e outros artigos. Campinas: Ed. da Unicamp, 2001.

TALBOTT, M. M. Atitudes das viúvas mais velhas em relação aos homens e ao novo casamento. **Journal of Aging Studies** , 12 (4), pp. 429-449, 1998.

WARING, R. H., H. L. GHOLZ, C. C. GRIER, and M. L. PLUMMER. 1977. **Evaluating stem conducting tissue as an estimator of leaf area in four woody angiosperms.** Can J Bot 55: 1474-1477, 1977.