Paula Bertozzi de Oliveira e Sousa Leão Pereira

**Bem-estar e busca de ajuda: um estudo junto a alunos de
Medicina ao final do curso.**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo,
Para obtenção do título de Mestre em
Ciências.

Programa de Medicina Preventiva

Orientadora: Prof^a. Dra. Patrícia Lacerda Bellodi

São Paulo
2010

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Leão Pereira, Paula Bertozzi de Oliveira e Sousa

Bem-estar e busca de ajuda: um estudo junto a alunos de Medicina ao final do curso / Paula Bertozzi de Oliveira e Sousa Leão Pereira. -- São Paulo, 2010.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Medicina Preventiva.

Orientadora: Patrícia Lacerda Bellodi.

Descritores: 1.Educação de graduação em Medicina 2.Tutoria 3.Qualidade de vida 4.Questionários

USP/FM/DBD-437/10

*Dedico este trabalho aos meus pais, Marcelo e Eliana,
pelo apoio e amor incondicional.
Sem vocês nada seria possível...*

Ao Juninho, meu companheiro de todas as horas.

*Ao João, por ter me ensinado
o real sentido da palavra AMOR!
Você me deu forças para não desistir.*

Agradecimentos

Meu especial e sincero agradecimento a minha orientadora Patrícia Lacerda Bellodi, por ter realizado comigo um trabalho de orientação e ensinamentos tão preciosos. Você foi exigente, mas, acima de tudo, amiga e paciente. Com você aprendi com a arte de escrever com prazer e beleza. Muito obrigada por tudo!

Meu sincero agradecimento a todos os estudantes que se dispuseram a participar deste estudo.

Agradeço a Professora Iolanda Tibério pela oportunidade em aplicar os instrumentos de minha pesquisa durante o momento do OSCE.

Agradeço aos professores Milton de Arruda Martins, Paulo Rossi Menezes e Luiz Roberto Millan pelas sugestões dadas durante o Exame de Qualificação. Foram de grande valia e importância.

Agradeço a Maria Rozilda Gama Reis e Sandra Maria Girardello Pereira, membros da Diretoria da APAE de Três Pontas – MG, por terem me apoiado, compreendendo minhas ausências e confiando sempre no meu trabalho.

Agradeço ao apoio diário de meu marido Juninho que a cada dia, durante o desenvolvimento deste trabalho, me escutou e me ensinou a ser mais tolerante.

Aos meus irmãos, Thomás, Marcela e Gabriel, pelo apoio e por sempre terem dividido comigo momentos de prazer e alegria.

Minha gratidão especial aos meus pais, Marcelo e Eliana, por terem me apoiado de forma tão significativa durante todo o período deste trabalho. Em

especial ao meu pai por ter me ensinado a encarar a vida de forma sábia e questionadora.

Agradeço a Deus, por permitir a concretização de um projeto tão importante; um sonho!

*Quando a saúde está ausente,
a sabedoria não pode se revelar,
a arte não pode se manifestar,
a força não pode lutar, a riqueza
se torna inútil, e a inteligência não
pode ser aplicada.*

Herophilus, 300 A.C., médico grego e pioneiro da Anatomia

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver)

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 2a ed. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2005.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

Lista de Tabelas

Resumo

Summary

1. INTRODUÇÃO	1
1.1 O bem-estar do futuro médico	1
1.2 O aluno de Medicina ao final do curso.....	8
1.3 Suporte ao estudante de Medicina	13
1.4 Serviços de Apoio Psicológico e Psiquiátrico	14
1.5 Programas de <i>Mentoring</i>	16
1.6 Na FMUSP: Tutoria e GRAPAL.....	21
1.7 O comportamento de busca por ajuda: barreiras	26
1.8 O estudante de Medicina e a busca por ajuda: resistências	30
 2. OBJETIVOS	 38
2.1 Objetivo Geral.....	38
2.2 Objetivos Específicos	38
 3. MÉTODO	 39
3.1 Sujeitos	39
3.2 Procedimento	39
3.3 Instrumentos.....	40
3.3.1 Questionário “Suporte Emocional e Acadêmico ao Aluno da FMUSP”.....	40
3.3.2 Escalas de Beck: BDI e BAI	40
3.3.3 WHOQOL- <i>bref</i>	41
3.3.4 O Tutorando	41
3.3.5 Banco de Dados do Programa Tutores	42
3.4 Aspectos éticos	43
3.5 Análise dos dados	43

4. RESULTADOS	45
4.1 Respondentes	45
4.2 Bem estar: ansiedade, depressão e qualidade de vida	45
4.3 Necessidades e Fontes de Suporte.....	46
4.4 Rede Institucional de Suporte	49
4.5 Busca de Ajuda	52
4.6 Uso do Grapal e Adesão à Tutoria: fatores associados	53
5. DISCUSSÃO	58
5.1 Bem-estar ao final do curso: boa qualidade de vida, mas presença de ansiedade e depressão	58
5.2 A percepção de necessidades: ênfase no acadêmico-profissional	62
5.3 Fontes de ajuda privilegiadas: a família e os amigos	63
5.4 A rede de suporte institucional da FMUSP: conhecida e valorizada.....	67
5.5 Mesmo “precisando”, nem todos reconhecem a necessidade, nem todos buscam ajuda	68
5.6 Uso do Grapal: ser mulher, reconhecer necessidades emocionais e apresentar ansiedade	71
5.7 Adesão à Tutoria: estar satisfeito com a relação e reconhecer mudanças	73
5.8 Grapal e Tutoria: diferentes, mas com alguma coisa em comum.....	78
6. CONCLUSÕES	83
7. REFERÊNCIAS.....	85
8. ANEXOS	94
Anexo 1 - Suporte Psicológico e Acadêmico ao Aluno da FMUSP	94
Anexo 2 - O Tutorando 2007	96
Anexo 3 - Inventário de Depressão de Beck	97
Anexo 4 - Inventário de Ansiedade de Beck	101
Anexo 5 - WHOQOL- <i>bref</i>	102

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Indicadores de Bem-Estar.....	46
Tabela 2 - Necessidades Psicológicas e Acadêmicas	47
Tabela 3 - Fontes de Suporte acionadas para necessidades psicológicas..	48
Tabela 4 - Fontes de Suporte acionadas para necessidades acadêmicas ..	49
Tabela 5.1 - Conhecimento, participação e satisfação com o Grapal	50
Tabela 5. 2 - Conhecimento, participação e satisfação com a Tutoria*	51
Tabela 6 - Reconhecimento de Necessidades e Busca de Ajuda entre alunos com sintomas ansiosos e depressivos e baixa qualidade de vida.....	53
Tabela 7 - Uso do Grapal <i>versus</i> Variáveis do estudo	54
Tabela 8 - Participação na Tutoria (3 categorias de adesão) <i>versus</i> Variáveis do estudo e Avaliação do Programa.....	55
Tabela 9 - Participação na Tutoria (2 categorias de adesão) <i>versus</i> Variáveis do Estudo e Avaliação do Programa	56
Tabela 10 - Força da associação entre as variáveis do estudo	57

RESUMO

Leão Pereira PBOS. *Bem-estar e busca de ajuda: um estudo junto a alunos de Medicina ao final do curso* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010.

INTRODUÇÃO: Dúvidas, competitividade e preocupação com o exame de residência geram forte desgaste e insegurança ao final da graduação em Medicina. Nesse período, o bem-estar é particularmente importante para a escolha da especialidade médica e o sucesso nos exames. Entretanto, sabe-se que alunos de Medicina resistem em buscar ajuda, principalmente para aspectos emocionais. Este estudo investigou junto a alunos do 6º ano de Medicina a relação entre bem-estar, percepção de necessidades e busca de ajuda nos recursos institucionais de suporte disponíveis – Grupo de Apoio Psicológico ao Aluno (GRAPAL) e Programa Tutores FMUSP. **MÉTODO:** Utilizaram-se os Inventários de Beck (ansiedade e depressão), o WHOQOL-breve (qualidade de vida) e um questionário sobre percepção de necessidades (psicológicas e acadêmicas) e avaliação do suporte institucional. **RESULTADOS:** Os alunos referiram boa qualidade de vida (68%), mas apresentaram ansiedade (27%), depressão (20%) e prejuízo na vida social. Um 25% dos alunos reconheceram necessidades psicológicas e 51% deles referiram necessidades acadêmicas. As fontes de suporte mais acionadas durante o curso foram a família e os colegas, seja para necessidades psicológicas ou acadêmicas. Tutores são acionados às vezes pelos alunos, enquanto psicólogos ou psiquiatras são os menos procurados para os dois grupos de necessidades. Apenas parte dos alunos – em torno de 1/3 – com ansiedade e depressão, ou qualidade de vida ruim, usou os recursos institucionais de suporte. Ser mulher, reconhecer necessidades emocionais e apresentar ansiedade mostraram associação ao uso do serviço de apoio psicológico (GRAPAL). Estar satisfeito com seu tutor, com seu grupo de tutoria e reconhecer mudanças positivas mostraram associação à adesão ao Programa Tutores. **CONCLUSÕES:** Há diferentes fatores envolvidos na busca de ajuda por suporte emocional especializado (GRAPAL) e por suporte desenvolvimental (Tutoria). A saúde mental constitui aspecto fundamental para a busca de suporte especializado no GRAPAL, mas não apresenta relação com a participação do aluno no Programa Tutores. A compreensão, pelos tutores, de que a adesão ao *Mentoring* é um comportamento relacionado mais ao desejo do que à necessidade, pode ajudá-los na interação com os alunos, enfocando assim o aspecto central do Programa: o desenvolvimento. Identificar especificidades no uso dos recursos de suporte pode colaborar para o aprimoramento dos recursos de suporte e desenvolvimento de estratégias para sensibilização dos alunos quanto à procura de ajuda durante sua formação acadêmica.

ABSTRACT

Leão Pereira PBOS. *Well-being and help-seeking: a study with final-year medical students* [dissertation] São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010.

INTRODUCTION: Doubts, competitiveness and preparation for the residency examination increase burnout and insecurity at the end of medical course. At this moment, well-being is particularly important for the specialty's choice and examination success. However, it's known that medical students are reluctant to seek help particularly for emotional problems. This study investigated the relationship among well-being, perceived needs and help-seeking in final-year students. **METHOD:** Well-being was assessed using Beck's Inventories of Anxiety (BAI) and Depression (BDI) and the WHOQOL- bref (quality of life). A questionnaire was used to assess perceived needs and medical school support resources. **RESULTS:** The students reported good quality of life (68%) but presented anxiety (27%) depression (20%) and impaired social functioning. 51% of the students acknowledged academic needs and 25% psychological needs. Family and colleagues were the most important sources of support for psychological or academic needs. Only part of the students with anxiety and depression, or poor quality of life used the institutional support. Being a woman, recognizing emotional needs and presenting anxiety were associated to the use of psychological support service (GRAPAL). Being satisfied with mentor and mentoring group and recognizing positive changes were associated to Mentoring attendance. **CONCLUSIONS:** There are different factors involved in help-seeking for emotional specialized support (GRAPAL) and for development support (Programa Tutores). Mental health is a basic aspect for the use of GRAPAL but not related with Mentoring Program attendance. This find can help mentors in their work with the students, focusing in the central aspect of Mentoring: the development. Identifying specificity in the use of the medical school support resources may collaborate on its improvement and also on specific strategies in the student's sensitization about seek-helping during the undergraduate course.

1 INTRODUÇÃO

1.1 O bem-estar do futuro médico

Há muito observado no cotidiano da formação e nos estudos em Educação Médica, o desgaste mental e emocional do aluno de Medicina continua sendo alvo de preocupação neste início do século XXI. Fatores como pressão acadêmica; carga de trabalho; privação de sono; exposição ao sofrimento dos pacientes e mortes; currículo denso de conteúdos e práticas; falta de lazer; dificuldade em administrar o tempo e organizar as atividades sociais e profissionais, combinados com individualismo, competitividade e perfeccionismo – características daqueles que geralmente buscam o curso médico –, têm sido apontados como responsáveis por um importante prejuízo no bem-estar do estudante de Medicina (Mello Filho, 2006).

Como campo de estudo e intervenção, esse tema (denominado na língua inglesa como *medical students' well-being*) tem englobado a abordagem da saúde física e mental, a qualidade de vida e o bem-estar subjetivo dos estudantes de Medicina.

Dyrbye et al (2006) realizam importante revisão sistemática sobre o assunto, considerando estudos sobre ansiedade, depressão e *burnout* entre alunos de Medicina dos Estados Unidos da América e Canadá, publicados na base de dados MEDLINE, entre janeiro de 1980 e maio de 2005. Os estudos, realizados por meio de diferentes instrumentos, sugerem alta prevalência de depressão e ansiedade entre alunos do curso médico, com

níveis de sofrimento psíquico que ultrapassam a média do conjunto da população. Constatam que o sofrimento psicológico é maior entre estudantes do sexo feminino, sendo o período de graduação fase de grande angústia pessoal. Os autores mostram que o estado de estresse e os sintomas depressivos do estudante de Medicina podem influenciar na boa atuação profissional e têm um impacto negativo no desempenho acadêmico, contribuindo para que os alunos se tornem desonestos em trabalhos e exames, em aspectos como cola e fraude. A revisão também sugere que há relação entre níveis elevados de estresse na escola médica com o aumento do cinismo, declínio de atitudes humanitárias e da empatia. Dessa forma, a angústia vivenciada pelos estudantes pode também afetar negativamente a qualidade da relação médico-paciente. No aspecto pessoal, o perigo pode ser ainda maior, contribuindo para o abuso no uso de substâncias, quebra de relacionamentos, declínio da saúde física, declínio do autocuidado e até suicídio.

Estudos têm enfatizado também, e especialmente, a piora na saúde mental do estudante com o passar do tempo. Ao entrar na escola médica, o estado emocional dos alunos mostra-se semelhante ao conjunto da população. No entanto, há aumento nos níveis de ansiedade e depressão ao longo do tempo, assim como persistência dos sintomas, sugerindo que o estresse emocional durante a escola médica é crônico e não episódico.

Rosal et al (1997) investigam sintomas de depressão, ansiedade, estresse percebido e vida social junto a 264 alunos ingressantes da Faculdade de Medicina da Universidade de Massachusetts, EUA, em três

momentos da formação: entrada na faculdade, segundo e quarto anos do curso. Entre os alunos ingressantes, 18% pontuaram positivamente para estresse, tendo essa porcentagem subido para 39% no 2º ano e 31% no 4º ano. Não houve diferença de gênero no início do curso, no entanto, as mulheres apresentaram níveis mais elevados de depressão do que os homens no 2º e 4º anos.

Kjeldstadli et al (2006) examinam a relação entre satisfação com a vida, personalidade, estresse e formas de enfrentamento, entre 236 estudantes de Medicina de quatro universidades da Noruega, em comparação com 643 estudantes universitários com idades correspondentes. Houve uma diminuição do nível de satisfação com a vida entre os estudantes de Medicina do primeiro ano ao terceiro ano, permanecendo nesse nível mais baixo até o último ano. Níveis elevados e estáveis de satisfação com a vida na escola médica correspondiam a baixos níveis de estresse e enfrentamento focalizado (como pensamento positivo).

No Brasil, estudos recentes sobre o bem-estar do estudante de Medicina também apontam nesse sentido: há alta prevalência de sintomas de ansiedade e depressão, que pioram com o tempo e afetam negativamente a saúde e qualidade de vida do futuro médico.

Porcu et al (2001) avaliam a epidemiologia de sintomas depressivos entre alunos do curso de Medicina da Universidade Estadual de Maringá (UEM), por meio do Inventário de Depressão de Beck (BDI). Entre os 126 estudantes avaliados, do 1º ao 5º ano, a prevalência de sintomas depressivos foi de 49,2%. Na passagem do primeiro para o segundo ano, a prevalência

de sintomas depressivos aumentou de 20% para 61,8%. Do segundo para o terceiro ano, a porcentagem de casos graves aumentou de 4,8% para 19%. Houve diminuição da prevalência no quarto ano (47,4%) e no quinto ano (45,5%); mas novo aumento no sexto ano, com sintomatologia moderada (61,12%).

Com o mesmo instrumento, Moro et al (2005) investigam a epidemiologia de sintomas depressivos entre estudantes do curso de Medicina de universidade particular em Santa Catarina, comparando a incidência e a severidade dos quadros encontrados com estudantes de dois outros cursos (Farmácia Bioquímica e Engenharia Ambiental). Dos 140 estudantes de Medicina investigados, do 1º ao 5º ano (a escola ainda não tinha alunos no 6º ano), 27,85% apresentaram sintomas de depressão leve a moderada, 10,71% de depressão moderada a grave e 2,14% de depressão grave. Do quarto ao quinto ano, a prevalência de sintomas depressivos aumentou, com ênfase no grau leve/moderado. Não houve diferença significativa entre os três cursos avaliados em relação à prevalência dos sintomas depressivos.

No curso de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, Rezende et al (2008), também utilizando o BDI, encontram no grupo de 400 alunos investigados, uma prevalência de sintomas depressivos de 79%, sendo 29% com grau leve; 31% moderado e 19,25% grave. Houve correlação positiva significativa entre a pontuação obtida no BDI e períodos cursados pelos alunos, indicando que, quanto mais elevado o período, maior sintomatologia depressiva. Por outro lado, foram demonstradas correlações

negativas entre a pontuação no BDI e as seguintes variáveis: atividades de lazer, tratamento psicológico, tratamento psiquiátrico e grau de satisfação com o curso.

No estudo de Amaral et al (2008) junto a 287 alunos do curso de Medicina da Universidade Federal de Goiás, de primeiro a sexto ano, com objetivo de investigar a prevalência de sintomas depressivos, 26,8% dos alunos apresentaram esses sintomas. A prevalência de sintomas moderados e graves foi de 6,9%, enquanto 19,9% apresentaram sintomas leves. Tristeza, baixa auto-estima, perfeccionismo, irritabilidade, desinteresse por pessoas, redução da capacidade de trabalho e cansaço excessivo foram os itens do Inventário de Depressão de Beck (BDI) mais pontuados. Houve maior prevalência de sintomas depressivos entre os alunos do terceiro e do quarto ano, redução de sintomas do quarto para o quinto ano e um pequeno agravamento no sexto ano. A prevalência de sintomas depressivos encontrada neste estudo foi superior à média encontrada no conjunto da população, havendo indicativo de que a escola médica possa ser um fator predisponente para tais sintomas.

Em São Paulo, são realizados estudos na Faculdade de Medicina do ABC (Baldassin et al, 2006; 2008), investigando ansiedade e depressão nos diferentes anos do curso. Do total de respondentes (481 alunos), 20% dos alunos apresentaram traços de ansiedade alta e 80% ansiedade média no Inventário de Ansiedade Estado-Traço (IDATE). No Inventário de Depressão de Beck (BDI), 32,8% dos alunos apresentaram sintomas positivos para depressão. O maior percentual de traço de ansiedade alta foi encontrado no

sexto ano (26,8%) e os índices positivos de depressão também aumentaram durante o internato (11,7%) em relação aos alunos do período intermediário do curso (7,0%). O aumento dos sintomas de depressão entre os alunos de Medicina durante o internato associou-se também a piora da saúde geral dos mesmos.

Recentemente, Alves et al (2010) compararam a qualidade de vida de estudantes de Medicina do primeiro e do último período do curso, por meio da aplicação do WHOQOL- abreviado, em 370 estudantes de Medicina da cidade do Recife, mostrando que os escores do domínio psicológico foram menores nos alunos do último período do que nos do primeiro. Estudos brasileiros também têm mostrado que, nesse contexto de “mal-estar” ao longo do curso, os alunos de Medicina podem se tornar vulneráveis a desfechos bastante graves, como o suicídio e o uso abusivo de álcool e drogas.

Na investigação de Lemos et al (2007), realizada com 432 estudantes de Medicina de duas escolas médicas de Salvador, Bahia, para levantamento de dados acerca do perfil do consumo de drogas, a maioria dos entrevistados considerou que o modo de vida do estudante de Medicina favorece o uso de substâncias psicoativas. Carga horária elevada, grande responsabilidade em relação ao paciente, lidar com a morte, alta competitividade e também o contato mais fácil e próximo com drogas restritas aos profissionais de saúde, fazem com que o uso de drogas entre estes jovens se torne mais freqüente.

Mesquita et al (2008) avaliam as atitudes de 557 estudantes de Medicina, do primeiro ao sexto ano, da Faculdade de Medicina da USP, São

Paulo, frente ao uso de drogas e álcool. A rotina estressante dos estudantes também foi tida como o principal fator associado ao desenvolvimento de dependência de qualquer droga.

Silveira et al (2008) investigam, junto a 456 alunos de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), o uso em 30 dias de substâncias tais como o álcool, tabaco, maconha, alucinógenos, cocaína, anfetaminas, anticolinérgicos, solventes, tranqüilizantes, opiáceos, sedativos e barbitúricos. O consumo de álcool (80,5%), tabaco (25,2%), maconha (25,3%) e solventes (25,2%) foram mais frequentemente utilizados pelos estudantes do sexo masculino. Estudantes do sexo feminino tendem a consumir mais tranqüilizantes, especialmente no 6º ano, quando essa prática atinge o seu auge (12,8%).

Em artigo de revisão sobre suicídio entre médicos e estudantes de Medicina, Meleiro (1998) cita os trabalhos de Millan et al (1990) e De Marco (1992), apontando para o fato de que alunos de Medicina, por serem muito exigentes com seu desempenho, estão mais propensos a sofrer diante das falhas e reagir a elas com culpa e paralisia pelo medo de errar. Sentimentos de desvalia e impotência, nesse contexto, são, muitas vezes, responsáveis por idéias de abandono do curso, depressão e suicídio.

Em estudo realizado na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Miranda e Queiroz (1991) avaliam a prevalência de pensamento suicida e de tentativas de suicídio em amostra de estudantes de Medicina. Do grupo de 875 alunos que responderam a um questionário, 37% já tiveram pensamento suicida e 2,3% tentaram suicídio pelo menos uma vez.

1.2 O aluno de Medicina ao final do curso

O aluno de Medicina, ao final do curso, encontra-se em um momento particularmente difícil e desafiador. Depois de um curso extenso e intenso, ele agora tem como tarefa definir seu projeto futuro de exercício profissional: embora já tenha definido sua vocação – ser médico –, é preciso definir o tipo de médico a ser, sua especialidade. Ele precisa olhar para si mesmo (sua personalidade, suas habilidades e interesses) e para o mundo exterior (as possibilidades concretas de trabalho e, junto a isso, atualmente, de inserção num programa de residência) e fazer uma escolha que o apresente e o represente bem (Bellodi, 2001). No entanto, a necessidade de enfrentar momentos difíceis não é inédita em seu caminho de formação. Até o final da graduação, o estudante de Medicina já atravessou outras fases em que crises precisaram ser elaboradas e foram vivenciadas, com maior ou menor grau de sofrimento emocional,.

Ao chegar à faculdade, os alunos de Medicina vivenciam um período inicial de euforia, valorizados pela família e orgulhosos por sua conquista depois de concorrido vestibular. Acreditam que os problemas acabaram e que se tornar médico é apenas uma questão de tempo. Entretanto, quando o curso começa a se desenvolver, a euforia é substituída por desencanto e muitas queixas devido à quantidade de provas, aulas desinteressantes e professores sem preparo didático (Millan et al, 1999). Além disso, há dificuldade em administrar bem o tempo, e a falta de espaço para convívio com a família e lazer causam forte angústia em muitos estudantes (Moreira et al, 2006).

Na fase intermediária do curso, ciclo clínico – 3º e 4º anos –, seguem-se o estudo das doenças e os primeiros contatos com pacientes e morte, também forte motivo de estresse para os alunos e impacto negativo em seu bem-estar. Este outro momento crítico, no meio do curso, tem sido observado em diferentes estudos recentes.

Benevides-Pereira e Gonçalves (2009), em estudo longitudinal, seguem 18 estudantes do curso de Medicina da Universidade Estadual de Maringá, Paraná, entre os anos de 1996 e 2001, desde o primeiro ano do curso até o fim da graduação. Avaliam ansiedade e estresse durante o período de formação em Medicina com a finalidade de detectar possíveis dificuldades ao longo do curso, por meio de um questionário sócio-demográfico e do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). De acordo com os resultados, já no primeiro ano os denotavam médias mais elevadas para estresse e *burnout*, considerando os padrões nacionais. O 3º e 4º anos foram considerados como os mais estressantes e intensos, sendo registrados neste período maiores índices de transtornos emocionais, tanto entre os próprios estudantes como quando relacionados com as normas nacionais. Segundo os autores, nesse período do curso há um acúmulo de disciplinas, devido à idéia dominante dos diretores dos cursos de graduação de inserir no currículo a maior quantidade de informações possível, atendendo ao surgimento de novas especialidades médicas e novas tecnologias de investigação e tratamento. O fator de maior dificuldade, durante a formação em Medicina, relatado pelos alunos foi falta de tempo

livre, quando poderia haver uma maior dedicação a outras atividades, reflexão e mais oportunidades de contato e relacionamento entre si.

Fiedler (2008), em estudo sobre fatores associados a qualidade de vida com 779 estudantes de 73 escolas de Medicina brasileiras, presentes no Encontro Científico de estudantes de Medicina de 2004 – ECEM, aponta significativa insatisfação entre os alunos do 3º e 4º anos com a qualidade de vida e com o curso. Dos respondentes, 45,4 % dos estudantes declararam estar insatisfeitos com o curso de Medicina e esta insatisfação foi maior entre os alunos do 3º e 4º anos (54,8%). Metade dos estudantes acreditava não aproveitar a vida como deveria, sendo este sentimento também mais freqüente entre alunos do 3º e 4º anos, e entre mulheres.

Ao final desta fase, os alunos se deparam com uma difícil tarefa, não acadêmica, mas sim de ordem interpessoal: a formação dos grupos para o internato e, com isso, o receio de ser excluído pelos colegas. Neste momento, as características de personalidade de cada estudante farão diferença e serão então testadas, uma vez que os alunos poderão ser aceitos ou não pelos grupos, ficando, muitas vezes, o desempenho acadêmico e as notas em segundo plano (Arruda, 1999). Esta situação é vivida intensamente e com muito sofrimento, também com reflexos negativos em seu bem-estar.

Gavioli et al (2009) realizam estudo a respeito da formação e convivência nos grupos durante o internato, com alunos de quinto e sexto anos da Faculdade de Medicina de Botucatu, SP. Um 81,2% dos respondentes consideraram o relacionamento com os colegas de grupo satisfatório, mas foi observada associação entre sentir-se rejeitado, ter

dificuldade para fazer amigos e autoavaliação do desempenho escolar ruim ou muito ruim. Observou-se que, apesar de o internato representar uma fase de treinamento em serviço, os critérios de escolha relatados pelos alunos são predominantemente relacionados à rede social.

Chega então ao aluno ao internato, período final da formação médica, onde acontecem experiências práticas nos estágios oferecidos pelas diferentes especialidades. Neste momento o estudante observará o que realmente adquiriu durante os anos da graduação, assumindo um novo papel e função, o de interno. É comum que o estudante fique decepcionado com o que consegue fazer junto ao paciente, tendendo, muitas vezes, e especialmente, no 6º ano, a focar mais os aspectos negativos de sua prática – suas falhas e limitações (Millan et al, 1999). Além disso, como exposto inicialmente, ao final do internato o aluno tem duas importantes tarefas a cumprir: a escolha da especialidade e a prova de residência. Novas dúvidas em relação à escolha da profissão surgem, questionamentos sobre as competências e habilidades necessárias para o desempenho médico e o sucesso nos exames também ocasionam insegurança e temor.

Alguns estudos destacam mudanças positivas entre os alunos ao final do curso. Outros, entretanto, mostram o aluno, neste momento, mais insatisfeito, menos saudável e com características que prejudicam a relação com o paciente e a prática profissional. Mascia et al (2009) em sua investigação sobre atitudes relevantes da prática médica junto a alunos do curso de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) observam, entre os alunos de sexto ano, um posicionamento mais

amadurecido e reflexivo, de aprendizado e aceitação frente à morte, enquanto nos alunos do segundo ano é ressaltado principalmente o lado negativo da experiência. Em seu estudo, Fiedler (2008) também chama atenção para o fato de que os alunos de 5º e 6º anos mostram grande amadurecimento, embora percebam, mais que os demais, o ambiente do curso como competitivo. Mostram maior satisfação com o aprendizado, sentem-se mais motivados pelo curso e seguros em exercer a profissão.

Outros estudos, entretanto, mostram que, ao longo do tempo e juntamente com a piora na sua saúde emocional, ocorrem mudanças negativas entre os alunos, com incremento de ceticismo, negativismo e, especialmente, diminuição da capacidade empática. Ao final da formação, a sensibilidade e o idealismo inicial dão lugar a comportamentos rígidos e estereotipados, com arrogância, frieza e distanciamento nas relações (Spencer, 2004; Benbassat e Baumal, 2004; Woloschuk et al, 2004; Thomas et al, 2007). Também as atitudes frente ao próprio trabalho mostram ser impactadas negativamente com a passagem do tempo.

Voltmer et al (2008) investigam recursos usados para lidar com o estresse do trabalho médico junto a alunos de primeiro e último ano, e médicos graduados. A maioria dos alunos do primeiro ano apresentou uma atitude saudável para o trabalho, mostrando-se ambição e capacidade de manter certa distância emocional (resistência ao estresse). Já os alunos do último ano do curso médico e os médicos participantes do estudo, apresentaram uma atitude pouco ambiciosa em relação ao trabalho, havendo um forte distanciamento emocional do mesmo.

1.3 Suporte ao estudante de Medicina

As características da formação médica e as conseqüências dela derivadas, como demonstradas pelos estudos antes apresentados, têm levado as escolas médicas a direcionar esforços para a manutenção e desenvolvimento de uma boa qualidade de vida e saúde mental de seus estudantes. Nesse contexto, tem sido enfatizada a necessidade de currículos que proporcionem uma formação integral, assim como a importância de oferta de suporte institucional dirigido ao bem-estar e desenvolvimento pessoal e profissional dos alunos, considerando que “estudantes de Medicina saudáveis serão médicos saudáveis” (Zonta et al, 2006).

Estudos têm constatado que a percepção por parte do aluno de uma rede de apoio ausente ou insuficiente associa-se a maior prevalência de transtornos emocionais, sugerindo que a implantação de medidas nesse campo pode minimizar a prevalência de sofrimento psíquico entre os estudantes (Lima et al, 2006). Fiedler (2008), em seu estudo sobre qualidade de vida de estudantes de Medicina, encontra no grupo de alunos com pior qualidade de vida e piores condições psicológicas, menor acesso a serviços de suporte (35,6% em contraste com 49,7% no grupo com melhor qualidade de vida). Seus dados também mostram a importância de se oferecer acompanhamento psicológico, pedagógico e *Mentoring*, na tentativa de diminuir a competitividade e forte cobrança pessoal existente entre os alunos.

O suporte ao estudante de Medicina engloba desde ações específicas e especializadas, como os serviços de apoio psicológico, psiquiátrico e pedagógico, até intervenções mais amplas, dirigidas ao desenvolvimento

global do estudante, representadas, especialmente, por programas de Tutoria na modalidade *Mentoring*.

1.4 Serviços de Apoio Psicológico e Psiquiátrico

Geralmente, os Serviços de Apoio Psicológico e Psiquiátrico ao estudante de Medicina consistem de equipe com formação técnica em Psicologia e Psiquiatria que, dentro da Instituição de Ensino, oferecem espaço adequado ao acolhimento e terapêutica de estudantes que estejam passando por sofrimento emocional decorrente de seu cotidiano acadêmico ou com impacto neste.

No Brasil, há registro de 23 serviços de Assistência Psicológica ao Estudante de Medicina (Millan et al, 1999). Observa-se na descrição desses serviços que os objetivos, formas de abordagem e população dos diferentes serviços variam bastante. Alguns serviços objetivam prestar assistência, outros oferecem assessoria, orientação e encaminhamento do aluno para terceiros. A procura tende a ser espontânea ou via encaminhamento, com garantia de sigilo. Certos serviços realizam atendimento apenas individualmente, outros oferecem atendimento grupal e exposições (palestras e conferências), dependendo da demanda e organização do serviço. Alguns núcleos optam por uma abordagem psicopedagógica, outros, psicológica, havendo prevalência de atendimento em psicoterapia breve, com tempo e foco determinados. A maioria dos serviços é dirigida a alunos de diferentes áreas, e alguns apenas a estudantes do curso médico. Existem aqueles que oferecem seus serviços também a professores e funcionários da

universidade. É recomendado que os profissionais que atuam em serviço de assistência psicológica dentro de uma universidade não façam parte da equipe de professores ou atuam em qualquer cargo didático dentro do curso, na medida em que o exercício destas duas funções, simultaneamente, pode causar constrangimento e prejudicar no bom andamento do tratamento (Millan et al, 1999).

Segundo a literatura existente, a procura média por serviços de apoio ao estudante de Medicina está entre 4% a 14% (Millan et al, 1999), e as razões de procura são tanto de ordem pessoal, quanto acadêmico-profissional.

No REPAM – Retaguarda Emocional para o Aluno de Medicina da Santa Casa de São Paulo, a análise dos prontuários dos alunos atendidos em psicoterapia no período de 1997 a 2003 (Bellodi, 2007) constatou que as razões de procura mais comuns por psicoterapia no âmbito pessoal foram dificuldades de relacionamento amoroso e familiar, e a insatisfação com traços de personalidade, mais presente entre as mulheres. Em relação ao abuso de álcool e/ou drogas, ou outros problemas de saúde, não houve diferença significativa entre os estudantes do sexo masculino e feminino. Na esfera acadêmico-profissional foram ressaltados problemas de relacionamento entre colegas. As mulheres apresentaram maiores preocupações em relação à escolha pela Medicina, dúvidas vocacionais e dificuldades referentes à morte. Os homens demonstraram mais problemas em se concentrar na hora de estudar, e dúvidas quanto à escolha da especialidade médica. No início do curso (dois primeiros anos) e no último

ano (prova de residência e escolha da especialidade), há um predomínio de razões referentes ao aspecto acadêmico-profissional. No 3º e 4º anos, as questões relacionadas a dificuldades pessoais prevalecem, sem diferença no 5º ano. Em relação às reações emocionais dos alunos diante de tais dificuldades, há um predomínio de sintomas de depressão e ansiedade, na maioria das vezes com quadros mistos.

Oliveira et al (2008) ao investigar as causas que influenciam a busca de ajuda por parte dos estudantes junto ao Serviço de Assistência Psicológica e Psiquiátrica ao Estudante (SAPPE), na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), mostram que predominam questões referentes a dificuldades nos relacionamentos interpessoais, conflitos familiares e desempenho acadêmico empobrecido. Além disso, os alunos que mais procuravam o serviço eram do sexo feminino, vindos de outros estados brasileiros que não o de São Paulo, e que residiam na moradia universitária, contando com bolsa de auxílio como principal fonte de renda.

1.5 Programas de *Mentoring*

Além de serviços especializados que oferecem atendimento na área de psicologia e psiquiatria, existem formas mais amplas de suporte ao estudante, visando a seu desenvolvimento pessoal e profissional durante o curso. O *Mentoring* é um tipo especial de relação em que uma pessoa mais experiente orienta, estimula e acompanha um jovem iniciante em seu caminho de formação, em determinada área ou contexto (Bellodi, 2005). Programas de *Mentoring*, no contexto educacional, oferecem este tipo de

suporte a estudantes, formalizando a relação por meio do estabelecimento da figura de um professor com papel de tutor (mentor). Este faz, então, o elo entre o aluno e a instituição de ensino, ocupando uma posição importante de mediador entre as dimensões educativa e cuidadora (Geib et al, 2007). O trabalho do mentor não se dá apenas em momentos de crise ou focado em problemas, mas sim ao longo do tempo, de forma continuada, promovendo e estimulando o desenvolvimento pessoal e profissional dos alunos durante o período de formação acadêmica. É uma proposta de caráter desenvolvimentista e não necessariamente centrada em problemas, embora estes certamente ocorram durante a trajetória do aluno no seu curso (Bellodi, 2005).

No aspecto profissional, a troca de experiências de enfrentamento das dificuldades permite uma análise menos solitária e mais criativa dos problemas relacionados ao desenvolvimento da prática profissional (Marcolino et al, 2004). E, no aspecto pessoal, com a proposta de relação continuada e próxima, o *Mentoring* abre oportunidades de relacionamentos verdadeiramente significativos entre os alunos, e entre estes e o tutor (Serra, 2006).

Na prática, os Programas de *Mentoring* podem acontecer de várias formas. Alguns se apresentam por meio de uma relação espontânea e informal, em que o aluno, de forma natural, escolhe um professor como tutor ou mentor. Outros acontecem de maneira formalizada e sistematizada, em que o coordenador do programa elege e determina os mentores, sendo focalizado em um objetivo específico. Alguns programas se concretizam a

partir de uma relação um a um, outros de forma grupal ou ainda mista (individual e grupal). Pode ser uma relação que se estabelece voluntariamente ou de forma obrigatória; com duração pré-determinada ou determinada pelo andamento natural da relação. Em algumas instituições, um único mentor acompanha seus alunos ao longo de toda a graduação, ou mais de um, ou há rodízio de mentores durante a formação. O processo pode acontecer ao vivo ou de forma virtual, e até mesmo o chamado “peer-mentoring”, em que os próprios colegas orientam e acompanham outros colegas (Bellodi, 2005).

A partir de revisão bibliográfica dos últimos cinco anos com artigos referentes a Programas de *Mentoring*, Allen et al (2004) afirmam que alunos participantes desses programas, durante a graduação, obtiveram importantes benefícios para o exercício da profissão, sugerindo impacto sobre as relações afetivas no local de trabalho e sentimentos positivos em relação à carreira profissional. Segundo os autores, em Programas de *Mentoring* que focavam uma orientação voltada para a carreira, os alunos tiveram maior sucesso profissional e promoções ao longo da prática como médicos. Programas de *Mentoring* que focavam orientações psicossociais, tais como troca de experiência, aceitação, aconselhamento, amizade, foram mais fortemente relacionados com a satisfação com o mentor do que nos programas que focavam a carreira.

A relação entre *Mentoring*, escolha da carreira e desenvolvimento acadêmico de estudantes de Medicina e médicos foi alvo revisão sistemática por Sambunjak et al (2006). Foram revisados 39 estudos, sendo 33

realizados nos Estados Unidos, três no Canadá, dois na Grã-Bretanha e um na Alemanha. Segundo os autores, menos de 50% dos estudantes de Medicina e, em alguns campos, menos de 20% dos docentes tiveram um mentor. O *Mentoring* foi percebido como parte importante da formação médica, e a relação com o mentor foi descrita como tendo importante influência no desenvolvimento pessoal, orientação profissional, escolha da especialidade e produtividade em pesquisa, incluindo publicação.

Na Universidade da Califórnia (UCSF), Estados Unidos da América, foram investigadas as relações informais de *Mentoring* entre 232 estudantes do 3º e 4º anos de Medicina. Foi perguntado aos alunos se eles desenvolveram alguma relação de *Mentoring* e, caso tivessem desenvolvido, que descrevessem tal experiência, incluindo as funções desempenhadas pelo mentor. Os alunos que não tinham um mentor eram questionados sobre as barreiras percebidas no *Mentoring*. Os autores concluem que apenas 36% dos alunos procuraram auxílio com um mentor, apesar de mais de 90% reconhecerem a importância deste tipo de programa de suporte como o *Mentoring*. A maioria dos estudantes buscou seus mentores em momentos de impaciência e estresse (28%), outros para desenvolvimento de pesquisa (19%), outros procuraram um mentor baseados em interesses semelhantes (23%). Um 64% dos alunos afirmaram possuir um professor como modelo/exemplo e 68% um orientador com essas características (Aagaard e Hauer, 2003).

No Brasil, Programas de *Mentoring* são experiências mais recentes nas estruturas curriculares, havendo poucos registros sobre o assunto.

Destacam-se os programas de *Mentoring* da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (Colares e Peres, 2005; Colares et al, 2009), o da Faculdade de Medicina de Marília (Chies et al, 2005) e o da Faculdade de Medicina de Rio Preto (Navarro da Cruz, 2005).]Em avaliações já realizadas, os coordenadores dessas iniciativas apontam para aspectos positivos e negativos das experiências (Navarro da Cruz, 2005; Chies et al, 2005; Bellodi, 2005).

Geralmente, há reconhecimento da pertinência da atividade, do esforço e da vontade das pessoas envolvidas. Os alunos mostram-se satisfeitos, quando nos encontros com um tutor atencioso e receptivo; ocorrem discussões interessantes, produtivas, com assuntos importantes, troca de experiências, e confraternização. Os tutores mostram-se, por sua vez, satisfeitos com o maior contato com os alunos e a troca de experiência, mas ressentem-se do desinteresse dos alunos. Também são observadas, entretanto, dificuldades referentes à disponibilidade de tempo e a falta de interesse, tanto dos alunos como de mentores, em participar das atividades.

A adesão dos alunos aos programas de *Mentoring* tem sido especialmente evidenciada pelos mentores que referem desânimo, devido à reduzida participação dos estudantes. Para eles é difícil motivar alunos com maior resistência em participar do Programa e aumentar a adesão de alunos com dificuldades em participar da atividade (Colares et al, 2009).

1.6 Na FMUSP: Tutoria e GRAPAL

A Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo conta tanto com um programa de *Mentoring* (Programa Tutores) quanto com um serviço de apoio psicológico ao aluno (GRAPAL), em sua rede de suporte ao estudante. O Programa Tutores FMUSP, implantado em 2001, tem como objetivo oferecer um tutor (mentor) para acompanhar os alunos ao longo de sua formação. Nesse sentido, são desenvolvidas reuniões regulares para discussão e orientação de aspectos educacionais e da carreira médica, além de questões pertinentes à vida pessoal dos alunos. O programa busca estabelecer uma relação de maior proximidade e intensidade entre professores e alunos; promover a troca de experiências entre eles; acompanhar o desenvolvimento dos estudantes; identificar dificuldades e problemas que venham a aparecer ao longo do curso e na formação dos alunos; promovendo assim um desenvolvimento integral do aluno com maior integração ao curso (Bellodi e Martins, 2005).

No Programa Tutores FMUSP, o grupo de tutores é composto por professores da faculdade ou médicos do hospital escola, sendo, em média, um tutor para cada 10-12 alunos. Esses tutores (mentores) são treinados e supervisionados para o desenvolvimento da prática, sendo responsáveis pela promoção dos encontros coletivos (mensais) e individuais (se necessário).

Em relação aos alunos, todos os 1080 estudantes da faculdade de Medicina são randomicamente distribuídos em grupos heterogêneos quanto ao ano acadêmico. A participação dos alunos nestas reuniões é estimulada a partir de um sistema de créditos, registro no histórico escolar e certificado ao

final da formação. Os responsáveis pela supervisão dos tutores são profissionais das áreas de Psicologia, Psicanálise e Psiquiatria, sendo, em média, responsáveis por um grupo de 10 a 12 tutores. Reuniões periódicas são desenvolvidas no intuito de discutir e orientar a prática da tutoria.

Há também uma equipe técnica que planeja e executa ações para o cotidiano do programa; dela participam três profissionais (psicóloga – coordenadora técnica geral –; uma administradora – responsável pela comunicação entre todos ali envolvidos –, e uma engenheira – responsável pelo site do programa e banco de dados eletrônicos).

A tutoria foi iniciada em 2001, com modelo de atividade obrigatória, considerando a necessidade de exposição dos alunos à nova proposta de criação de uma cultura de *Mentoring* na instituição e, posteriormente, possibilitar que eles tomassem uma decisão baseada na experiência. Constataram-se, entretanto, ao longo do primeiro ano, dificuldades em operacionalizar tal obrigatoriedade, seja no sentido do estabelecimento de uma ação frente aos ausentes, seja no sentido de que a presença obrigatória contrariava a própria ideologia do *Mentoring* e do programa, especialmente a proposta de vincular alunos e professores.

Após muitas discussões, optou-se por um modelo de Tutoria em que a participação do aluno é opcional, mas estimulada por incentivos. Nesse outro modelo, em vigor desde 2003, a faculdade oferece a todos os seus alunos o tutor, figura de referência e suporte, ao longo de sua formação, e os alunos que desejam participar da tutoria de forma voluntária recebem um

reconhecimento formal da instituição por seu envolvimento, traduzido em créditos, registro no histórico escolar e certificado.

Desde o início do programa, compreender a adesão dos alunos ao Programa Tutores tem sido um desafio. Nos primeiros anos do programa, a adesão média dos alunos às reuniões compôs uma curva decrescente: 50% em 2001; 41% em 2002; 35% em 2003 e 30% em 2004 (Bellodi, 2006). Os tutores, diante da baixa adesão dos alunos, mostram-se muitas vezes frustrados, menosprezados e desvalorizados, como ilustram esses depoimentos (Bellodi, 2005, p.298):

[...] ainda não está ideal, o grau de comparecimento é pequeno. Será que sou eu, o grupo, o lugar? Não tenho claro como fazer para mudar isso ou se é assim mesmo.

Não respondem aos e-mails, só falam quando você pega no celular, não respondem se deixar recado na secretária eletrônica. No começo a gente se pergunta “será que sou eu? É preocupante[...]

Nos questionamentos dos tutores, uma idéia tem sido fortemente presente: a de que os alunos que mais precisariam de ajuda, são aqueles que menos participam do programa: “Apenas 30% de adesão para um projeto tão organizado é pouco! Sinto que estou pregando para os convertidos[...]

(Idem)

Em 2005, considerando as avaliações dos alunos por dois questionários periódicos de avaliação (O Tutorando), e a demanda dos tutores por uma mudança que incrementasse a adesão, a atividade deixou de ser realizada nos horários de almoço e final de tarde, tendo sido inserida na grade curricular oficial. Além desta mudança, o tamanho dos grupos de alunos aumentou, e a pontuação da atividade passou a fazer parte

importante dos créditos eletivos. Logo após essas mudanças, a adesão dos alunos ao Programa Tutores aumentou de 30%, 2004, para 53%, em 2005. Entretanto, vem decrescendo novamente nos últimos anos: 45% em 2006; 40% em 2007; 36% em 2008 e 31% em 2009 (Programa Tutores online, 2010).

Bellodi (2006) apresenta as razões de adesão do aluno FMUSP à tutoria na Conferência da AMEE (Association for Medical Education in Europe). Mostra que a inclusão do programa no calendário oficial resolveu problemas importantes, como os horários e agendamentos irregulares dos encontros. No entanto, muitos alunos ainda preferem usar o tempo de tutoria para outras atividades acadêmicas ou necessidades pessoais, consideradas mais interessantes ou importantes. Mesmo com as mudanças realizadas, a dinâmica de grupo e as características pessoais dos participantes continuam a se mostrar essenciais para o sucesso da relação no programa e, conseqüentemente, para a adesão ao mesmo.

Além da ação de apoio às questões acadêmicas e psicossociais dos estudantes por meio do Programa de *Mentoring*, a FMUSP também oferece o serviço do GRAPAL - Grupo de Assistência Psicológica ao Aluno da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que oferece assistência psicológica aos seus alunos desde 1986 (Millan e Arruda, 2008). A equipe do GRAPAL é constituída por dois psiquiatras – um deles também psicanalista –, uma secretária e dois psicólogos. O objetivo destes profissionais é oferecer auxílio aos alunos para que estes possam elaborar as angústias e conflitos que surgem ao longo do tempo, resultantes das

particularidades da formação médica, antes já discutidas, e também das vivências emocionais características do final da adolescência – período do desenvolvimento em que a maioria dos alunos se encontra. A cada ano, os calouros, são chamados para uma entrevista individual, entrando em contato com o serviço. Depois do conhecimento da existência deste tipo de assistência, a procura passa a ser espontânea ou ocorre a partir de encaminhamento de professores.

Millan e Arruda (2008) destacam que a procura pelo GRAPAL se relaciona principalmente com transtornos de humor, com maior incidência de quadros depressivos. A incidência de quadros depressivos pode ser explicada por fatores já apresentados: redução das horas de lazer e do contato com amigos e namorados, fim da idealização do curso e a crescente consciência dos problemas existentes na carreira médica, somados a questões peculiares da personalidade desses alunos, também já destacadas.

Depois dos transtornos de humor, os transtornos de ansiedade são os mais freqüentes, provavelmente devido à grande competição existente entre os alunos – por maiores notas, vagas em ligas assistenciais e estágios no exterior, além da residência médica. Casos de psicose e de dependência de drogas não são comuns, mas, quando acontecem, repercutem de forma negativa no aluno e na instituição. Ultimamente, tem havido aumento dos casos de transtornos alimentares.

Entre os alunos da FMUSP, as mulheres tendem a procurar ajuda psicológica duas vezes mais do que os homens. É importante destacar que o GRAPAL não atende somente casos tidos como patológicos, sendo 25,6% da

demanda espontânea, referente a pessoas que enfrentam dificuldades nas relações amorosas, na convivência com os colegas, professores ou família. Dificuldades de adaptação à faculdade e à cidade de São Paulo, dúvidas quanto à escolha do curso e dificuldades no internato – plantões, relacionamento com seu grupo de trabalho ou com a equipe de estágio –, também constituem motivos de procura pelo GRAPAL (Millan et al, 1999; Millan e Arruda, 2008).

1.7 O comportamento de busca por ajuda: barreiras

Dados epidemiológicos têm mostrado que a maioria das pessoas que apresentam algum transtorno emocional não procura por nenhum tratamento, e que apenas 1/3 delas recebe ajuda profissional. Entre as razões que impedem ou dificultam a busca de ajuda pelas pessoas com dificuldades emocionais, têm sido destacados pelos estudos os seguintes fatores: atitudes e idéias negativas a respeito dos tratamentos, estigma social, receio do julgamento de terceiros, questões a respeito de privacidade, falta de tempo e problemas financeiros.

Para Vogel et al (2005), as pessoas só buscam apoio quando percebem que seu problema é maior, e mais grave, do que de outras pessoas do seu convívio, e quando acham que isso vai reduzir o estresse.

Rabinowitz et al (1999), em interessante estudo, investigam a percepção da necessidade de assistência em saúde mental, as características das pessoas que percebem tal necessidade e como as pessoas que buscam ajuda são diferentes daquelas que não o fazem. Os

dados foram colhidos por meio de contatos telefônicos com 1.394 pessoas, em Israel. Dentre aqueles que haviam percebido a necessidade de assistência em saúde mental, 31,4% dos homens e 41,6% das mulheres haviam buscado apoio. As variáveis associadas à percepção de necessidade de ajuda foram: ser mulher, divorciada, com uma doença física crônica, e baixa renda para o sexo masculino apenas; enquanto os preditores de busca de ajuda foram viver em uma cidade grande e não ser um imigrante. As principais fontes de ajuda procuradas foram os profissionais de saúde mental (46%), seguida pelo médico de família (25%), a família ou amigos (19%) e outros (10%).

No contexto acadêmico, Eisenberg et al (2007) conduzem pesquisa com 2.785 estudantes de uma grande universidade pública do Oeste dos Estados Unidos da América, com o objetivo de quantificar o uso do serviço de saúde mental e estimar fatores associados à busca de ajuda e acesso aos serviços, pelos alunos. A investigação utilizou o PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire - 9*) para os sintomas depressivos, e o PHQ *Anxiety Module* para os sintomas ansiosos, durante período de duas semanas. Os aspectos referentes a uso de medicamentos, desempenho acadêmico e percepção de necessidade de busca de ajuda foram investigados por meio de questionário estruturado. Dos entrevistados, 30% perceberam necessidade de ajuda profissional para a sua saúde mental ou emocional. Os estudantes com valores positivos nos instrumentos de depressão ou ansiedade apresentaram uma probabilidade significativamente maior de perceber a necessidade de receber ajuda dos serviços oferecidos. A proporção dos que não recebiam

nenhum tipo de ajuda estava entre 37% e 84%, dependendo dos sintomas e da patologia. Quinze por cento dos estudantes utilizaram aconselhamento ou medicamentos no ano anterior. Dos estudantes medicados, 48% relataram ter recebido a prescrição mais recente de um médico da atenção primária, 31% de um psiquiatra, 13% de outro tipo de prestador de saúde, 9% sem receita médica, e 2% não sabiam. Dez por cento dos estudantes tiveram pelo menos uma sessão de psicoterapia/aconselhamento. Dos estudantes com pelo menos uma sessão de psicoterapia/aconselhamento, 38% receberam serviços no centro de aconselhamento psicológico do estudante, 17% em outras clínicas universitárias e 61% em serviços fora da universidade. Interessante observar que dos alunos sem valores positivos para a depressão ou ansiedade, 25% sentiram necessidade de busca pelos serviços de apoio e 12% utilizaram os serviços no ano anterior. Quarenta e nove por cento dos estudantes disseram saber para onde ir quando necessitassem de cuidados em saúde mental, e 59% tinham conhecimento dos serviços de aconselhamento gratuito disponíveis no campus. Os fatores associados à não busca de ajuda entre os estudantes estão relacionados à não percepção de necessidade; a acreditar que o estresse, durante o período acadêmico, é normal; à falta de tempo; ao ceticismo em relação à efetividade do tratamento; ao desconhecimento sobre o serviço; a ter uma cobertura de seguro-saúde particular, e a ter uma baixa estrutura socioeconômica. Os autores concluem que o uso do serviço de Saúde Mental foi maior entre aqueles que apresentaram valores significativos para sintomas de depressão

e ansiedade, apesar de ainda ser alta a não percepção de necessidade de ajuda psicológica ou psiquiátrica para essas questões.

De acordo com o texto eletrônico *“The Practice of Learning Theories/Help-seeking”* (2009), alunos podem hesitar em procurar ajuda por preocupações referentes à sua autonomia, autoestima e autossuficiência. Geralmente, acabam tendo a expectativa de concluir os trabalhos por conta própria, sem contar com a ajuda de alguém. Tais alunos valorizam muito suas próprias habilidades e acreditam que solicitar ajuda de outros, a fim de resolver suas dificuldades, não será tão eficaz.

No Brasil, estudo de Andrade et al (2002) que investiga a prevalência de transtornos de ansiedade, humor, psicose e desordens psiquiátricas, e uso de substâncias, entre moradores de São Paulo com 18 anos ou mais, evidencia que não mais que 10% a 20% dos casos psiquiátricos buscaram apoio com profissionais específicos dessas áreas. Pessoas com transtornos de humor e ansiedade foram as que apresentaram as maiores taxas de procura por ajuda. Aqueles com 60 anos ou mais, e aqueles com padrão socioeconômico inferior, apresentaram menor chance de procurar tratamento específico para transtornos emocionais e psiquiátricos. Não houve diferença significativa entre homens e mulheres na busca de ajuda especializada para transtornos emocionais. Os autores destacam a subutilização dos serviços de saúde mental, assim como a considerável proporção de “tratamento oculto” dos problemas emocionais, dado o alto índice de visitas ao sistema médico geral por pessoas com problemas como ansiedade, depressão e transtornos somatoformes.

1.8 O estudante de Medicina e a busca por ajuda: resistências

Alunos de Medicina, assim como médicos em exercício, têm sido descritos em vários estudos como fortemente resistentes em aceitar que precisam de ajuda, principalmente para aspectos de cunho emocional. Tendem a se autodiagnosticar, autoencaminhar e automedicar e, quando buscam ajuda, o fazem de modo informal, junto a amigos e colegas de trabalho. (Spencer, 2005).

Hooper et al (2005) realizam estudo junto a estudantes de Medicina de segundo e quarto anos da Escola de Medicina de Londres, a respeito da saúde, comportamento de procura de ajuda e adesão às orientações da Associação Médica Britânica (BMA). Os resultados mostraram que os alunos do curso de Medicina têm uma tendência a ignorar as formas convencionais de cuidados de saúde, e utilizam seu acesso privilegiado à busca de investigação, referências ou tratamento. A prática do autocuidado e automedicação entre os médicos é um comportamento que se aprende muito cedo em suas carreiras, já durante a formação, e se acentua com o aumento de acesso à clínica. Segundo esses autores, aqueles com médicos na família parecem estar em risco ainda maior de tais atitudes e comportamentos.

Diversos estudos têm enfatizado que, apesar de a morbidade psiquiátrica ser comum entre médicos e estudantes de Medicina, poucos buscam ajuda efetivamente. Dahlin e Runeson (2007) investigam a existência de morbidades psiquiátricas clinicamente significativas e sua relação com *burnout* entre estudantes de Medicina do Instituto Karolinska, Suécia, no 1º e

no 3º ano do curso. De 127 alunos, 98 (77%) participaram de uma entrevista diagnóstica em ambas as ocasiões. Embora aspectos ligados ao *burnout* – como exaustão e sintomas depressivos – não tenham mudado ao longo dos anos, as preocupações em relação ao futuro, à condição financeira e sentimentos de incapacidade aumentaram do 1º ao 3º ano. Dos entrevistados, 21 (27%) tinham um diagnóstico psiquiátrico, mas apenas seis destes tinham procurado ajuda.

Diversas são as barreiras constatadas em estudos que investigam o comportamento de busca de ajuda entre alunos de Medicina. Aspecto importante relacionado a isso diz respeito à dificuldade em perceber e reconhecer as necessidades de ordem emocional como problemas. Rosenthal e Okie (2005) ressaltam que os sintomas de ansiedade e depressão entre estudantes de Medicina podem ser de difícil diferenciação dos efeitos do estresse inerente ao ritmo de vida que estes levam durante o curso. Segundo esses autores, os estudantes de Medicina, geralmente, diminuem e menosprezam seus sentimentos de desânimo, encarando-os como uma resposta emocional normal e esperada da formação médica, em contexto no qual não há tempo e atenção para si.

O preconceito frente aos problemas emocionais é outro elemento bastante destacado como barreira para o comportamento de busca de ajuda. Em pesquisa realizada com estudantes de Medicina do 3º e 5º anos, na Universidade de Manchester, Reino Unido, Chew-Graham et al (2003) constatam que os estudantes entrevistados pareciam capazes de identificar as causas e sintomas de estresse, mas a percepção de estigma associado à

doença mental, inclusive o estresse, era muito presente entre eles e seus colegas. Segundo os autores, o evitar procurar ajuda apropriada está associado ao fato de que um problema de saúde mental pode ser visto como uma forma de fraqueza, com implicações para a subsequente progressão de uma carreira bem-sucedida.

Associado ao estigma encontra-se a preocupação com a confidencialidade dos serviços. Outros fatores como acessibilidade e tempo disponível também são apontados como barreiras. Roberts et al (2000) investigam as práticas de cuidado com a saúde e busca de ajuda entre 1.027 estudantes de Medicina de 9 faculdades públicas e privadas nos Estados Unidos da América. Embora 90% deles referissem ter sentido necessidade de cuidados com a saúde durante a graduação, mais da metade deles, em determinada faculdade, 3/4 deles, optaram por não procurar ajuda em nenhum momento de sua formação. Apesar de possuírem seguro saúde, os estudantes relataram que tinham dificuldade com o acesso aos serviços, preocupações com os custos e confidencialidade dos tratamentos. Além disso, a maior parte dos sujeitos optou por desistir de se cuidar, em algum momento da formação médica, devido à falta de tempo diante de suas atividades diárias.

Alguns estudos indicam haver semelhanças, mas também especificidades, ligadas à formação profissional, entre alunos universitários de cursos diferentes, mesmo dentro da área da Saúde. Brimstone et al (2007) comparam o comportamento de busca de ajuda para questões de saúde física e emocional entre alunos do curso de Medicina e alunos de um curso

de pós-graduação em Psicologia da Universidade James Cook, Austrália, por meio da aplicação de um questionário com duas vinhetas, uma relacionada a problemas psicológicos e outra a problemas referentes à saúde física dos sujeitos. Os resultados do estudo demonstram que tanto os estudantes de Medicina quanto os de Psicologia tendem a buscar apoio e ajuda informalmente, junto a amigos e familiares. Mostram também que há várias barreiras, tanto para estudantes de Psicologia como para de Medicina, em acessar serviços apropriados ao cuidado de sua saúde física e mental. Enquanto os estudantes de Psicologia apresentaram maior probabilidade em saber que medidas adotar para receber cuidados do centro de aconselhamento universitário, os estudantes de Medicina mostraram-se mais propensos em saber que atitudes tomar para receber cuidados por parte do centro médico da universidade. Entre os estudantes de Medicina, as barreiras para o cuidado físico estiveram relacionadas a preocupações com a confidencialidade e custos, além do temor de ter que estabelecer futuras relações com o profissional responsável pelo cuidado. Em relação ao cuidado com a saúde mental, a preocupação maior dos estudantes de Medicina em relação à confidencialidade relacionou-se ao serviço de apoio dentro da universidade, não havendo preocupação em relação aos serviços não relacionados à faculdade.

A própria saúde mental tem sido apontada como elemento que pode influenciar no comportamento de busca de ajuda entre alunos de Medicina. Tyssen et al (2004) estudam a saúde mental e o comportamento de procura de ajuda entre 634 médicos que se formaram nos anos de 1993 e 1994 em

quatro faculdades de Medicina da Noruega. Questionários foram aplicados no último ano da graduação, no primeiro e terceiro ano após o término da faculdade. Um terço dos estudantes de Medicina e médicos estudados afirmou ter tido problemas de saúde que demandavam tratamento durante a formação médica, a residência ou quatro anos após a formação, e cerca de 2/3 buscaram ajuda para estas questões. Houve um aumento da prevalência de problemas emocionais e físicos desde o período da graduação até os anos após a graduação, mas esse fato não alterou o comportamento de busca por ajuda. Segundo os autores, os sujeitos que procuraram ajuda apresentavam níveis mais elevados de estresse e quadros mais graves de transtornos de personalidade do que os que não o faziam.

No Brasil, Cunha et al (2009) realizam estudo com objetivo de identificar a prevalência de sintomas de transtornos psiquiátricos menores (TPMe) em estudantes de Medicina, do 1º ao 4º ano, de uma universidade do Vale do Paraíba, e a procura por cuidados durante a formação. A universidade onde a pesquisa foi realizada conta com o Programa de Apoio ao Estudante (PAE), que objetiva ajudar os alunos com conflitos internos, especialmente em situações de crise, e com o Projeto Tutoria, em que alunos com dificuldades pedagógicas e comportamentais são encaminhados para acompanhamento com professores voluntários. A prevalência de TPMe entre estudantes de Medicina da primeira à quarta série foi de 26,1%, sendo maior no sexo feminino e menor na primeira série. Do total de entrevistados, 13,2% procuraram alguma ajuda. Constatou-se que a maioria, 204 (69,1%) dos acadêmicos, desconhecia qualquer um dos programas de apoio oferecidos

pela universidade. Entre os que conheciam os programas, 20 (30,8%) apresentaram transtornos e não procuraram qualquer tipo de ajuda.

Em estudo de Baldassin et al (2006), altos índices de ansiedade são constatados entre estudantes de Medicina da FMABC. Entretanto, segundo os autores, muitos desses alunos, não procuram qualquer tipo de ajuda por preconceito, receio de serem julgados “fracos” ou de que “alguém” ficasse sabendo.

Importante destacar que essas dificuldades apresentadas pelos estudantes, durante a graduação, persistem no tempo, mesmo após o término do curso e da residência. Baldwin et al (1997) estudam o comportamento e crenças a respeito da saúde, e busca de tratamento por parte de 142 médicos recém-formados atuantes em hospitais do Centro Nacional de Saúde, no Reino Unido. Os pesquisadores utilizaram um questionário sobre saúde geral (*General Health Questionnaire – GHQ*) e concluíram que os médicos não cuidavam de sua saúde de forma adequada: acabavam trabalhando muito e não tendo tempo para realizar outras atividades, automedicavam-se ou pediam ajuda a um colega, raramente indo a um consultório ou clínica apropriada.

Center et al (2003) realizam extensa revisão da literatura sobre a prevalência de depressão e suicídio entre os médicos, e as barreiras que dificultam a procura de tratamento por esses profissionais. Concluem que a cultura prevalente entre esses profissionais dá baixa prioridade à saúde mental, apesar de haver fortes evidências de transtornos de humor entre médicos associado a falta de tratamento, o que resulta no aumento dos

casos de suicídio. As barreiras existentes entre os médicos em buscar ajuda para questões emocionais são muitas vezes punitivas, incluindo a discriminação, a não licença médica, falta de privilégios e dificuldades na promoção profissional.

No Brasil, Meleiro (2005) estuda o comportamento de pacientes-médicos em regime de internação hospitalar, comparando-os com outros pacientes de nível universitário – advogados e engenheiros. Os médicos diferem estatisticamente dos advogados e engenheiros em alguns aspectos do processo do adoecer, mostrando dificuldade em assumir o papel de paciente: ficam mais ansiosos e irritados com o fato de estar doentes; não se preocupam em ser bons pacientes; desaprovam a condução do tratamento médico; confiam menos na prescrição médica, seguindo-a pouco; têm o hábito de tomar remédios por conta própria (automedicação) com maior frequência, antes da internação, e valorizam pouco a atitude dos médicos em sua melhora.

Como mostram esses estudos, a persistência de dificuldades em buscar e aceitar ajuda pode causar problemas significativos, mesmo aos profissionais mais experientes. Uma vez que, dentro ou fora do ambiente acadêmico, eles funcionam como modelos para futuros outros médicos, pode-se considerar que tais comportamentos podem gerar um círculo vicioso, além do prejuízo à própria saúde, influenciando negativamente os estudantes de Medicina e futuros médicos.

O presente estudo apóia-se na consideração de que muitas escolas médicas têm se preocupado em oferecer recursos de suporte a seus

estudantes, considerando o forte desgaste emocional experimentado por eles ao longo do curso, e as implicações disso na futura prática profissional. Por outro lado, considera também as dificuldades que esse grupo em especial, os alunos de Medicina, apresenta em buscar ajuda.

A Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) tem oferecido recursos humanos, tempo e espaço a iniciativas que visam a aumentar o bem-estar de seus alunos, seja por meio do Serviço de Apoio Psicológico (GRAPAL), seja pelo Programa de *Mentoring* (Programa Tutores FMUSP).

Torna-se, assim, importante compreender melhor a relação existente entre o bem-estar do aluno e suas necessidades frente à utilização dos recursos de acompanhamento e tratamento a ele oferecidos. Dessa maneira, tais recursos poderão ser aprimorados em seus objetivos, estrutura e dinâmica tendo os alunos, por seu turno, suas necessidades mais bem atendidas.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Investigar a relação entre bem-estar, necessidades e busca de ajuda entre alunos do 6º ano do curso de Medicina da FMUSP.

2.2 Objetivos Específicos

Avaliar:

1. O nível de sintomas de ansiedade e depressão entre os alunos do 6º ano do curso de Medicina da FMUSP.
2. A qualidade de vida dos alunos em geral e também em seus aspectos físicos, emocionais, sociais e ambientais.
3. A percepção dos alunos quanto a suas necessidades psicológicas e acadêmicas, assim como as fontes de suporte por eles acionadas durante o curso.
4. O conhecimento, utilização e satisfação dos alunos com os recursos institucionais de suporte (GRAPAL e Tutoria).
5. Os fatores (saúde mental, qualidade de vida e percepção de necessidades) associados à utilização dos recursos institucionais de suporte (GRAPAL e Tutoria) e a força desta associação.

3. MÉTODO

3.1 Sujeitos

Foram convidados a participar voluntariamente todos os alunos do 6º ano da FMUSP que, em 2007, estiveram presentes no exame anual de competências clínicas, por meio do método OSCE (Exame clínico objetivo estruturado por estações).

3.2 Procedimento

Os objetivos gerais do projeto foram apresentados aos alunos antes do início da avaliação OSCE, informando-se o caráter voluntário da pesquisa e a necessidade de anuência, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para aqueles que aceitassem participar.

Na realização do OSCE 2007, cinco salas correspondiam às chamadas “estações” para avaliação de desempenho clínico, habilidades e competências nas grandes áreas médicas (clínica, cirurgia, pediatria, ginecologia e Medicina preventiva).

Outras cinco foram utilizadas para o preenchimento de diferentes instrumentos pelo aluno, dentre os quais os do presente estudo. O aluno entrava sozinho e preenchia o questionário com tempo suficiente para isso (10 minutos), entregando-o posteriormente, ao sair da sala.

Os instrumentos deste estudo foram realizados em 3 dessas 5 salas: uma sala com as duas escalas Beck (BDI e BAI); outra sala com os dois questionários sobre o uso e avaliação dos recursos institucionais de suporte

(O Tutorando e Suporte Emocional e Acadêmico ao Aluno da FMUSP), e uma sala com o inventário sobre qualidade de vida (WHOQOL-*bref*).

3.3 Instrumentos

3.3.1 Questionário “Suporte Emocional e Acadêmico ao Aluno da FMUSP”

Questionário elaborado pelos autores (Anexo 1) para investigação das necessidades emocionais e acadêmicas dos alunos durante a graduação, assim como das fontes de suporte por eles acionadas nessas situações. Composto por questões fechadas e de múltipla escolha, assim como escalas tipo Likert (5 pontos), investigou os seguintes aspectos:

- Dados do aluno: sexo, idade, período acadêmico;
- Percepção de necessidades de ajuda psicológicas e acadêmicas;
- Fontes de suporte acionadas e intensidade;
- Sistema de suporte FMUSP: conhecimento dos recursos, utilização, e satisfação.

3.3.2 Escalas de Beck: BDI e BAI

O Inventário de Depressão Beck (BDI) e o Inventário de Ansiedade Beck (BAI) avaliam a intensidade de sintomas de depressão e ansiedade, respectivamente. Ambas as escalas são autoaplicáveis e apresentam 21 itens, cada um com quatro alternativas, subentendendo graus crescentes de gravidade de depressão e ansiedade (respectivamente). Em ambos, o escore total é o resultado da soma dos escores individuais. Este escore

permite a classificação de níveis de intensidade tanto da depressão (no caso do BDI), como da ansiedade (no caso do BAI). Adotou-se nesse estudo, para categorização da intensidade dos sintomas, os critérios brasileiros de Cunha (2001), para os sintomas depressivos (BDI): ausente/mínimo (0-11), leve (12-19), moderado (20-35) e grave (36 a 63); para os sintomas ansiosos (BAI): ausente/mínimo (0-10), leve (11-19), moderado (20-30) e grave (31 a 63).

3.3.3 WHOQOL-bref

Instrumento desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde para avaliar a qualidade de vida (Fleck et al, 2000), o WHOQOL-bref consta de 26 questões, sendo duas questões gerais, e as demais 24 distribuídas em 4 domínios: *Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio-ambiente*.

3.3.4 O Tutorando

Questionário (Anexo 2) elaborado pela Coordenação do Programa Tutores para a avaliação da atividade de tutoria pelos alunos. Dentre outros aspectos, tem como objetivos principais investigar:

- Satisfação com a Tutoria: grau de satisfação com o Tutor, com o Grupo de Tutoria e com o Programa como um todo (escala de 5 pontos, na análise agrupados em 3: satisfeito = muito satisfeito + satisfeito, nem satisfeito nem insatisfeito, insatisfeito = insatisfeito + muito insatisfeito)

- Impacto da Tutoria: mudança atribuída ao programa (respostas sim/não)

3.3.5 Banco de Dados do Programa Tutores

Os dados de adesão dos alunos do 6º ano de Medicina da FMUSP foram obtidos diretamente do Banco de Dados do Programa Tutores.

Os tutores do programa, a cada reunião realizada, enviam dados sobre a frequência de seus alunos, ficando estas armazenadas no respectivo sistema.

Os índices de adesão foram categorizados tanto binariamente (participou *versus* não participou), quanto em 3 categorias: nunca foi aos encontros, foi 1 ou 2 vezes, foi a mais de 3 encontros. Tal classificação deve-se ao fato de que, na população de alunos de 6º ano, a mediana relativa à participação nos 10 encontros previstos no ano, tem sido, tradicionalmente, igual ou próxima de 2.

Os alunos do 6º ano tendem a participar menos do programa que os alunos dos demais anos. Participam geralmente, com maior frequência, dos dois encontros de começo de ano, recepcionando os calouros e os ajudando com dicas e orientações. Aqueles que continuam a participar da Tutoria, pós este momento inicial, são assim, dentro do contexto do 6º ano, considerados como alunos com “boa adesão”.

O nº. USP dos alunos, presente em cada um dos instrumentos utilizados, permitiu a correspondência entre os resultados das escalas e dos questionários com os dados de adesão à Tutoria.

3.4 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição (CAPPESQ).

Aos participantes foi garantido sigilo e anonimato, bem como todas as informações que julgassem necessárias a respeito da pesquisa (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

Todos os resultados são apresentados de maneira global, caracterizando o grupo de alunos como um todo, sem identificação dos alunos individualmente.

3.5 Análise dos dados

Para responder aos objetivos deste estudo, as variáveis consideradas foram apresentadas por meio de estatísticas descritivas: as qualitativas (categóricas), descritas com uso de frequência absoluta (contagem) e relativa (percentagem), e as quantitativas, por média, desvio padrão, mediana, valores mínimo e máximo (Bussab e Morettin, 1987).

A análise dos dados foi realizada segundo técnicas estatísticas adequadas à natureza das variáveis estudadas, por meio dos softwares Excel 2003 e SPSS 15.0. Para verificar diferenças estatisticamente significativas entre os alunos que usam ou não o GRAPAL, assim como entre os alunos que aderem ou não à Tutoria, utilizou-se o teste não paramétrico do Qui-quadrado, ou o teste exato de Fisher (quando o número

de observações foi menor do que cinco), ou o Teste da Razão de Verossimilhanças.

As variáveis de escore de qualidade de vida foram descritas com uso de medidas resumo e comparadas entre as categorias com uso de testes não paramétricos de Mann-Whitney (Kirkwood e Sterne, 2006).

Foram também calculados os *Odds Ratios* como medida de força da associação das categorias de interesse (bem-estar e reconhecimento de necessidades) na utilização dos recursos de suporte institucionais pelos alunos, com os respectivos 95% de intervalo de confiança.

Os testes foram realizados com nível de significância de 5%.

4 RESULTADOS

4.1 Respondentes

Dos 180 alunos do 6º ano do curso de Medicina da FMUSP, 155 aceitaram participar deste estudo (86%). Entretanto, durante a aplicação, o preenchimento dos diferentes instrumentos pelos participantes foi bastante irregular.

Apenas 11 alunos deixaram de responder ao BAI (avaliação de sintomas ansiosos). Entretanto, o BDI (avaliação de sintomas depressivos) não foi respondido por 44 alunos.

Quarenta (40) alunos deixaram de responder o Questionário “Suporte Psicológico e Acadêmico ao Aluno da FMUSP”, e 33 não preencheram “O Tutorando”.

Apenas 7 alunos deixaram de responder aos itens relativos à avaliação da qualidade de vida e saúde (os mesmos sete alunos) no WHOQOL-*bref*. Os não-respondentes, em relação aos diferentes domínios: 11 (físico), 15 (psicológico), 12 (social), 13 (ambiental).

A idade média dos alunos participantes foi de 24,6 anos (DP = 1,44 anos), 52% deles apresentando menos de 25 anos, sendo a maioria (56%) do sexo masculino.

4.2 Bem estar: ansiedade, depressão e qualidade de vida

Parte dos alunos apresentou sintomas de ansiedade (27%) e depressão (20%), embora a maioria deles tenha referido uma boa qualidade

de vida em geral (68%) e satisfação com sua saúde (67%). Em relação aos diferentes domínios, o domínio social foi aquele de menor pontuação entre os alunos (Tabela 1).

Tabela 1 - Indicadores de Bem-Estar

	Variável	categoria	N	%
Bem-Estar	Ansiedade	Ausente	105	73%
		Leve	33	23%
		Moderado	4	3%
		Grave	2	1%
		sem informação	11	
	Depressão	Ausente	89	80%
		Leve	17	15%
		Moderado	5	5%
		Grave	0	
		sem informação	44	
	Qualidade de Vida Geral	B	101	68%
		NBNR	27	18%
		R	20	14%
		sem informação	7	
	Qualidade de Vida Saúde	B	99	67%
		NBNR	28	19%
		R	21	14%
		sem informação	7	
	Qualidade de Vida Domínios		Mediana	Min Max
		Físico	20	13 - 28
		Psicológico	21	15 - 26
		Social	11	4 - 15
		Ambiental	30	18 - 38

legenda: B (Bom + Muito Bom); NBNR (Nem Bom Nem Ruim); R (Ruim + Muito Ruim)

4.3 Necessidades e Fontes de Suporte

Um quarto dos alunos (28 alunos, 25%) reconheceu necessidades psicológicas nos últimos 12 meses, isto é, considerou ter precisado de ajuda para problemas como tristeza, ansiedade ou nervosismo em seu último ano do curso (Tabela 2). E, mais da metade deles (55 alunos, 51%), considerou

ter precisado de orientação para problemas como escolha da especialidade, provas, notas ou outras questões acadêmicas, ou seja, reconheceu necessidades acadêmicas.

Tabela 2 - Necessidades Psicológicas e Acadêmicas

	Variável	categoria	N	%
Necessidades	Psicológicas	sim	28	25%
		não	85	75%
		sem informação	42	
	Acadêmicas	sim	55	51%
		não	53	49%
		sem informação	47	

Quando perguntados a respeito das fontes de suporte acionadas durante o curso, a família e os colegas se destacaram entre as opções apresentadas, seja para as necessidades psicológicas, seja para as necessidades acadêmicas (Tabelas 3 e 4).

Na categoria “muitas vezes”, a família é apontada por 60% dos alunos para situações de necessidade psicológica e por 47% para casos de necessidade acadêmica. Os colegas são apontados por 57% dos alunos para situações de necessidade psicológica e por 50% nos casos de necessidade acadêmica.

Em situações de necessidade psicológica, poucos alunos referiram procurar “muitas vezes” ou “às vezes” o psicólogo e o psiquiatra da faculdade (10 e 6 alunos, respectivamente, somando-se as categorias). O mesmo ocorreu no caso da necessidade acadêmica, em relação aos profissionais do serviço de apoio institucional. O número de alunos que aciona essas fontes de suporte fora da escola é ainda menor.

Observa-se que os tutores são apresentados como aqueles mais acionados “às vezes”, tanto para suporte psicológico (41%) quanto acadêmico (30%). Professores são mais procurados em caso de necessidade acadêmica (20%) do que psicológica (10%).

Tabela 3 - Fontes de Suporte acionadas para necessidades psicológicas

Quando necessita de suporte psicológico, com quem busca ajuda?							
fontes de suporte	frequência						N
	muitas vezes		às vezes		nunca		
família	52	60%	28	32%	7	8%	87
colegas	46	57%	30	37%	5	6%	81
psicólogo faculdade	2	5%	8	20%	31	76%	41
psicólogo fora	3	8%	2	5%	35	88%	40
psiquiatra faculdade	4	10%	2	5%	34	85%	40
psiquiatra fora	1	3%	1	3%	35	95%	37
tutor	4	9%	19	41%	23	50%	46
professor	4	10%	12	31%	23	59%	39

obs: nem todos os alunos responderam todas as questões (N ≠ 155)

Tabela 4 - Fontes de Suporte acionadas para necessidades acadêmicas

Quando necessita de suporte acadêmico, com quem busca ajuda?							
fontes de suporte	frequência						N
	muitas vezes		às vezes		nunca		
família	34	47%	20	27%	19	26%	73
colegas	39	50%	21	27%	18	23%	78
psicólogo faculdade	2	5%	1	3%	37	93%	40
psicólogo fora	2	5%	-	-	38	95%	40
psiquiatra faculdade	4	10%	1	2%	37	88%	42
psiquiatra fora	2	5%	-	-	37	95%	39
tutor	6	13%	14	30%	27	57%	47
professor	11	20%	15	28%	28	52%	54

obs: nem todos os alunos responderam todas as questões (N ≠ 155)

4.4 Rede Institucional de Suporte

O Serviço de Apoio Psicológico aos alunos (GRAPAL) é conhecido por quase todos os alunos e 26% deles referem utilizá-lo. Dos alunos que refiram ter utilizado o GRAPAL, 75% relataram ter feito psicoterapia e 23% disseram ter feito uso de medicação. O Serviço de Apoio Psicológico foi recomendado por 56% daqueles que o utilizaram (Tabela 5.1)

A Tutoria mostrou ser conhecida por todos os participantes do estudo. Em relação à adesão, do total de 10 agendadas, 41% deles não participaram de qualquer reunião no ano tomado como referência, 27% participaram de 1 ou 2 encontros e 32% de 3 ou mais reuniões. Os resultados mostraram alta satisfação dos alunos com seu tutor (78%) e com seu grupo de tutoria (68%). Avaliado como um todo, o programa é satisfatório para 59% dos

alunos. Mudanças positivas, devidas ao programa, são referidas por 46% dos alunos, e apenas 20% deles não recomendaram a tutoria (Tabela 5.2).

Tabela 5.1 - Conhecimento, participação e satisfação com o GRAPAL

Variável	categoria	N	%
GRAPAL conhece	sim	106	98%
	não	2	2%
	sem informação	47	
GRAPAL usou	sim	28	26%
	não	79	74%
	sem informação	48	
Psicoterapia	sim	15	75%
	não	5	25%
	sem informação	8	
Medicação	sim	3	23%
	não	10	77%
	sem informação	15	
GRAPAL recomenda	sim	14	56%
	não	11	44%
	sem informação	3	

Tabela 5. 2 - Conhecimento, participação e satisfação com a Tutoria*

Variável	categoria	N	%
TUTORIA conhece	sim	104	100%
	sem informação	não 51	
TUTORIA participou*	0	63	41%
	1 e 2 reuniões	42	27%
	3 ou +	50	32%
TUTORIA recomenda	sim	49	80%
	não	12	20%
	sem informação	94	
Satisfação Tutor	S	87	78%
	NSNI	16	14%
	I	9	8%
	sem informação	43	
Satisfação Grupo	S	65	58%
	NSNI	30	27%
	I	17	15%
	sem informação	43	
Satisfação Programa	S	69	59%
	NSNI	23	20%
	I	24	21%
	sem informação	39	
Mudança pós Tutoria	sim	55	46%
	não	64	54%
	sem informação	36	

legenda: I (Insatisfatório); NSNI (Nem Satisfatório, Nem Insatisfatório); S (Satisfatório)

*Banco de Dados Programa Tutores

4.5 Busca de Ajuda

Observou-se, em relação ao reconhecimento de necessidades, que apenas uma parte dos alunos “ansiosos” (21%) ou “deprimidos” (32%) reconheceu ter precisado de ajuda para problemas como tristeza, ansiedade ou nervosismo, em seu último ano do curso. Uma parcela maior desses alunos (41% dos “ansiosos” e 41% dos “deprimidos”) reconheceu, entretanto, ter precisado de ajuda para problemas acadêmicos. Também poucos daqueles que apresentaram uma qualidade de vida ruim reconheceram necessidade de ajuda psicológica (15%) ou acadêmica (35%).

Quanto à procura de ajuda, observa-se que o GRAPAL foi utilizado por apenas 33% dos alunos “ansiosos”, 27% dos “deprimidos” e 20% daqueles com qualidade de vida ruim. Em relação à adesão ao Programa Tutores, mais da metade dos alunos “ansiosos” (69%), “deprimidos” (59%) e com qualidade de vida ruim (65%) participaram dessa atividade, considerando-se pelo menos 1 encontro. Ao considerar-se uma adesão maior, de “3 ou mais encontros”, observou-se a participação de apenas um terço dos alunos “ansiosos” (33%), “deprimidos” (32%) ou com qualidade de vida ruim (35%).

Tabela 6 - Reconhecimento de Necessidades e Busca de ajuda entre alunos com sintomas ansiosos e depressivos e baixa qualidade de vida

Variável	categoria	Bem-estar					
		ansiedade + (n = 39)		depressão + (n = 22)		qualidade de vida ruim (n = 20)	
		n	%	n	%	n	%
Reconhecimento de Necessidades	Psicológica						
	sim	8	21%	7	32%	3	15%
	não	20	51%	7	32%	11	55%
	sem informação	11	28%	8	36%	6	30%
	Acadêmica						
	sim	16	41%	9	41%	7	35%
Busca de Ajuda	não	11	28%	5	23%	4	20%
	sem informação	12	31%	8	36%	9	45%
	GRAPAL						
	sim	13	33%	6	27%	4	20%
	não	14	36%	8	36%	8	40%
	sem informação	12	31%	8	36%	8	40%
TUTORIA*	sim (3 +)	13	33%	7	32%	7	35%
	sim (1 +)	27	69%	13	59%	13	65%
	não	12	31%	9	41%	7	35%

*Banco de Dados Programa Tutores

sim (3+) = participou de mais de 3 encontros

sim (1+) = foi pelo menos 1 vez

4.6 Uso do GRAPAL e Adesão à Tutoria: fatores associados

O uso do GRAPAL mostrou-se associado ao sexo feminino ($p=0,001$), ao reconhecimento pelo aluno de suas necessidades psicológicas ($p=0,018$) e à apresentação de sintomas leves de ansiedade ($p=0,003$). O reconhecimento de necessidades acadêmicas não se mostrou associado ao uso do GRAPAL ($p>0,05$) (Tabela 7).

Tabela 7 - Uso do GRAPAL versus Variáveis do estudo

Variável	categoria	Grapal				p
		sim		não		
		n	%	n	%	
Sexo	F	21	75%	31	39%	0,001
	M	7	25%	48	61%	
Idade	< 25	14	52%	44	56%	0,681
	25 +	13	48%	34	44%	
Necessidades Psicológicas	sim	11	42%	14	19%	0,018*
	não	15	58%	60	81%	
Necessidades Acadêmicas	sim	16	59%	39	53%	0,558
	não	11	41%	35	47%	
Ansiedade	Mínimo	12	48%	62	82%	0,003#
	Leve	12	48%	14	18%	
	Moderado	1	4%	0		
Depressão	Mínimo	15	71%	48	86%	0,055#
	Leve	4	19%	8	14%	
	Moderado	2	10%	0		
Qualidade de Vida Geral	B	17	65%	54	71%	0,793#
	NBNR	5	19%	14	18%	
	R	4	15%	8	11%	
Qualidade de Vida Saúde	B	15	58%	55	72%	0,389#
	NBNR	7	27%	13	17%	
	R	4	15%	8	11%	
Qualidade de Vida Domínios		Mediana	Min Max	Mediana	Min Max	p
	Físico	20	13 - 25	20	14 - 28	0,565
	Psicológico	21	16 - 24	21	16 - 26	0,232
	Social	11,5	5 - 15	11	5 - 15	0,993
	Ambiental	29	21 - 35	30	18 - 38	0,300

obs: nem todos os alunos responderam todas as questões (n ≠ 155)

teste exato de Fisher*; teste da Razão de Verossimilhanças # ; qui-quadrado (sem assinalamento)

Quanto à participação no Programa Tutores, não há relação entre adesão à Tutoria (em 3 ou 2 categorias) e variáveis como sexo e idade, como também não há relação entre adesão à Tutoria e sintomas de ansiedade/depressão e qualidade de vida (de maneira geral, saúde ou em qualquer dos domínios investigados).

Observou-se que a adesão ao programa de Tutoria está significativamente associada apenas ao grau de satisfação do aluno com seu tutor, seu grupo e ao programa como um todo ($p < 0,001$). Identificar mudanças positivas devido ao programa também esteve associado a uma maior adesão à Tutoria ($p < 0,001$) (Tabelas 8 e 9).

Tabela 8 - Participação na Tutoria (3 categorias de adesão) versus Variáveis do estudo e Avaliação do Programa

Variável	categoria	Adesão à Tutoria						p
		0		1 e 2 encontros		3 +		
		N	%	N	%	N	%	
Sexo	F	28	44%	20	48%	20	40%	0,759
	M	35	56%	22	52%	30	60%	
Idade	< 25	34	56%	22	54%	25	50%	0,833
	25 +	27	44%	19	46%	25	50%	
Necessidades Psicológicas	sim	12	29%	7	20%	9	25%	0,686
	não	30	71%	28	80%	27	75%	
Necessidades Acadêmicas	sim	21	53%	15	43%	19	58%	0,464
	não	19	48%	20	57%	14	42%	
BAI	Mínimo	45	79%	28	67%	32	71%	0,688#
	Leve	11	19%	11	26%	11	24%	
	Moderado	1	2%	2	5%	1	2%	
	Grave	0		1	2%	1	2%	
BDI	Mínimo	39	81%	22	79%	28	80%	0,945#
	Leve	7	15%	4	14%	6	17%	
	Moderado	2	4%	2	7%	1	3%	
Qualidade de Vida Geral	B	46	78%	26	63%	29	60%	0,267
	NBNR	6	10%	9	22%	12	25%	
	R	7	12%	6	15%	7	15%	
Qualidade de Vida Saúde	B	40	68%	27	66%	32	67%	0,984
	NBNR	10	17%	8	20%	10	21%	
	R	9	15%	6	15%	6	13%	
Qualidade de Vida Domínios		Mediana	Min Max	Mediana	Min Max	Mediana	Min Max	0,998
	Físico	20	14 - 28	20,0	16 - 26	21,0	13 - 27	
	Psicológico	22	16 - 26	20,0	15 - 25	21,0	16 - 25	
	Social	12	6 - 15	11,0	5 - 15	11,0	4 - 15	
	Ambiental	30,5	21 - 38	29,0	18 - 37	29,0	21 - 38	
Satisfação Tutor	S	19	58%	29	83%	39	89%	0,003#
	NSNI	7	21%	4	11%	5	11%	
	I	7	21%	2	6%	0		
Satisfação Grupo	S	11	32%	19	54%	35	80%	0,001
	NSNI	13	38%	11	31%	7	16%	
	I	10	29%	5	14%	2	5%	
Satisfação Programa	S	14	38%	16	47%	39	87%	<0,001
	NSNI	10	27%	9	26%	4	9%	
	I	13	35%	9	26%	2	4%	
Mudança pós Tutoria	sim	11	27%	12	35%	32	73%	<0,001
	não	30	73%	22	65%	12	27%	

obs: nem todos os alunos responderam todas as questões (n ≠ 155)

teste exato de Fisher*; teste da Razão de Verossimilhanças # ; qui-quadrado (sem assinalamento)

Tabela 9 - Participação na Tutoria (2 categorias de adesão) *versus* Variáveis do Estudo e Avaliação do Programa

Variável	categoria	Adesão à Tutoria				p
		0		1+		
		n	%	n	%	
Sexo	F	28	44,4	40	43,5	0,905
	M	35	55,6	52	56,5	
Idade	< 25	34	55,7	47	51,6	0,620
	25 +	27	44,3	44	48,4	
Necessidades Psicológicas	sim	12	28,6	16	22,5	0,473
	não	30	71,4	55	77,5	
Necessidades Acadêmicas	sim	21	52,5	34	50,0	0,802
	não	19	47,5	34	50,0	
BAI	Mínimo	45	78,9	60	69,0	0,332#
	Leve	11	19,3	22	25,3	
	Moderado	1	1,8	3	3,4	
	Grave	0		2	2,3	
BDI	Mínimo	39	81,3	50	79,4	0,969#
	Leve	7	14,6	10	15,9	
	Moderado	2	4,2	3	4,8	
Qualidade de Vida geral	B	46	78,0	55	61,8	0,080
	NBNR	6	10,2	21	23,6	
	R	7	11,9	13	14,6	
Qualidade de Vida saúde	B	40	67,8	59	66,3	0,864
	NBNR	10	16,9	18	20,2	
	R	9	15,3	12	13,5	
Qualidade de Vida domínios		Mediana	Min Max	Mediana	Min Max	p
	Físico	20	14 - 28	20	13 - 27	0,969
	Psicológico	22	16 - 26	21	15 - 25	0,180
	Social	12	6 - 15	11	4 - 15	0,122
	Ambiental	30,5	21 - 38	29	18 - 38	0,059
Satisfação Tutor	S	19	57,6	68	86,1	0,001#
	NSNI	7	21,2	9	11,4	
	I	7	21,2	2	2,5	
Satisfação Grupo	S	11	32,4	54	68,4	0,001
	NSNI	13	38,2	18	22,8	
	I	10	29,4	7	8,9	
Satisfação Programa	S	14	37,8	55	69,6	0,004
	NSNI	10	27,0	13	16,5	
	I	13	35,1	11	13,9	
Mudança pós Tutoria	sim	11	26,8	44	56,4	0,002
	não	30	73,2	34	43,6	

Na análise da força das associações entre as variáveis do estudo e os recursos institucionais (Tabela 10), observou-se que os estudantes do sexo masculino apresentaram uma chance muito menor de uso do GRAPAL do que suas colegas do sexo feminino. Esta chance aumenta de maneira importante, entretanto, para aqueles que reconhecem necessidades psicológicas (3 vezes mais) e aqueles que apresentam ansiedade leve (4 vezes mais).

Quanto à participação na Tutoria, houve um aumento importante na chance de participar do programa, quando o aluno está satisfeito com o tutor (12 vezes mais). Em grau menor, e em ordem decrescente, estar satisfeito com o grupo (7 vezes mais), com o programa como um todo (4 vezes mais) e reconhecer mudanças positivas devidas à Tutoria (3 vezes mais), também aumentam a chance de participação no programa.

Tabela 10 - Força da associação entre as variáveis do estudo

Variável	Uso do Grapal (sim)		Participação na Tutoria (sim)	
	Odds ratio	95% IC	Odds ratio	95% IC
sexo masc	0,22***	0,08 - 0,57	1,04	0,55 - 1,98
idade (>25)	1,20	0,50 - 2,89	1,18	0,61 - 2,26
necessidade psicológica (sim)	3,19*	1,22 - 8,34	0,73	0,30 - 1,74
necessidade acadêmica (sim)	1,42	0,58 - 3,45	0,90	0,41 - 1,98
ansiedade (leve)	4,43*	1,65 - 11,90	1,50	0,66 - 3,41
depressão (leve)	1,60	0,42 - 6,07	1,11	0,39 - 3,19
qualidade de vida (boa)	0,63	0,17 - 2,35	0,64	0,24 - 1,75
satisfeito com tutor	&	&	12,53***	2,40 - 65,34
satisfeito com grupo	&	&	7,02***	2,19 - 22,45
satisfeito com programa	1,8	0,21 - 15,41	4,64*	1,72 - 12,55
mudança (sim)	1,75	0,22 - 14,22	3,53*	1,55 - 8,04

*p< 0,05; **p< 0,01; ***p< 0,001

não é possível calcular &

5 DISCUSSÃO

Este estudo examinou a relação entre bem-estar, percepção de necessidades e busca de ajuda entre alunos do 6º ano do curso de Medicina da FMUSP. Para tanto foram investigados os níveis dos sintomas de ansiedade e depressão entre esses alunos; a qualidade de vida em geral e em seus aspectos físicos, emocionais, sociais e ambientais; a percepção dos alunos quanto à suas necessidades de suporte psicológico e acadêmico, e as fontes de suporte por eles acionadas. Além disso, investigou-se o conhecimento, utilização e satisfação dos estudantes com os recursos institucionais de suporte (GRAPAL e Tutoria).

Os resultados obtidos permitem, em relação aos aspectos investigados, destacar, os seguintes pontos:

5.1 Bem-estar ao final do curso: boa qualidade de vida, mas presença de ansiedade e depressão

Os resultados deste estudo mostram que o bem-estar dos alunos, ao final do curso, é permeado por sentimentos positivos e negativos decorrentes deste momento final de sua graduação.

A maioria dos alunos investigados referiu boa qualidade de vida, tanto do ponto de vista geral, quanto em aspectos relativos à saúde. Entretanto, parte importante dos alunos apresentou sintomas de ansiedade (27%) e depressão (20%), com predomínio, em ambos os casos, de sintomatologia

leve. Além disso, mesmo com uma boa qualidade de vida em geral, apresentam, no *WHOQOL-bref*, o domínio social com pontuação bastante inferior aos demais domínios avaliados (físico, psicológico e ambiental), indicando prejuízos nesse aspecto.

A avaliação positiva desses sextoanistas quanto à sua qualidade de vida, reforça estudos (Fiedler, 2008; Mascia et al, 2009) que mostram os alunos, ao final do curso, mais amadurecidos, satisfeitos com o aprendizado e seguros em exercer a profissão. Entretanto, mesmo com tal satisfação e amadurecimento, sabe-se que aspectos de final do curso, como as dúvidas quanto à especialidade, o aumento da competitividade e a preparação para o exame de residência, podem impactar negativamente o bem-estar desses estudantes.

Estudos referem que, ao final do curso, e devido a esse contexto, os alunos se ressentem da falta de sono, de lazer, de menos atividades físicas e sexuais, e apresentam-se insatisfeitos até mesmo com a própria aparência (Baldassin et al, 2006; 2008). O prejuízo na vida social, apresentado pelos alunos deste estudo e, também, a presença de sintomas ansiosos e depressivos entre eles, pode ter relação com esses fatores.

Na investigação de Paro et al (2010) com 352 alunos de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, os alunos do sexto ano tiveram menor pontuação que os ingressantes nos aspectos referentes à vitalidade e funcionamento social. Além disso, os alunos com escores positivos para sintomas de depressão apresentaram menores escores em todos os domínios do SF-36 (Short-Form Health Survey), instrumento utilizado para

avaliar a qualidade de vida. Em relação à prevalência dos sintomas investigados, os alunos estudados, tal como em vários outros estudos, apresentaram índices de ansiedade (27%) e depressão (20%) mais elevados que o conjunto da população.

Em estudo recente, Andrade et al (2002) estimam a prevalência de transtornos mentais (ansiedade, depressão, psicose e uso de substâncias) em residentes, com dezoito anos ou mais, de dois bairros da cidade de São Paulo (Jardim América e Vila Madalena), com características socioeconômicas e escolaridade semelhantes aos jovens que buscam pelo curso médico. Da amostra total pesquisada, 26,8% dos entrevistados apresentou diagnóstico de transtorno mental no período de um ano e 22,2% no de um mês anterior à entrevista. A prevalência de transtornos do humor, com episódio depressivo, foi de 16,8% ao longo da vida, 7,1% no período de um ano e 4,5% no período de um mês. Em relação aos transtornos de ansiedade, os pesquisadores encontram 12,5% ao longo da vida; 7,7% no ano e 6 % no mês.

Na revisão sistemática de Dyrbye et al (2006), com o uso de diferentes instrumentos, os valores de depressão entre estudantes de Medicina variam de 2% a 39%.

Comparando os resultados obtidos com estudos que utilizaram o BDI na investigação de sintomas depressivos junto a alunos de Medicina, com pontos de corte semelhantes, os alunos da FMUSP apresentaram índices menores que os sextoanistas da Universidade Federal de Goiás (20% FMUSP x 29,1% UFG) (Amaral et al, 2008), mas maiores do que os internos

da Faculdade de Medicina do ABC (20% FMUSP x 11,7% ABC) (Baldassin, 2008).

Em relação à ansiedade, embora com a utilização de instrumentos diferentes (BAI X IDATE) os sextoanistas da FMUSP apresentaram índices semelhantes aos dos internos da FMABC (27% vs 26,8%) (Baldassin, 2006).

É importante destacar, entretanto, que mesmo estando acima dos índices de depressão e ansiedade do conjunto da população, houve neste estudo, tal como em outras investigações, nacionais ou de outros países, predomínio de sintomas leves (Baldassin et al, 2006, 2008; Amaral et al, 2008; Bruch et al, 2009; Gaviria et al, 2002; Ahmed et al, 2009).

Tais resultados, embora conflitantes com a referida boa qualidade de vida em geral, são congruentes com a observação de que, ao final do curso, os alunos apresentam medo e ansiedade frente ao futuro profissional. Há satisfação com o término do curso, mas sentimentos de perda ao deixar a faculdade e encerrar esse momento da vida. A escolha da especialidade não é um processo simples, podendo trazer dúvidas em relação à própria escolha vocacional anterior (Bellodi, 2005). Há ainda, e especialmente, o temor de insucesso nos exames de residência, com sentimentos de dúvida e questionamentos quanto às competências, culpa e insegurança (Millan et al, 1999b).

5.2 A percepção de necessidades: ênfase no acadêmico-profissional

Sobre a percepção de necessidades, um quarto (25%) dos alunos do 6º ano reconheceu necessitar de ajuda para problemas como tristeza, ansiedade ou nervosismo, no último ano de sua formação. Mais da metade deles (51%) reconheceram precisar de ajuda para questões como escolha da especialidade, provas, notas ou outros aspectos acadêmicos.

Nesse período da vida dos estudantes é compreensível o foco maior dado por eles aos problemas e desafios encontrados no final da vida acadêmica e início da vida profissional – afinal, aproxima-se o momento da escolha da especialidade, a concorrida prova de residência e, especialmente, a mudança no status do papel de estudante para o de médico. Entretanto, tais desafios dificilmente estão desvinculados de sentimentos a eles associados, provavelmente de angústia, ansiedade ou tristeza pelo que se está deixando (a faculdade) e o que se aproxima (a residência e o mundo do trabalho). Nesse sentido, pode-se indagar por que as necessidades de cunho emocional estariam sendo reconhecidas por uma parcela bastante pequena de alunos. Entre universitários, tomados em seu conjunto, estudos mostram ainda ser alta a não percepção de necessidade de ajuda psicológica ou psiquiátrica para questões emocionais (Eisenberg et al,2002). Entre os alunos de Medicina, em especial, a dificuldade em perceber tal necessidade, como evidenciado por Rosenthal e Okie (2005), pode estar relacionada à possibilidade de os sintomas de ansiedade e depressão serem de difícil diferenciação do estresse resultante do ritmo de vida dos estudantes de

Medicina, durante a formação médica. Em outras palavras, muitos alunos encaram a ansiedade e o estresse como respostas naturais e esperadas durante sua formação. Se, como assinalaram Vogel et al (2005), as pessoas somente buscam ajuda quando percebem seu problema como maior e mais grave do que entre as pessoas de seu convívio, tal “naturalização” dos sintomas pode colaborar bastante para o não reconhecimento deles como problemas.

Outro aspecto desse menor reconhecimento das necessidades emocionais pode dizer respeito às características de personalidade do estudante de Medicina, descritos como pessoas extremamente persistentes, determinados, que gostam de desafios, mas apresentam dificuldades em lidar com o fracasso e a frustração (Millan, 1999). Com tais características, reconhecer a necessidade de ajuda para problemas com ansiedade, depressão e angústia representa admitir a própria vulnerabilidade. A isso soma-se o temor de ser julgado como fraco pelos demais, isto é, há ainda, como evidenciado por muitos estudos, o estigma associado às questões emocionais (Chew-Graham et al, 2003). Os mecanismos psicológicos de negação e resistência, consciente ou inconscientemente podem ter, nesse contexto, um importante papel, seja impedindo o reconhecimento da necessidade, seja dificultando o próximo passo: a busca de ajuda.

5.3 Fontes de ajuda privilegiadas: a família e os amigos

Diferentes estudos mostram que os alunos de Medicina buscam menos ajuda formal com profissionais de saúde mental, especialmente

dentro da universidade, e preferem buscar apoio com os familiares e pessoas do convívio pessoal (Lee e Graham, 2001; Zonta et al, 2006). No presente estudo foi constatada essa mesma tendência, em que psicólogos e psiquiatras foram os menos procurados para dar suporte a questões emocionais, não apenas dentro da instituição, mas também fora dela. Por outro lado, a família e os colegas foram as fontes de suporte mais acionadas durante o curso, não só para as necessidades emocionais, como para as acadêmicas. Tal importância dada aos colegas, como fonte de suporte, é congruente com estudos que mostram a importância da rede social e da amizade para a satisfação dos alunos de Medicina com o curso.

Rojo (2001, p.121), antropólogo que estudou as relações de amizade entre estudantes de Medicina da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), por meio da observação participante de duas turmas (2º e 5º anos), destaca que “... a opção de não ter amigos dentro do grupo é praticamente inviável, com consequências que atingem o próprio rendimento acadêmico”. Segundo este autor, ao contrário do que se poderia pensar, a ênfase nas relações grupais entre alunos de Medicina, não é um traço adolescente remanescente, já que eles se encontram em fase de transição entre a adolescência e a vida adulta. Entre os alunos de Medicina, os grupos “não parecem perder força e coesão no decorrer dos seis anos do curso, ocorrendo muitas vezes o contrário” (idem, p.122). Entre os alunos por ele pesquisados, “o grupo de amigos não se sustenta apenas na sociabilidade (...) mas na confiança, na ausência de competitividade interna e no apoio que é compartilhado entre seus membros” (idem, p.122).

Essas observações ajudam não só a compreender os resultados obtidos, mas também outros comportamentos dos estudantes de Medicina, como priorizar a amizade, como critério na composição de grupos de trabalho, durante o internato. Além disso, reforçam a importância da amizade para a própria saúde mental do aluno, como destacado por Lima et al (2006) em investigação junto a estudantes de Medicina de Botucatu. Ter baixo “capital social”, expresso pela dificuldade em fazer amigos e sentir-se rejeitado, mostrou-se, nesse estudo, associado positivamente com a presença de transtorno mental comum. Por fim, mas não menos importante, também vai ao encontro de uma das razões apresentadas pelos alunos para sua menor adesão ao Programa de Tutoria: a consideração de que não participam do programa institucional, por já fazerem parte de grupos de “*mentoring informal*”, com amigos (Bellodi, 2006).

Já a forte valorização da família, demonstrada pelos alunos deste estudo, confirma dados de outras investigações, nas quais o meio familiar é reconhecido pelos estudantes como fator protetor frente ao estresse da formação. No estudo de Gaviria et al (2002) com estudantes de Medicina do 1º ao 5º ano da Colômbia, a maioria dos alunos (72,1%) atribuiu grande qualidade à relação familiar, com resultados mostrando aumento do risco de depressão à medida que diminuía a qualidade daquela. Em trabalho de Reginato (2004) com estudantes de primeiro ano de seis faculdades de Medicina da grande São Paulo, estes também manifestaram bom relacionamento e consideraram a família como muito importante para o seu desenvolvimento pessoal (79,68%) e profissional (60%). O mesmo é

verificado por Millan et al (1999), os quais destacam que os familiares têm um papel muito importante como fonte de suporte. Segundo aqueles autores, alunos com personalidade estruturada e apoio familiar adequado tendem a superar as crises ao longo do curso com maior sucesso, evitando o agravamento dos transtornos. Ainda em relação à forte valorização da família e dos colegas como fonte de suporte, é importante destacar que, no estudo de Fiedler (2008), mais de 90% dos alunos afirmaram que estar mais próximo, e ter mais tempo, para a família e os amigos, aumenta sua qualidade de vida.

Neste estudo, os tutores ocupam uma posição intermediária entre as fontes de suporte, tendo sido relatado que foram acionados às vezes pelos alunos, seja em caso de necessidades pessoais, seja acadêmicas. Tal resultado é congruente com a adesão ao programa por alunos do 6º ano, em 2007, quando um quarto deles, aproximadamente, compareceu a 1 ou 2 encontros, e apenas um terço esteve presente a mais de 3 encontros. Além disso, considerando-se a atividade de *Mentoring* em si, do ponto de vista conceitual, mostra-se também coerente com o lugar ocupado pelos tutores na própria rede social do aluno: por não serem pais, nem colegas, mas alguém entre os dois, ocupam uma “espécie de papel transicional” (Bellodi, 2005, p. 52).

No contexto deste estudo, os tutores parecem ocupar um papel intermediário, como fonte de suporte, não entre a família e os colegas, mas entre estes e os professores. Geralmente, essa menor valorização dos tutores e dos profissionais de saúde mental, como fontes de suporte,

confirmam estudos que apontam uma tendência de os alunos e os médicos a ignorar métodos formais de cuidados em saúde, tendo, não raramente, o autocuidado e a automedicação como práticas desde o início de suas carreiras (Hooper et al, 2005).

5.4 A rede de suporte institucional da FMUSP: conhecida e valorizada

Os resultados mostram que os alunos do 6º ano conhecem os recursos de suporte oferecidos pela FMUSP e estão, em sua maioria, satisfeitos com eles. Este é um resultado importante a destacar, uma vez que o desconhecimento é apresentado em diferentes estudos como uma forte barreira para que os alunos utilizem os serviços oferecidos. Entre estudantes de Medicina, do 1º ao 4º ano, de uma universidade do Vale do Paraíba (Cunha et al, 2009) que conta também com serviço de apoio psicológico e programa de tutoria, a maioria (69,1%) referiu não conhecer qualquer um dos programas de apoio. Dentre os que conheciam os programas, 33,4% escolheram psicólogos/psiquiatras, sendo que apenas 5,1%, o Projeto Tutoria.

Em estudo de Eisenberg et al (2002), uma proporção também pequena de universitários referiu conhecer os recursos de apoio disponíveis: 59% tinham conhecimento dos serviços de aconselhamento gratuito disponíveis no campus.

Diferente desses estudos, o conhecimento (ou a falta dele) não parece ser barreira para que os alunos da FMUSP busquem suporte durante sua

formação. Estes resultados permitem considerar que a FMUSP realiza de forma competente a divulgação de seus recursos de suporte, que é, senão condição suficiente para sua utilização plena pelos alunos, sem dúvida constitui uma condição necessária para quem deseja buscar ajuda na própria escola. Na FMUSP, todos os calouros são convocados para uma entrevista inicial, com objetivo de conhecer o GRAPAL e saber como procurá-lo, se e quando necessário (Millan e de Arruda, 2008).

Quanto à Tutoria, os primeiroanistas recebem informações sobre o programa na própria Semana de Recepção e, ao iniciarem as aulas, são visitados em sala de aula pela coordenadora do programa, que apresenta os objetivos da atividade e divulga seus tutores. As avaliações realizadas sobre essa atividade mostram alta satisfação dos tutores e dos calouros com este primeiro encontro (Bellodi, 2004).

5.5 Mesmo “precisando”, nem todos reconhecem a necessidade, nem todos buscam ajuda

Reforçando achados de outras investigações, no presente estudo parte dos alunos que apresentaram sintomas significativos de ansiedade e depressão ou relataram qualidade de vida ruim, não reconheceram a necessidade, nem buscaram ajuda. Em outras palavras, nem todos os alunos com indicadores de “mal-estar” reconheceram necessidade de suporte ou buscaram ajuda entre os recursos institucionais. O subgrupo dos “diagnosticados” foi constituído por 39 alunos “ansiosos”, 22 “deprimidos” e 20 alunos insatisfeitos com sua qualidade de vida. Em relação ao

reconhecimento de necessidades, chama atenção que apenas 21% daqueles com sintomas ansiosos, 32% com sintomas depressivos e 15% com qualidade de vida ruim reconheceram ter tido necessidade de ajuda para problemas como tristeza, ansiedade ou nervosismo. Um número maior, entretanto, reconheceu ter tido necessidade de ajuda para questões acadêmicas: 41% dos “ansiosos”, 41% dos “deprimidos” e 35% dos insatisfeitos com sua qualidade de vida.

Constata-se, portanto, considerados apenas os alunos “diagnosticados”, que estes tendem a reconhecer mais as dificuldades acadêmicas do que as de ordem emocional.

Para a busca de ajuda, também apenas parte dos alunos transforma seu desconforto em demanda por ajuda. Isto é, nem todos os que “precisam” (considerando aqui “precisar” como apresentar sintomas e estar insatisfeito com sua qualidade de vida) buscam ajuda, pelo menos entre os recursos de suporte da faculdade investigados: o GRAPAL e a Tutoria. Deixaram de procurar ajuda no GRAPAL, 36% dos ansiosos, 36% dos deprimidos e 40% dos insatisfeitos com sua qualidade de vida. Não participaram do Programa Tutores 31% dos ansiosos, 41% dos deprimidos e 35% daqueles com qualidade de vida ruim. Esses resultados são similares àqueles referidos pela literatura, tanto em relação ao conjunto da população, quanto entre universitários e estudantes de Medicina, em que entre 1/3 e 3/4 a parcela das pessoas que não buscam ajuda. Em estudo populacional de Andrade et al (2002), em São Paulo, a busca de tratamentos psicológicos ou psiquiátricos com profissionais específicos destas áreas é apontada por não mais do que

10% a 20% dos casos psiquiátricos, no período de um mês. Estudo de Eisenberg et al (2007) com universitários de diferentes cursos, mostra que a proporção de alunos que não recebia nenhum tipo de ajuda estava entre 37% e 84%, dependendo dos sintomas e da patologia. Em investigação de Roberts et al (2000) com estudantes de Medicina de escolas norte-americanas, mais da metade deles, e em uma determinada faculdade, 3/4, optaram por não procurar cuidados com a saúde. Em investigação de Tyssen et al (2004), em faculdades de Medicina da Noruega, 2/3 daqueles que relataram problemas de saúde buscaram ajuda.

Não foram investigadas, neste estudo, as razões para a não busca de ajuda, mas é possível que sofram influência de fatores já destacados na literatura, como atitudes e idéias negativas a respeito dos tratamentos, estigma social, receio do julgamento de terceiros, questões relacionadas à privacidade e falta de tempo. Considerando-se que os alunos deste estudo encontram-se no 6º ano, período final de sua formação, aspectos como a valorização da autossuficiência em resolver problemas podem também estar presentes. Por fim, há que se lembrar de que a prática entre os estudantes de Medicina de consultas informais e autodiagnósticos aumenta, à medida que o curso avança e a experiência clínica aumenta (Roberts et al, 2000; Chew-Graham et al, 2003; Hooper et al, 2005).

5.6 Uso do GRAPAL: ser mulher, reconhecer necessidades emocionais e apresentar ansiedade

Ser mulher, reconhecer necessidades psicológicas e apresentar sintomas positivos de ansiedade mostram-se significativamente, e fortemente, associados à busca de ajuda no GRAPAL. Não há consenso entre os estudos sobre a maior vulnerabilidade feminina para o estresse emocional, mas, sem dúvida, elas apresentam atitudes mais positivas que os homens frente ao reconhecimento de necessidades emocionais e busca de ajuda (Courtenay, 2000; Komiya et al, 2000; Wilson e Deane, 2001; Albizu-Garcia et al, 2001; Gonzalez et al, 2005). A associação entre busca de ajuda e sexo feminino tem sido evidenciada em diferentes investigações, seja no conjunto da população (Rabinowitz et al, 1999), seja entre estudantes (Oliveira et al (2008), seja entre alunos de Medicina (Cunha et al, 2009; Bellodi, 2007), no Brasil ou em outros contextos. No GRAPAL, especialmente, como já relatado por Millan e Arruda (2008), as mulheres tendem a procurar ajuda psicológica duas vezes mais do que os homens.

A associação entre percepção de necessidades emocionais e busca de suporte especializado no GRAPAL pode ser compreendida pela consideração de que os alunos identificam claramente a especificidade do serviço (psicoterapia e psiquiatria), e também pelos modelos teóricos do comportamento de busca de ajuda, em que a percepção do desconforto e seu reconhecimento consciente, como um problema, são considerados fundamentais para dar início ao processo de busca de ajuda (Biddle et al, 2007).

A associação entre busca de ajuda no GRAPAL e sintomatologia já constatada em investigações anteriores. Em estudo de Eisenberg et al (2007) em um campus universitário norte-americano, o uso do serviço de Saúde Mental foi maior entre aqueles que apresentaram valores significativos para sintomas de depressão e ansiedade. Em investigação com estudantes noruegueses, Tyssen et al (2004) encontraram também níveis mais elevados de estresse entre os que buscam ajuda do que entre os que não o faziam.

A associação entre busca de ajuda no GRAPAL e sintomas de ansiedade corresponde à descrição da demanda usual pelo serviço. Millan e Arruda (2008) relatam que, depois dos transtornos de humor, os transtornos de ansiedade são os mais frequentes, devido, provavelmente, à grande competição existente entre os alunos. Tal consideração parece bastante pertinente para os alunos de 6º ano desta investigação, os quais se encontram próximos ao momento do exame de Residência. Os alunos necessitam estudar para o exame em período de plantões nas áreas de emergência, com excesso de pacientes a atender, o que se torna difícil. Além da falta de tempo para estudar, há o medo de não ser aprovado devido à grande concorrência.

Na atualidade, o processo seletivo do exame para Residência é extremamente exigente e concorrido, constituindo um novo e mais exigente “vestibular”. Devido ao crescimento do número de escolas médicas no Brasil, há desproporção entre vagas oferecidas e quantidade de formandos a cada novo ano. Além disso, certas especialidades e determinados programas de residência tendem a ser muito mais procurados. Esses fatores, como

destacado por Braga Silva et al (2009), fazem com que “tanto o ambiente de aprendizagem como as relações interpessoais no internato sejam contaminados pela elevação do clima já reconhecidamente competitivo que permeia a escola médica” (p. 236). É freqüente, nesse sentido, encontrar sextoanistas com dúvidas e questionamentos sobre sua própria competência, comparando-a com a capacitação dos colegas da própria escola e/ou de outras instituições. Não é rara a consideração entre eles de que os alunos que trabalham muito neste final de internato serão prejudicados, imaginando que, em outras escolas, haverá estudantes privilegiados por serem liberados muito antes para estudar (Braga Silva et al, 2009).

5.7 Adesão à Tutoria: estar satisfeito com a relação e reconhecer mudanças

Nenhuma das variáveis sociodemográficas, nem a percepção de necessidades, assim como nenhum dos indicadores de “mal-estar” (sintomas positivos de ansiedade, depressão e qualidade de vida ruim) foi fator significativo para adesão dos alunos do 6º ano ao Programa Tutores, ao contrário da hipótese frequente entre os tutores de que “aqueles que mais precisam, são os que menos participam”.

A participação na Tutoria, entre os alunos deste estudo, mostrou-se associada apenas à satisfação com a relação estabelecida com o tutor e o grupo, resultando na satisfação com o programa como um todo, e à percepção de mudanças positivas por conta da atividade. O objetivo de um programa de *Mentoring* é estabelecer uma relação de suporte amplo, e o

GRAPAL oferece suporte especializado. O trabalho do tutor não se faz somente em situações de conflito ou com foco em problemas, mas principalmente nos desafios que aparecem ao longo da formação profissional e pessoal. Os alunos estudados parecem reconhecer estas diferenças de objetivos em cada uma das propostas.

Tal resultado é também congruente com o próprio conceito de *Mentoring*, que tem como um dos elementos centrais ser “um tipo especial de relação” para ajudar no “desenvolvimento do jovem iniciante” (Bellodi, 2005). Nesse sentido, estar satisfeito com as relações vivenciadas, e valorizar as transformações delas derivadas, mostra-se um resultado bastante coerente com os princípios dessa atividade.

A importância da relação e a percepção de resultados também foram evidenciadas no estudo de Navarro da Cruz (2005), na qual estudantes de Medicina mostraram-se satisfeitos quando o tutor era atencioso e receptivo nos encontros, havia confraternização entre os colegas e as discussões eram consideradas produtivas e importantes. Este estudo não investigou as razões de os alunos ficarem mais ou menos satisfeitos nas relações estabelecidas com seus tutores e colegas, mas, sem dúvida, salientou que o aspecto relacional é central na Tutoria. Estudos em *Mentoring* reconhecem que é necessária “química” entre tutores e alunos, para que o encontro se torne significativo e produtivo. Quando isso não ocorre, a consequência é um isolamento e resistência, tanto do aluno quanto do tutor (Jackson et al, 2003; Reilly et al 2005). Entretanto, onde estaria tal “química”? Sabe-se de alguns de seus “ingredientes”, mas como ela acontece não... Quanto aos alunos, é

importante que eles sejam proativos, comunicativos e capazes de expor suas necessidades. Além disso, que tenham certo grau de autonomia, capacidade de debater os caminhos da relação ao longo do processo e, principalmente, confiarem em seu tutor. Em relação aos tutores, é importante que consigam dividir suas vivências com os alunos, mostrem-se empáticos, pacientes, flexíveis, comportem-se de forma ética, sendo capazes de observar, respeitar, ouvir e se sensibilizar com as idéias, necessidades, emoções e condição dos estudantes. Entretanto, a trajetória que a relação de *Mentoring* vai tomar será sempre pouco ou nada previsível, e será consequência da interação, não apenas do tutor e do aluno, mas também da instituição, com suas peculiaridades e cultura existente (Bellodi, 2005).

Ao discutir o tema da “química”, Berk (2010, p.85) ressalta que, no *Mentoring*, não se trata apenas de parear um professor mais experiente com um aluno e atribuir a ele a função de servir como um “humano conselheiro” na carreira: “Na realidade, essa relação é um pouco mais complicada, como o são a amizade e as relações românticas”. Diz este autor que, enquanto a base substantiva da relação é a experiência, o conhecimento, as habilidades e a sabedoria do mentor, o que é crítico para o seu sucesso e longevidade é a conexão pessoal e única entre mentor e jovem. Se o jovem, continua ele, sente-se intimidado, ameaçado ou desconfortável de algum modo com a relação, ou “engole uma medicação antináusea antes de cada encontro” ou, simplesmente, acaba com um mentor “que se assemelha a Fred Krueger”. Essa relação está condenada, independente da expertise do mentor. Para ele, a inteligência emocional e, especialmente, as habilidades interpessoais

são determinantes cruciais desta “química”, o que explica porque tais relações não são passíveis de fórmulas e, frequentemente, bastante confusas. Para esse autor, muitas relações de *Mentoring* se deterioram ou terminam abruptamente devido à falta de “química”, e o pareamento de mentores e jovens é mais importante do que a ênfase de diferentes programas à atividade (pesquisa, assistência, tópicos clínicos ou questões pessoais e profissionais). Tomando como base estudos da área da Psicologia Social Experimental que destacam a importância das primeiras impressões, chega a propor, nesse sentido, uma estratégia para testar a “química” entre potenciais pares de mentores e jovens – o *Speed Mentoring*. Neste procedimento, alunos fazem rodízio entre tutores diferentes dispostos em uma única sala, com tempo determinado para conversa com cada um. A cada encontro, tutor e aluno preenchem notas sobre o encontro, o tempo que levam para a tomada de decisão, assim como um *ranking* de suas preferências. Tal estratégia é, sem dúvida, de difícil realização em um programa de *Mentoring* da dimensão do Programa Tutores, mas a importância de algo tão subjetivo e, ao mesmo tempo, tão concreto como a necessidade de “química” entre tutor e aluno, não pode ser desconsiderada. Talvez seja “não administrável”, mas está sempre posta e tem efeitos na relação.

Congruentes com essa delicada e fundamental questão – a “química” entre tutor e alunos –, os resultados evidenciaram que a qualidade das relações promovidas pela Tutoria, especialmente com o tutor, constituíram fatores fortemente associados à adesão do aluno ao programa: o aluno que

está satisfeito com seu tutor apresenta uma chance 12 vezes maior de aderir ao programa, e aquele que está satisfeito com o grupo, tem uma chance 7 vezes maior. Também importantes na adesão dos alunos deste estudo foram os efeitos positivos derivados do *Mentoring*: uma parcela expressiva de alunos (46%) referiu mudanças positivas devido à atividade, e aqueles que reconheceram tais mudanças apresentaram uma chance 3 vezes maior de participar dela.

Em maior ou menor grau, certamente, mudanças positivas são almeçadas e propiciadas pelo *Mentoring*: mais motivação, menor estresse, melhor desempenho, melhor enfrentamento de dificuldades, ampliação da rede de amigos, maior proximidade com os professores, entre outras. Entretanto, como salienta Bellodi (2005), “a questão fundamental não é apenas ‘o que’ muda com a Tutoria, mas ‘como’ acontecem mudanças” (p.108).

Há no *Mentoring* elementos de mudança explícitos (como, por exemplo, a orientação de carreira) e implícitos (por exemplo, o estilo pessoal e profissional do mentor, nem sempre conscientemente ou deliberadamente expressos). Estudo de Tekian et al (2001), por exemplo, junto a estudantes de Medicina com maior probabilidade de encontrar dificuldades acadêmicas, mostra que alunos participantes do programa de *Mentoring* experimentaram menos problemas acadêmicos. E, do ponto de vista da relação, admiravam seus mentores pela forma como estes manejavam seu tempo, por seu estilo de vida e por seu comprometimento com a profissão e o ensino. Para aqueles alunos, tais características contribuíam para o desenvolvimento de

perspectivas e estratégias de resolução de problemas. Presentes em maior ou menor grau, tais elementos, explícita ou implicitamente podem ajudar a desenvolver habilidades sociais, promovendo aceitação; desenvolver habilidades cognitivas, promovendo reflexão e, mais do que modelar, podem representar um exemplo concreto do futuro profissional, promovendo uma abordagem prática e aplicada frente à carreira (Bellodi, 2005). Tutores devem ser sensibilizados e orientados a compreender que a potencialidade do *Mentoring* está associada a esses elementos relacionais, e não a apenas a aspectos associados à saúde mental ou outros problemas dos alunos. Os resultados deste estudo indicam, pelo menos entre os alunos deste estudo, ser a adesão ao *Mentoring* um comportamento mais relacionado ao desejo (de se relacionar com alguém, como o tutor e os colegas) do que à necessidade (de busca de solução de conflitos emocionais ou melhora de bem-estar). Nesse sentido, o bem-estar, no *Mentoring*, seja talvez mais um produto do que o produtor do movimento de busca por suporte.

5.8 GRAPAL e Tutoria: diferentes, mas com alguma coisa em comum

Estudiosos da área do *Mentoring* ressaltam que nenhuma mudança ocorre sem que se estabeleça um vínculo emocional e de confiança entre mentor e jovem. Para psicoterapeutas, não há discussão a respeito do quão fundamental é o vínculo terapeuta-paciente, para que a relação de ajuda aconteça. Sabe-se que as relações, suas possibilidades e impossibilidades, são derivadas de uma série de determinantes, não apenas pessoais e

sociais, mas também de ordem consciente e inconsciente. Não é objetivo deste trabalho a discussão aprofundada desses determinantes inconscientes e atuantes em toda e qualquer relação, seja de ajuda ou outra, seja a psicoterapia ou a relação de *Mentoring*.

Mas há um elemento importante, e comum, a ser considerado quando se discute a relação de busca de ajuda, seja específica, como a oferecida pelo GRAPAL, seja mais ampla, como a proposta de Tutoria: o medo da exposição.

Ao avaliarem o Programa de Tutoria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP), Colares et al (2009) comparam respostas de alunos com adesão regular àquele a respostas de alunos que não participavam do programa. Observam algo bastante interessante: tal como neste estudo, poucos alunos não recomendam a atividade e a maioria dos não participantes expressou opiniões positivas sobre o programa. Alguns justificaram sua não adesão exclusivamente pela falta de tempo; outros consideraram outras atividades extracurriculares como mais atrativas; para alguns, faltava informação sobre o programa, e, por fim, houve aqueles que referiram dificuldade em compartilhar questões pessoais com o grupo. Nesse sentido, é que Assis (2005, p.254) assinala, ao discutir os encontros e desencontros na relação tutor-aluno:

[Os encontros] [...] são a um só tempo desejados e temidos. Desejados porque promovem desenvolvimento e temidos porque promovem angústia. [...] Se, de um lado, olhar para si abre a possibilidade de identificar problemas e procurar corrigi-los por outro, leva ao contato com as próprias limitações. Se compartilhar problemas e dúvidas com colegas e mestres é ganhar força para resolvê-los, é também se expor, estar vulnerável; é uma espécie de “desnudamento”, o que gera desconforto.

A dificuldade em participar da Tutoria estaria relacionada a essa “exposição de si mesmo”, sendo compreensível, como diz a autora, que “se mobilizem desconfortos quando o “texto” a ser discutido refere-se às minhas dificuldades, às minhas dúvidas, às minhas emoções vividas com os pacientes [...]” (Idem, p. 255).

O mesmo aspecto é destacado por De Marco (2009), ao abordar a procura de ajuda psicoterápica pelo estudante de Medicina. O autor discute a dificuldade em procurar ajudar psicológica, considerando que os problemas dessa natureza, na medida em que não correspondem ao “ideal de si mesmo”, tornam-se indesejáveis e precisam ser escondidos. Procurar ajuda, diz ele, em certo nível pode significar, para o aluno, que ele “não será perfeito jamais”. Além disso, o autor também destaca que, se o medo da procura é acompanhado por um medo de ser excluído, este representa mais profundamente “[...] um medo de se defrontar com o que não é aceitável em si mesmo” (p.479). As dificuldades em buscar ajuda estariam relacionadas então, para o aluno, tanto a uma ameaça à sua unidade (quem sou, como sou, o que desejo), quanto à incerteza em confiar que haja um lugar de ajuda e suporte a essas incertezas.

O aspecto comum à Tutoria e à busca de ajuda no GRAPAL não foi abordado neste estudo, mas merece futuras investigações, em abordagem que envolva aspectos também qualitativos. A busca de ajuda, especializada ou ampla, é algo complexo e, como tal, precisa ser considerada. Embora este estudo tenha destacado aspectos importantes e fortemente associados à busca de ajuda entre alunos de Medicina, a relação dinâmica entre esses

diferentes fatores precisa ainda ser investigada. Esta é uma das limitações do presente estudo.

Outra limitação diz respeito ao fato de o estudo ter sido realizado apenas com alunos de um único ano acadêmico, o sexto ano, mesmo considerando-se a importância de tal período da vida acadêmica – o final do curso e a transição para a vida profissional. Nesse contexto, o momento de aplicação dos instrumentos (final do ano) e o cenário (durante uma prova de avaliação de habilidades) também limitam as conclusões, na medida em que podem ter influenciado, tanto a não resposta de alguns questionários quanto os próprios resultados, especialmente os sintomas de ansiedade.

Por outro lado, é importante destacar, a força deste estudo encontra-se no fato de ter conseguido investigar e correlacionar os três principais aspectos envolvidos no comportamento de ajuda: o reconhecimento da necessidade, o diagnóstico e a busca de suporte.

Estudos com os mesmos objetivos podem e devem ser realizados com alunos de outros anos acadêmicos, tanto com desenho transversal quanto longitudinal – investigando também mudanças ao longo do tempo. Importante também será a realização desse tipo de estudo com alunos de outras faculdades de Medicina, assim como de outros cursos.

O bem-estar do universitário merece ser considerado pelas diferentes escolas e cursos. Pesquisas neste campo podem colaborar para explicitar e reforçar a necessidade de suporte institucional durante a formação, assim como as implicações deste cuidado (ou falta dele) no futuro profissional. A investigação e compreensão dos fatores que atuam no comportamento de

busca de ajuda entre universitários podem ajudar a sensibilizar os estudantes para sua importância e a redimensionar e aprimorar os recursos de suporte a eles destinados. As instituições formadoras podem também, a partir da discussão dessa questão, assinalar para os alunos, de diferentes maneiras, a importância de relações colaborativas e de crescer por meio da ajuda do outro, seja esse outro um profissional de saúde mental, um tutor, um professor ou um colega mais experiente. Alguém que, pelo exemplo, consiga mostrar que no buscar e receber ajuda, reside não a impotência, mas a possibilidade de se desenvolver pessoal e profissionalmente.

6 CONCLUSÕES

1. Os alunos, ao final do curso, referem boa qualidade de vida em geral, mas esta, em seu aspecto social, mostra-se prejudicada.
2. Parte importante dos alunos apresenta sintomas positivos de ansiedade e depressão, ao final do curso.
3. Os alunos tendem a reconhecer mais as necessidades acadêmicas do que as emocionais.
4. A família e os colegas são as fontes de suporte mais acionadas durante o curso, tanto para as necessidades emocionais, quanto para as acadêmicas. Tutores são acionados às vezes como fonte de ajuda, pelos alunos. Os profissionais de saúde mental são os menos acionados como fontes de suporte, ao longo do curso.
5. Nem todos os alunos com sintomas positivos para ansiedade, depressão e baixa qualidade de vida reconhecem necessidade de ajuda, seja para problemas emocionais, seja para problemas acadêmicos.
6. Apenas parte dos alunos com sintomas positivos para ansiedade e depressão, ou qualidade de vida ruim, busca ajuda entre os recursos institucionais de suporte, seja o GRAPAL, seja a Tutoria.

7. Há diferentes fatores envolvidos na busca de ajuda por suporte emocional especializado (GRAPAL) e por suporte desenvolvimental (Tutoria).
8. Ser mulher, reconhecer necessidades emocionais e apresentar sintomatologia positiva para ansiedade mostraram-se associados à busca de ajuda no GRAPAL, aumentando a chance de uso do serviço.
9. Estar satisfeito com seu tutor, seu grupo de tutoria e reconhecer mudanças derivadas do programa mostraram-se associados à adesão ao Programa Tutores, aumentando a chance de participação do aluno.
10. Embora saúde mental seja um aspecto fundamental para busca de suporte especializado no Grupo de Apoio Psicológico ao Aluno de Medicina (GRAPAL), aquela não tem relação com a participação do aluno no Programa Tutores.
11. Investir na qualidade das relações e, por meio dela, promover mudanças, pode aumentar bastante a chance de os alunos participarem da Tutoria.
12. A compreensão, pelos tutores, de que a adesão ao *Mentoring* é um comportamento mais relacionado a desejo do que à necessidade, pode ajudá-los a trabalhar com os alunos, focando, de fato, no aspecto central do *Mentoring*: o desenvolvimento.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aagaard EM, Hauer KE. A Cross-sectional Descriptive Study of Mentoring Relationships Formed by Medical Students. *J Gen Intern Med*. 2003;18:298-302.
- Ahmed I, Banu H, Al-Fageer R, Al-Suwaidi R. Cognitive emotions: Depression and anxiety in medical students and staff. *J Crit Care*. 2009;24:1- 7.
- Aktekin M, Karaman T, Senol YY, Erdem S, Erengin H, Akaydin M. Anxiety, depression and stressful life events among medical students: a prospective study in Antalya, Turkey. *Med Educ*. 2001;35:12-17.
- Albizu-Garcia CE, Alegria M, Freeman D, Vera M. Gender and health services use for a mental health problem. *Soc Sci Med*. 2001;53:865-878
- Allen TD, Lentz E, Lima L, Eby LT, Poteet ML. Career Benefits Associated With Mentoring for Protégés: A Meta-Analysis. *J Appl Psychol*. 2004;89(1):127-136.
- Alves JGB, Tenório M, Anjos AG, Figueroa JN. Qualidade de vida em estudantes de Medicina no início e final do curso: avaliação pelo Whoqol-bref. *Rev. Bras Educ Méd*. 2010;34(1):91–96.
- Amaral GF, Gomide LMP, Batista MP, Piccolo PP, Teles TBG, Oliveira PM, Pereira MAD. Sintomas depressivos em acadêmicos de Medicina da Universidade Federal de Goiás: um estudo de prevalência. *Rev Psiquiatr RS*. 2008;30:124-130.
- Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002;37:316–325.
- Arruda PCV. As Relações entre alunos, professores e pacientes. In: Millan, L R, De Marco, OLN, Rossi E, Aruda PCV. (Org). *O Universo Psicológico do Futuro Médico: vocação, vicissitudes e perspectivas*. São Paulo: Casa do psicólogo, 1999. p.43 -73.
- Baldassin S, Alves TCTF, Andrade AG, Martins LAN. The characteristics of depressive symptoms in medical students during Med Educ and training: a cross-sectional study. *BMC Med Educ*. 2008;60:1-8.
- Baldassin S, Martins LC, Andrade AG. Traços de ansiedade entre estudantes de Medicina. *Arq Med ABC*. 2006;31:27-31.
- Baldwin PJ, Dodd M, Wrate RM. Young doctors' health-II. Health and health Behaviour. *Soc Sci Med*. 1997;45:41-44
- Bellodi PL, Martins MA. *Tutoria: Mentoring na formação médica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

Bellodi PL. Conversando com cada tutor. In: Bellodi PL, Martins MA. *Tutoria: Mentoring na formação médica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p.289-315.

Bellodi PL. O Programa Tutores e a Integração dos Calouros na FMUSP. *Rev Bras Educ Méd*. 2004;28(3):204–214.

Bellodi PL. Retaguarda Emocional para o Aluno de Medicina da Santa Casa de São Paulo (Repam): Realizações e Reflexões. *Rev Bras Educ Méd*. 2007;31:5-14.

Bellodi PL. Tutor. In: Bellodi PL, Martins MA. *Tutoria: Mentoring na formação médica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p.69-85.

Bellodi PL. Tutoria. In: Bellodi PL, Martins MA. *Tutoria: Mentoring na formação médica*. São Paulo: Casa do Psicólogo 2005. p.53-67.

Bellodi, PL. Mentoring: to attend or not to attend. Oral Presentation. In: Association for Medical Education in Europe - AMEE Conference, 2006; Genoa, Italy, *Anais*. Genoa, 2006

Benbassat J, Bauml R. What is empathy, and how can it be promoted during clinical clerkships? *Acad Med*. 2004;79:832-9.

Benevides-Pereira AMT, Gonçalves MB. Transtornos emocionais e a formação em Medicina: um estudo longitudinal. *Rev Bras Educ Méd*. 2009;33:10-23.

Berger JM, Levant R, McMillan KK, Kelleher W, Sellers A. Impact of Gender Role Conflict, Traditional Masculinity Ideology, Alexithymia, and Age on Men's Attitudes Toward Psychological Help Seeking. *Psychol Men Masculinity*. 2005;6:73–78.

Berk RA. Where's the Chemistry in Mentor-Mentee Academic Relationships? Try Speed Mentoring! *European Mentoring & Coaching Council – EMCC*. 2010; 8(1):85–138.

Blazina C, Marks LI. College men's affective reactions to individual therapy, psychoeducational workshops, and men's support group brochures: the influence of gender-role conflict and power dynamics upon help-seeking attitudes. *Psychotherapy*. 2001;38:297-305.

Brimstone R, Thistlethwaite JE, Quirk F. Behaviour of medical students in seeking mental and physical health care: exploration and comparison with psychology students. *Med Educ*. 2007;41:74-83.

Bruch TP, Carneiro EA, Jornada LK. Presença de sintomas psiquiátricos em estudantes de Medicina de Universidade do sul do Brasil. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. 2009;38(4):61–65.

Bussab WO; Morettin, PA. *Estatística Básica*. 4a. ed. São Paulo: Atual, 1987.

Center C, Davis M, Detre T, Ford DE, Hansbrough W, Hendin H, Laszlo J, Litts DA, Mann J, Mansky PA, Michels R, Miles SH, Proujansky R, Reynolds CF, Silverman MM. Confronting Depression and Suicide in Physicians A Consensus Statement. *JAMA*. 2003;289:23:3161-6.

Chandavarkar U, Azzam A, Mathews CA. Anxiety symptoms and perceived performance in medical students. *Depress Anxiety*. 2007;24:103-11.

Chew-Graham CA, 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. *Med Educ*. 2003;37:873-880.

Chies AB, Siqueira AC Jr, Guilhen JC. Outras experiências de Tutoria (Mentoring) em Medicina – Programa de Orientação de Estudantes da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). In: Bellodi PL, Martins MA. *Tutoria: Mentoring na formação médica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p.181-184.

Colares MFA, Castro M, Peres CM, Passos ADC, Figueiredo JFC, Rodrigues MLV, Troncon LEA. Group mentoring for junior Medical students: perceptions of mentees and mentors. *Rev Brás Educ Méd*. 2009;3 (4):670–675.

Colares MFA, Peres CM. Outras experiências de Tutoria (Mentoring) em Medicina – Tutoria na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP). In: Bellodi PL, Martins MA. *Tutoria: Mentoring na formação médica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p.176-178.

Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med*. 2000;50:1385-1401.

Cunha MAB, Neves AAF, Moreira ME, Hehn FJ, Lopes TP, Ribeiro CCF, Watanabe APF. Transtornos psiquiátricos menores e procura por cuidados em estudantes de Medicina. *Rev Bras Educ Méd*. 2009;33:321-328.

Cunha, JA. *Manual da versão em português das Escalas de Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

Cusack J, Deane FP, Wilson CJ, Illawarra JC. Emotional Expression, Perceptions of Therapy, and Help-Seeking Intentions in Men Attending Therapy Services. *Psychol Men Masculinity*. 2006;7:69-82.

Dahlin M, Joneborg N, Runeson B. Stress and depression among medical students: a cross-sectional study. *Med Educ*. 2005;39:594-604.

Dahlin ME, Runeson B. Burnout and psychiatric morbidity among medical students entering clinical training: a three year prospective questionnaire and interview-based study. *BMC Med Educ*. 2007;7:6.

De Marco OLN. O estudante de Medicina e a procura de ajuda. *Rev Bras de Educ Méd*. 2009; 33(3):487–492.

Dunn LB, Iglewicz A, Moutier C. A Conceptual Model of Medical Student Well-Being: Promoting Resilience and Preventing Burnout. *Acad Psychiatry*. 2008;32:44-53.

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;81:354-373.

Eisenberg D, Golberstein E, Gollust SE. Help-Seeking and Access to Mental Health Care in a University Student Population. *Med Care*. 2007;45:594-601.

Fiedler PT. *Avaliação da Qualidade de Vida do estudante de Medicina e da influência exercida pela formação acadêmica* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2008.

Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento WHOQOL-bref. *Rev Saude Publica*. 2000;34:178-83.

Garmel GM. Mentoring Medical Students in Academic Emergency Medicine. *Acad Emerg Med*. 2004;11:1351-1357.

Gavioli MA, Silva AG, Gonçalves RJ, Santos ME, Shi KL, Lima MCP. Formando grupos no internato: critérios de escolha, satisfação e sofrimento psíquico. *Rev Bras Educ Méd*. 2009;33:4-9.

Gaviria S, Rodríguez MA, Álvarez T. Calidad de la relación familiar y depresión en estudiantes de Medicina de Medellín, Colombia, 2000. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2002;40:41-46.

Geib LTC, Krahl M, Poletto DS, Silva CB. A tutoria acadêmica no contexto histórico da educação. *Rev Bras Enferm*. 2007;60:217-20.

Gonzalez JM, Alegria M, Prihoda TJ. How do attitudes toward mental health treatment Vary by age, gender, and ethnicity/race in young adults? *J Community Psychol*. 2005;33:611–629.

Good GE, Schopp LH, Thomson D, Hathaway S, Sanford-Martens T, Mazurek MO, Mintz LB. Masculine Roles and Rehabilitation Outcomes Among Men Recovering from Serious Injuries. *Psychol Men Masculinity*. 2006;7:165-176.

Han DY, Chen SH, Hwang KK, Wei HL. Effects of psychoeducation for depression on help-seeking willingness: Biological attribution versus destigmatization. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2006;60:662–668.

Helms JL. Barriers to Help Seeking Among 12th. Graders. *J Educ Psychol Consult*. 2003;14:27-40.

Hooper C, Meakin R, Jones M. Where students go when they are ill: how medical students access health care. *Med Educ*:2005;39: 588-593.

Jackson VA, Palepu A, Szalacha L, Caswell C, Carr PL, Inui T. “Having the Right Chemistry”: A Qualitative Study of Mentoring in Academic Medicine. *Acad Med*. 2003;78:328–334.

Jorm AF, Christensen H, Medway J, Kurten AE, Jacomb PA, Rodgers B. Public belief systems about the helpfulness of interventions for depression: associations with history of depression and professional help-seeking. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2000; 35:211-219.

Kirkwood BR; Sterne JAC. *Essential medical statistics*. 2nd ed. Blackwell Science: Massachusetts, USA, 2006.

Kjeldstadli K, Tyssen R, Finset A, Hem E, Gude T, Gronvold NT, Ekeberg O, Vaglum P. Life satisfaction and resilience in medical school – a six-year longitudinal, nationwide and comparative study. *BMC Med Educ*. 2006;6:48.

Komiya N, Good GE, Sherrod NB. Emotional Openness as a Predictor of College Students' Attitudes Toward Seeking Psychological Help. *J Couns Psychol.* 2000;47:138-143.

Lee J, Graham AV. Students' perception of medical school stress and their evaluation of a wellness elective. *Med Educ.* 2001;35:652-659.

Lemos KM, Neves NMBC, Kuwano AY, Tedesqui G, Bitencourt AGV, Neves FBCS, Guimarães AN, Rebello A, Bacellar F, Lima MM. Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de Medicina de Salvador (BA). *Rev Psiquiatr Clín.* 2007;34:118-124.

Levy BD, Katz JT, Wolf MA, Sillman JS, Handin RI, Dzau VJ. An Initiative in Mentoring to Promote Residents' and Faculty Members' Careers. *Acad Med.* 2004;79:845-850.

Lima MCP, Domingues MS, Ramos-Cerqueira ATDA. Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de Medicina. *Rev Saúde Pública.* 2006;40:1035-41.

Lima MCP. Outras experiências de Tutoria (Mentoring) em Medicina – Tutoria na Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP). In: Bellodi PL, Martins MA. *Tutoria: Mentoring na formação médica.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p.178-180.

Macaulay W, Mellman LA, Quest DO, Nichols GL, Haddad Jr J, Puchner PJ. The Advisory Dean Program: A Personalized Approach to Academic and Career Advising for Medical Students. *Acad Med.* 2007;82:718-722.

Marcolino JAM, Vieira JE, Filho LP, Mathias LAST. Tutoria com Médicos Residentes em Anestesiologia. O Programa da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. *Rev Bras Anestesiol.* 2004;54:438-447.

Mascia AR, Silva FB, Lucchese AC, de Marco MA, Martins MCFN, Martins LAN. Atitudes frente a aspectos relevantes da prática médica: estudo transversal randomizado com alunos de segundo e sexto anos. *Rev Bras Educ Méd.* 2009; 33:40-48.

Meleiro AMAS. *O Médico como Paciente.* São Paulo: Segmento Farma, 2005.

Meleiro AMAS. Suicídio entre médicos e estudantes de Medicina. *Rev Assoc Med Bras.* 1998;44:135-140.

Mello Filho J de. A Vocação Médica e o Curso Médico. In: Mello Filho J de (Org). *Identidade Médica.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

Mesquita EM, Nunes AJ, Cohen C. Avaliação das atitudes dos estudantes de Medicina frente ao abuso de drogas por colegas do meio acadêmico. *Rev Psiquiatr Clín.* 2008;35:8-12.

Meyer, D. 'Online self-help: Developing a student-focused website for depression. *Couns and Psychotherapy Research.* 2007;7:151-6.

Millan LR, Arruda PCV. Assistência Psicológica Ao Estudante de Medicina: 21 Anos de Experiência. *Rev Assoc Med Bras.* 2008;54:90-4.

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.

Millan LR, de Marco OLN, Rossi E, Millan MPB, Arruda PCV. Alguns aspectos psicológicos ligados à formação médica. In: Millan, L R, De Marco, OLN, Rossi E, Aruda PCV. (Org). *O Universo Psicológico do Futuro Médico: vocação, vicissitudes e perspectivas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p.75-82.

Millan LR, Rossi E, de Marco OLN. A Assistência psicoterápica ao estudante de Medicina. In: Millan, L R, De Marco, OLN, Rossi E, Aruda PCV.) (Org). *O Universo Psicológico do Futuro Médico: vocação, vicissitudes e perspectivas*. São Paulo: Casa do psicólogo, 1999. p.117-128.

Millan LR, Rossi E, de Marco OLN. A Psicopatologia do Estudante de Medicina. In: Millan, L R, De Marco, OLN, Rossi E, Aruda PCV.) (Org). *O Universo Psicológico do Futuro Médico: vocação, vicissitudes e perspectivas*. São Paulo: Casa do psicólogo, 1999. p.83-102.

Millan, LR. *Vocação Médica – um estudo de gênero*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

Millan, LR. *Vocação Médica e Gênero: um estudo com primeiranistas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2003.

Mohammadreza H, Karen G, Gang X, Jon VJ, Edward C. Gender comparisons of medical students' psychosocial profiles. *Med Educ*. 1999;33:342-349.

Moreira SNT, Silva CAN, Tertulino FF, Tertulino FMF, Vilar MJP, Azevedo GD. Processo de Significação de Estudantes do Curso de Medicina diante da Escolha Profissional e das Experiências Vividas no Cotidiano Acadêmico. *Rev Bras Educ Méd*. 2006;30:14-19.

Moro A, Valle JB, Lima LP. Sintomas Depressivos nos Estudantes de Medicina da Universidade da Região de Joinville (SC). *Rev. Bras. Educ Méd*. Rio de Janeiro. 2005; 29(2):97– 102.

Navarro da Cruz, EMT. Outras experiências de Tutoria (Mentoring) em Medicina - Tutoria na Faculdade de Medicina de Rio Preto (FAMERP). In: Bellodi PL, Martins MA. *Tutoria: Mentoring na formação médica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p.171-5.

Nicholson S. 'So you row, do you? You don't look like a rower'. An account of medical students' experience of sexism. *Med Educ*. 2002;36:1057-1063.

Nogueira-Martins O estresse psicológico em Medicina. In: L.A. Nogueira-Martins. *Residência médica: um estudo prospectivo sobre dificuldades na tarefa assistencial e fontes de estresse*. Tese de Doutorado apresentada à Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1994. p.20-38.

Oliveira MLC, Dantas CR, Soares de Azevedo RC, Banzato CEM. Demographics and complaints of university students who sought help at a

campus mental health service between 1987 and 2004. *Sao Paulo Med J*. 2008;126:58-62.

Paro HBMS, Morales NMO, Silva CHM, Rezende CHA, Pinto RMC, Morales RR, Mendonça TMS, Prado MM. Health-related quality of life of medical students. *Medical Education*. 2010;44:227–235.

Porcu M, Fritzen CV, Helber C. Sintomas depressivos nos estudantes de Medicina da Universidade Estadual de Maringá. [texto na Internet]; [citado 2003 Mar 20]. Disponível em: http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/original5_01.htm.

Rabinowitz J, Gross R, Feldman D. Correlates of a perceived need for mental health assistance and differences between those who do and do not seek help. *Soc Psychiatry. Psychiatr Epidemiol*. 1999 34:141-146

Raviv M, Sills R, Raviv A, Wilansky P. Adolescents' help-seeking behaviour: the difference between self- and other-referral. *Journal of Adolescence*. 2000;23:721-740.

Reilly T, Roberts KA, Harrow S. Mentor/Mentee: A Delicate Balance of Chemistry. *DCMA Communicator*. 2005;13–17.

Reunião Geral Programa Tutores 2009. [on-line] Disponível na Internet via: <http://www.fm.usp.br/tutoria>. Arquivo consultado em 2010.

Rezende CHA de, Abrão CB, Coelho EP, Passos LB Da S. Prevalência de Sintomas Depressivos entre Estudantes de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. *Rev Bras Educ Méd*. 2008;32:315-323.

Rhodes, J. Stand by me – the risks and rewards of mentoring today's youth. Cambridge: Harvard University Press, 2002.

Roberts LW, Warner TD, Carte D, Frank E, Ganzini L, Lyketsos C. Caring for Medical Students as Patients: Access to Services and Care-seeking Practices of 1,027 Students at Nine Medical Schools. *Acad Med*. 2000;75:272–277.

Rosal MC, Ockene IS, Ockene JK, Barrett SV, Ma Y, Hebert JR. A longitudinal study of students' depression at one medical school. *Acad Med*. 1997;72:542-6.

Rose GL, Rukstalis MR, Schuckit MA. Informal Mentoring Between Faculty and Medical Students. *Acad Med*. 2005;80:344-348.

Rosenthal JM, Okie S. White Coat, Mood Indigo — Depression in Medical School. *N Engl J Med*. 2005;353:1085-8.

Sambunjak D, Straus SE, Marusic A. Mentoring in Academic Medicine: A Systematic Review. *JAMA*. 2006;296:1103-1115.

Serra ST. Tutoria e a possibilidade de construção da identidade profissional. In: Filho J M (Org). *Identidade Médica*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006. p.191- 212.

Smith CK, Peterson DF, Degenhardt BF2, Johnson JC. Depression, anxiety, and perceived hassles among entering medical students. *Psychol Health Med* 2007;12:31-39.

Spencer J. Decline in empathy in Med Educ: how can we stop the rot? *Med Educ*. 2004;38:916-8.

Spencer J. Physician, heal thyself – but not on your own, please. *Med Educ*. 2005;39:548-549.

Sreeramareddy CT, Shankar PR, Binu VS, Mukhopadhyay C, Ray B, Menezes RG. Psychological morbidity, sources of stress and coping strategies among undergraduate medical students of Nepal. *BMC Med Educ*. 2007;7:26.

Tekian A, Jalovecky MJ, Hruska L. The Impact of Mentoring and Advising At-risk Underrepresented Minority Students on Medical School Performance. *Acad Med*. 2001;76:1264.

The Practice of Learning Theories/Help-seeking [on-line]. Available from: http://en.wikibooks.org/wiki/The_Practice_of_Learning_Theories/Help-seeking. Arquivo consultado em 2009.

Thomas MR, Dyrbye LN, Huntington JL, Lawson KL, Novotny PJ, Sloan JA, Shanafelt TD. How Do Distress and Well-being Relate to Medical Student Empathy? A Multicenter Study. *Soc Gen Intern Med*. 2007;22:177-183.

Timlin-Scalera RM, Ponterotto JG, Blumberg FC, Jackson MA. A Grounded Theory Study of Help-Seeking Behaviors among White Male High School Students. *J Couns Psychol*. 2003;50:339-350.

Tyssen R, Rovik JO, Vaglum P, Gronvold NT, Ekeberg O. Help-seeking for mental health problems among young physicians: is it the most ill that seeks help? A longitudinal and nationwide study. *Soc Psychiatry Epidemiol*. 2004;39:989-993.

Tyssen R, Vaglum P, Grønkvold NT, Ekeberg E. Factors in medical school that predict postgraduate mental health problems in need of treatment. A nationwide and longitudinal study. *Med Educ*. 2001;35:110-120.

Vogel DL, Wei M. Adult Attachment and Help-Seeking Intent: The Mediating Roles of Psychological Distress and Perceived Social Support. *J Couns Psychol*. 2005;52:347-357.

Vogel DL, Wester SR, Wei M, Boysen GA. The Role of Outcome Expectations and Attitudes on Decisions to Seek Professional Help. *J Couns Psychol*. 2005;52:459-470.

Voltmer E, Kieschke U, LB Schwappach D, Wirsching M, Spahn C. Psychosocial health risk factors and resources of medical students and physicians: a cross-sectional study. *BMC Med Educ*. 2008;8:46.

Wilson CJ, Deane FP. Adolescent Opinions About Reducing Help-Seeking: Barriers and Increasing Appropriate Help Engagement. *J Educ Psychol Consult*. 2001;12:345–364.

Wilson CJ, Rickwood D, Deane FP. Depressive symptoms and help-seeking intentions in young people. *Clin Psychol*. 2007;11:98- 107.

Woloschuk W, Harasym PH, Temple W. Attitude change during medical school: a cohort study. *Med Educ*. 2004;38:522-34.

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):147–153.

8 ANEXOS

Anexo 1 - Suporte Psicológico e Acadêmico ao Aluno da FMUSP

Suporte Psicológico e Acadêmico ao Aluno da FMUSP

Nome/Número USP:

1. Nos últimos 12 meses, você achou que precisou de ajuda para problemas como tristeza, ansiedade ou nervosismo? () sim () não () não sei

2. Quando ficou triste, ansioso ou nervoso, com quem você buscou apoio durante o seu curso médico? Assinale todas as alternativas que correspondam às suas fontes de suporte e a intensidade com que foram acionadas:

Fontes de Suporte	intensidade		
	muitas vezes	às vezes	nunca
família			
colegas			
psicólogo da faculdade			
psicólogo fora da faculdade			
psiquiatra da faculdade			
psiquiatra fora da faculdade			
tutor			
professor			

3. Nos últimos 12 meses, você achou que precisou de orientação para problemas como escolha da especialidade, provas, notas ou outras questões acadêmicas? () sim () não () não sei

4. Quando você teve dificuldades com notas, professores, aulas ou outras questões acadêmicas, com quem você buscou apoio durante o seu curso médico? Assinale as alternativas que correspondam às suas fontes de suporte e a intensidade com que foram acionadas:

Fontes de Suporte	intensidade		
	muitas vezes	às vezes	nunca
família			
colegas			
psicólogo da faculdade			
psicólogo fora da faculdade			
psiquiatra da faculdade			
psiquiatra fora da faculdade			
tutor			
professor			

5. Quanto ao sistema de suporte ao aluno da FMUSP (GRAPAL e Tutoria), você:

Rede de Suporte ao Aluno da FMUSP	Grapal		Tutoria	
	sim	não	não	sim
sabe da existência?				
usou/participou?				
psicoterapia				
psiquiatria clínica (medicação)				
recomenda a outros alunos?				

Anexo 2 - O Tutorando 2007

O Tutorando 2007

Número USP:

Sexo: masc. () fem. () Idade:

Ano letivo: () 1 ano () 2 ano () 3 ano () 4 ano () 5 ano () 6 ano

Instruções gerais: Queremos conhecer sua opinião sobre o Programa Tutores para podermos corrigir eventuais falhas e aperfeiçoá-lo na medida do possível. ESTAS INFORMAÇÕES FICARÃO TOTALMENTE CONFIDENCIAIS. O resultado das avaliações somente será divulgado de forma global e jamais identificados seus respondentes.

Qual é a sua opinião sobre:

Seu TUTOR	Concordo fortemente	Concordo	Nem concordo, nem discordo.	Discordo fortemente	Discordo
É atencioso					
Orienta bem					
É uma pessoa agradável					
Conduz bem o grupo					
É disponível					

Em geral, considero a atuação do meu tutor:

() muito satisfatória () satisfatória () nem satisfatória, nem insatisfatória () insatisfatória () muito insatisfatória

Seu GRUPO DE TUTORIA	Concordo fortemente	Concordo	Nem concordo, nem discordo.	Discordo fortemente	Discordo
Presente					
Participativo					
Suportivo (os colegas se ajudam e trocam experiências)					

Em geral, considero a dinâmica de meu grupo de tutoria:

() muito satisfatória () satisfatória () nem satisfatória, nem insatisfatória () insatisfatória () muito insatisfatória

Você na Tutoria em 2006

Adesão: Fui, este ano, na tutoria: (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) vezes
Por quê?

Classifique a importância dos seguintes fatores na sua participação na Tutoria:

(0 – nada importante, 1 – pouco importante, 2 – indiferente, 3 – importante, 4 – muito importante)

() grupo () crédito () seu interesse pessoal () tutor () dia/horário na grade () certificado
() outro, qual?

Pós Tutoria

Você identifica alguma mudança em você e/ou na sua vida como resultado da tutoria?

() sim () não

Qual (is):

- () estou mais motivado em relação ao curso e à profissão médica
- () conheço melhor o curso como um todo
- () ampliei meu currículo de amizades
- () consigo lidar melhor com o stress do dia-a-dia do curso
- () meu desempenho acadêmico melhorou
- () vejo a Medicina de uma forma mais positiva (ética, humana e técnica)
- () outros:

O Programa Tutores: avaliação geral

De maneira geral, considero o Programa Tutores:

() muito satisfatório () satisfatório () nem satisfatório, nem insatisfatório () insatisfatório () muito insatisfatório

Por que:

Anexo 3 - Inventário de Depressão de Beck

Nome: _____ Idade: _____ Estado

Civil: _____ Profissão: _____ Escolaridade: _____

Data de aplicação: _____ Pontuação: _____

Instruções

Neste questionário existem grupos de afirmações. Por favor leia cuidadosamente cada uma delas. A seguir selecione a afirmação, em cada grupo, que melhor descreve como se sentiu NA SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE. Desenhe um círculo em torno do número ao lado da afirmação selecionada. Se escolher dentro de cada grupo várias afirmações, faça um círculo em cada uma delas. Certifique-se que leu todas as afirmações de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

<p>1.</p> <p>0 Não me sinto triste.</p> <p>1 Sinto-me triste.</p> <p>2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo.</p> <p>3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.</p> <p>2.</p> <p>0 Não estou particularmente desencorajado(a) em relação ao futuro.</p> <p>1 Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro.</p> <p>2 Sinto que não tenho nada a esperar.</p> <p>3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.</p> <p>3.</p> <p>0 Não me sinto fracassado(a).</p> <p>1 Sinto que falhei mais do que um indivíduo médio.</p> <p>2 Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos.</p> <p>3 Sinto que sou um completo fracasso.</p> <p>4.</p> <p>0 Eu tenho tanta satisfação nas coisas, como antes.</p> <p>1 Não tenho satisfações com as coisas, como costumava ter.</p> <p>2 Não consigo sentir verdadeira satisfação com alguma coisa.</p> <p>3 Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo.</p>	<p>12.</p> <p>0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.</p> <p>1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.</p> <p>2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.</p> <p>3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.</p> <p>13.</p> <p>0 Tomo decisões como antes.</p> <p>1 Adio as minhas decisões mais do que costumava.</p> <p>2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.</p> <p>3 Já não consigo tomar qualquer decisão.</p> <p>14.</p> <p>0 Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser.</p> <p>1 Preocupo-me porque estou a parecer velho(a) ou nada atraente.</p> <p>2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente.</p> <p>3 Considero-me feio(a).</p> <p>15.</p> <p>0 Não sou capaz de trabalhar tão bem como antes.</p> <p>1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.</p> <p>2 Tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa.</p> <p>3 Não consigo fazer nenhum trabalho.</p>
---	---

<p>5.</p> <p>0 Não me sinto particularmente culpado(a).</p> <p>1 Sinto-me culpado(a) grande parte do tempo.</p> <p>2 Sinto-me bastante culpado(a) a maior parte do tempo.</p> <p>3 Sinto-me culpado(a) durante o tempo todo.</p> <p>6.</p> <p>0 Não me sinto que esteja a ser punido(a).</p> <p>1 Sinto que posso ser punido(a).</p> <p>2 Sinto que mereço ser punido(a).</p> <p>3 Sinto que estou a ser punido(a).</p> <p>7.</p> <p>0 Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a).</p> <p>1 Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a).</p> <p>2 Sinto-me desgostoso(a) comigo mesmo(a).</p> <p>3 Eu odeio-me.</p> <p>8.</p> <p>0 Não me sinto que seja pior que qualquer outra pessoa.</p> <p>1 Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros.</p> <p>2 Culpo-me constantemente pelas minhas faltas.</p> <p>3 Culpo-me de todas as coisas más que acontecem.</p> <p>9.</p> <p>0 Não tenho qualquer ideia de me matar.</p> <p>1 Tenho ideias de me matar, mas não sou capaz de as concretizar.</p> <p>2 Gostaria de me matar.</p> <p>3 Matar-me-ia se tivesse uma oportunidade.</p>	<p>16.</p> <p>0 Durmo tão bem como habitualmente.</p> <p>1 Não durmo tão bem como costumava.</p> <p>2 Acordo 1 ou 2 horas antes que o habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer.</p> <p>3 Acordo várias vezes mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.</p> <p>17.</p> <p>0 Não fico mais cansado(a) do que o habitual.</p> <p>1 Fico cansado(a) com mais dificuldade do que antes.</p> <p>2 Fico cansado(a) ao fazer quase tudo.</p> <p>3 Estou demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa.</p> <p>18.</p> <p>0 O meu apetite é o mesmo de sempre.</p> <p>1 Não tenho tanto apetite como costumava ter.</p> <p>2 O meu apetite, agora, está muito pior.</p> <p>3 Perdi completamente o apetite.</p> <p>19.</p> <p>0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.</p> <p>1 Perdi mais de 2,5 kg.</p> <p>2 Perdi mais de 5 kg.</p> <p>3 Perdi mais de 7,5 kg.</p> <p>Estou propositadamente a tentar perder peso, comendo menos.</p> <p>Sim _____ Não _____</p>
--	--

<p>10.</p> <p>0 Não costumo chorar mais do que o habitual.</p> <p>1 Choro mais agora do que costumava fazer.</p> <p>2 Atualmente, choro o tempo todo.</p> <p>3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.</p> <p>11.</p> <p>0 Não me irrita mais do que costumava.</p> <p>1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.</p> <p>2 Atualmente, sinto-me permanentemente irritado(a).</p> <p>3 Já não consigo ficar irritado(a) com as coisas que antes me irritavam.</p>	<p>20.</p> <p>0 A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.</p> <p>1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, má disposição do estômago, ou prisão de ventre.</p> <p>2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa.</p> <p>3 Estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.</p> <p>21.</p> <p>0 Não tenho observado qualquer alteração recente no meu interesse sexual.</p> <p>1 Estou menos interessado(a) na vida sexual do que costumava.</p> <p>2 Sinto-me, atualmente, muito menos interessado(a) pela vida sexual.</p> <p>3 Perdi completamente o interesse na vida sexual.</p>
---	--

Total: _____ **Classificação:** _____

Anexo 4 - Inventário de Ansiedade de Beck

Nome: _____

Idade: _____ Data: ____/____/____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensação de calor				
3. Tremores nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo que aconteça o pior				
6. Atordoado ou tonto				
7. Palpitação ou aceleração do coração				
8. Sem equilíbrio				
9. Aterrorizado				
10. Nervoso				
11. Sensação de sufocação				
12. Tremores nas mãos				
13. Trêmulo				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen				
19. Sensação de desmaio				
20. Rosto afogueado				
21. Suor (não devido ao calor)				

Total: _____

Classificação: _____

Anexo 5 - WHOQOL-ABREVIADO

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5

9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5
----------	--	----------	----------	----------	----------	----------

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5

17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão ?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO