



Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
PUC-SP
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde

Camila do Amaral Fóz

Estudantes de medicina e saúde mental: uma pesquisa em psicologia

Mestrado Profissional em Educação nas Profissões de Saúde

SOROCABA

2021

Camila do Amaral Fóz

Estudantes de medicina e saúde mental: uma pesquisa em psicologia

Trabalho final apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE PROFISSIONAL em **Educação nas Profissões da Saúde**, sob a orientação da Profa. Dra. **Cibele Isaac Saad Rodrigues**.

SOROCABA

2021

Banca Examinadora

Sistemas de Bibliotecas da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo -
Ficha Catalográfica com dados fornecidos pelo autor

F796 Fóz, Camila Amaral
Estudantes de medicina e saúde mental: uma
pesquisa em psicologia / Camila Amaral Fóz. --
Sorocaba, SP: [s.n.], 2021.
p ; cm.

Orientador: Cibele Isaac Saad Rodrigues.
Trabalho Final (Mestrado Profissional) -- Pontifícia
Universidade Católica de São Paulo, Programa de
Estudos Pós-Graduados em Governança Global e
Formulação de Políticas Internacionais, 2021.

1. psicologia . 2. saúde mental. 3. estudantes
de medicina. 4. adaptação, educação. I. Rodrigues,
Cibele Isaac Saad . II. Pontifícia Universidade
Católica de São Paulo, Mestrado Profissional em
Governança Global e Formulação de Políticas
Internacionais. III. Título.

CDD

À memória de meu pai que, não compreendia muito sobre as razões da psicanálise, mas se comoveria com meus esforços.

À memória do Prof. Ryad Simon, meu pai intelectual, que me ensinou a como aprender pela experiência e me contou um pouco de quem eu sou.

Prof. Ryad, seu legado é belíssimo, quase suplanta a dor de sua ausência.

AGRADECIMENTOS

À Universidade que acolheu esta pesquisa e foi, como sempre será, fonte de inspiração e de produção fértil de conhecimento.

À minha querida orientadora Cibele Isaac Saad Rodrigues, professora inigualável e médica competente, vívida e belamente interessada pela alma humana. Acredito que esta pesquisa só pôde nascer porque a pesquisadora foi bem gestada.

Dedico minha sincera admiração a todos os professores que me direcionaram, intrigaram e encantaram – condições que considero essenciais ao bom mestre.

Aos estudantes de medicina, professores e coordenadores da faculdade que tão bem me recepcionaram e atenderam as necessidades desta pesquisa. Foi uma grata surpresa, a despeito dos intensos compromissos estudantis, me deparar com a amabilidade de muitos dos estudantes que se abrigam no berço acadêmico.

À prezada colega profissional, Shelley, pelo espírito colaborativo e pela recíproca esperança de contribuição ao desenvolvimento humano dos que compõem esta complexa estrutura acadêmica.

Minha gratidão aos queridos funcionários da biblioteca, Pedro, Camilla, Isabel Cristina, Vera, Matilde e Paulo pelo trabalho de excelência e, especialmente, pela notória delicadeza dos gestos e elegância no trato com as pessoas!

Ao meu marido, Eric Henrique, por ser meu braço direito, minha inabalável referência de amor e meu abrigo.

Toda a minha gratidão à minha amada mãe por todo apoio e paciência que foram vitais, sem os quais este trabalho não se consolidaria e; ao meu segundo pai, Antônio, por todo empenho e prontidão em colaborar com este trabalho.

À minha irmã, Thaís, que com sua leveza abrandou minhas preocupações e me acolheu em seu coração.

Também, dedico minha gratidão aos amigos e familiares que me ofereceram compreensão pelos momentos de ausência e me incentivaram pelas palavras e gestos.

RESUMO

Fóz, CA. Estudantes de medicina e saúde mental: uma pesquisa na universidade.

O aluno do curso médico é exposto a situações emocionais intensas que podem determinar sofrimento psíquico e prejuízo no desempenho acadêmico. Existe uma alta taxa de suicídio entre médicos e estudantes de medicina e a literatura científica identifica fatores ambientais corroborativos, porém não aponta as principais tendências psíquicas. Assim, os objetivos desta pesquisa foram: identificar situações de ineficácia adaptativa em estudantes de medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde (FCMS) da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) por meio da aplicação do instrumento Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO) de Autorrelato (AR) e verificar se há aumento da Ineficácia Adaptativa dos estudantes de medicina nos diferentes anos da graduação. Trata-se de estudo predominantemente quantitativo de corte transversal e exploratório com estudantes de medicina da FCMS da PUC-SP, de ambos os sexos, com idade ≥ 18 anos, do primeiro ao sexto ano, que aceitaram responder o questionário sociodemográfico e a EDAO-AR, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa institucional. Os dados quantitativos obtidos foram analisados estatisticamente por meio do *software* Stata®, versão 15.1 e as perguntas abertas formuladas foram agrupadas segundo categorização proposta por Bardin. Os dados qualitativos foram obtidos por meio de entrevista semidirigida com a psicóloga institucional desta mesma instituição. Observou-se que apresentar histórico de doença mental na família duplica as chances de Ineficácia Adaptativa, tendo 44,6% referido existir histórico positivo. Mais da metade dos estudantes utilizam ao menos um tipo de droga, podendo ser esta lícita ou ilícita, sendo maior o consumo entre estudantes do sexo masculino. As mulheres apresentaram chance aproximadamente duas vezes maior para Adequação Ineficaz em comparação a homens, em modelo não ajustado. Quatro em cada dez estudantes já pensou em desistir do curso em algum momento, e dentre os motivos relatados os mais prevalentes foram categorizados em *Dificuldade de adequação* e *Sentimentos negativos*. Histórico de doença mental na família, residir com amigos em relação a residir sozinho e não apresentar crença religiosa foram fatores independentemente associados à Adequação Ineficaz. Nota-se que 11,9% da amostra foi classificada como Pouco Adequada no aspecto Afetivo-relacional. Este percentual foi de 6,1% em relação ao setor Produtividade. Em classificação, 14,1% dos estudantes apresentaram Adaptação Ineficaz, podendo ser esta graduada como leve (10,2%) ou moderada (3,9%). No intuito de verificar a possível associação entre o ano de curso e critérios utilizados para avaliar adequação, concluiu-se que quanto maior o ano do curso, menor a chance de Adequação Ineficaz, ou seja, estudantes em etapas mais avançadas do curso de medicina estiveram mais protegidos. Finalizando, os resultados encontrados por meio das análises dos instrumentos de coleta de dados utilizados, revelam a situação atual da saúde mental dos estudantes de medicina da FCMS da PUC-SP.

Palavras-chave: psicologia, saúde mental, estudantes de medicina, adaptação, educação.

ABSTRACT

Fóz, CA. Medical students and mental health: a research at the university.

The medical student is exposed to intense emotional situations that can determine psychological distress and impairment in academic performance. There is a high suicide rate among doctors and medical students and the relevant scientific literature identifies the corroborative environmental factors but does not point to the main psychic trends. Thus, the objectives of this research were: to identify situations of adaptive ineffectiveness in medical students of the Faculty of Medical and Health Sciences (FCMS) of the Pontifical Catholic University of São Paulo (PUC-SP) by applying the Operational Adaptive Diagnostic Scale Instrument Self-report (AR) and to verify if there is an increase in the adaptive inefficacy of medical students in the different years of graduation. This is a predominantly quantitative cross-sectional and exploratory study with medical students from FCMS of PUC-SP, male and female, aged 18 years or older, from the first to sixth years, who agreed to answer the sociodemographic questionnaire and EDAO-AR and with the institutional psychologist of this same institution, through semi-directed interview, after approval by the Institutional Research Ethics Committee. The quantitative data obtained were statistically analyzed using the Stata™ software, version 15.1 and the open-ended questions were grouped according to the categorization proposed by Bardin.

It was observed that having a history of mental illness in the family doubles the chances of the outcome of interest being observed, with 44.6% reporting a positive history. More than half of the students use at least one type of drug, which may be licit or illicit, with higher consumption among male students. Women were approximately twice as likely to be ineffective as compared to men in an unadjusted model. Four out of ten students have thought of dropping out of the course at some point, and among the most prevalent reasons reported were categorized into Difficulty of Adequacy and Negative Feelings. History of mental illness in the family, living with friends in relation to living alone and not having religious belief were factors independently associated with ineffective adequacy. It is noted that 11.9% of the sample was classified as Poorly Affective-relational aspect. This percentage was 6.1% in relation to the Productive aspect. In classification, 14.1% of the students presented Ineffective Adaptation, which can be graded as mild (10.2%) or moderate (3.9%). In order to verify the possible association between the course year and the criteria used to assess adequacy, it was concluded that the longer the course year, the lower the chance of ineffective adequacy, students in more advanced stages of medical school were more protected (adjusted model). Finally, the result of the data obtained through the analysis reveals the current mental health situation of the medical students of FCMS from PUC-SP.

Keywords: psychology, mental health, medical students, adaptation, education.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABP	Aprendizagem Baseada em Problemas
A-R	Afetivo-Relacional
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
EDAO	Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada
EDAO-AR	Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada de Autorrelato
EPM	Escola Paulista de Medicina
FCMS	Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde
IC	Intervalos de Confiança
IES	Instituições de Ensino Superior
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OR	Odds Ratio
PAC	Programa de Atendimento Comunitário
PAS	Prática em Atendimento em Saúde
PP	Projeto Pedagógico
Pr	Produtividade
PROCRC	Pró-Reitoria de Cultura e Relações Comunitárias
PROGRAD	Pró-Reitoria de Graduação
PUC-SP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Ref	Referência (categoria de comparação)
SC	Sociocultural
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Equação etiológica de 1897	16
Figura 2 - Equação etiológica de 1915-1916	19
Figura 3 - Equação etiológica modificada segundo o critério de Adaptação de Simon ¹⁴	24

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Prevalência de Histórico de Doença Mental na Família entre estudantes de medicina da FCMS da PUC-SP e principais doenças relatadas, (n=359). Sorocaba, 2019.	42
Gráfico 2 - Prevalência do consumo de substâncias consideradas drogas pelos estudantes da FCMS da PUC-SP, segundo sexo – (n=363). Sorocaba, 2019.	45
Gráfico 3 - Relações de Adaptação dos estudantes do curso de Medicina da FCMS da PUC-SP.....	46

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 - Diagnóstico Adaptativo Operacionalizado Conjugado à Descrição Clínica	25
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas de estudantes de Medicina. Sorocaba, 2019.....	41
Tabela 2 - Consumo de drogas e pensamento de desistência do curso de estudantes de medicina. Sorocaba, 2019.....	44
Tabela 3 - Descrição da adequação afetivo-relacional e produtiva entre estudantes, do primeiro ao sexto ano do curso médico. Sorocaba, 2019.....	47
Tabela 4 - Fatores associados à ineficácia adaptativa de estudantes de medicina. Sorocaba, 2019.....	48

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 A Psicanálise	15
1.1.1 Freud e a Psicanálise	16
1.1.2 A pulsão de vida versus a pulsão de morte	17
1.1.3 O princípio do prazer versus o princípio da realidade	20
1.1.4 O ego ideal	21
1.1.5 A idealização	21
1.2 O conceito de adaptação segundo Simon	22
1.2.1 A EDAO – Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada	24
1.2.2 A EDAO-AR ¹⁶ - Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada de Autorrelato (ANEXO A)	26
1.3 A escolha pelos estudantes de medicina.....	26
1.4 Saúde mental e educação médica	28
1.5 Saúde mental dos estudantes de medicina da FCMS da PUC-SP.....	27
2 OBJETIVOS.....	35
2.1 Objetivos gerais	35
3 MÉTODO.....	37
3.1 Tipo de estudo	37
3.2 Universo do estudo	37
3.3 Critérios de inclusão e exclusão.....	37
3.4 Coleta de dados.....	38
3.5 Análise dos dados.....	39
3.6 Aspectos éticos	40
4 RESULTADOS.....	41
5 DISCUSSÃO	49
6 CONCLUSÕES	57
REFERÊNCIAS	594
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- (TCLE) - ESTUDANTES.....	63
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	65

ANEXO A - ESCALA DIAGNÓSTICA ADAPTATIVA OPERACIONALIZADA DE AUTO-RELATO - EDAO-AR	67
ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	77
ANEXO C - AUTORIZAÇÃO PARA ENCAMINHAMENTO DOS ALUNOS COM INEFICÁCIA ADAPTATIVA À PSICÓLOGA DA INSTITUIÇÃO	83
ANEXO D - SOLICITAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARA A PESQUISA	85
ANEXO E - AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO	87
ANEXO F - AUTORIZAÇÃO PARA O USO DA EDAO-AR	89
ANEXO G - DIAGNÓSTICO ADAPTATIVO - SOMATÓRIA, PONTUAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO (SIMON, 2005)	91
ANEXO H - LEI DA OFERTA OBRIGATÓRIA DE ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA E PSICOLÓGICA GRATUITA A MÉDICOS RESIDENTES E ALUNOS DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA	93
ANEXO I - PROJETO DE LEI DA OFERTA OBRIGATÓRIA DE ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA E PSICOLÓGICA GRATUITA A MÉDICOS RESIDENTES E ALUNOS DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA	94

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa foi concebida dentro de uma estrutura multidisciplinar de mestrado – Educação nas Profissões de Saúde – que visa formar profissionais das mais variadas áreas ligadas à saúde, tais como: medicina, biomedicina, veterinária, odontologia, enfermagem, farmácia, educação física, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, serviço social e psicologia - sendo esta última concernente à atuação da pesquisadora. Portanto, houve a intenção em oferecer alguma utilidade – não exclusivamente aos profissionais da área da psicologia e psiquiatria – mas, também, aos demais que possam interessar os dados aqui levantados. Para tanto, frente a uma temática dedicada ao campo da psicologia, objetivou-se também oferecer um texto compreensível aos outros profissionais que possam se interessar.

São vastos os diferenciados contextos da aplicabilidade da psicologia – clínico, educacional, escolar, institucional, hospitalar, forense, organizacional e social – nos quais possível contemplar-se a estrutura teórica eleita de um profissional. Dentre os variados referenciais teóricos que a psicologia abriga – teoria comportamental, teoria cognitiva, psicologia analítica, teoria humanista, fenomenologia, dentre outros – a psicanálise foi empregada como base para a Discussão deste trabalho.

Mesmo que incipiente frente o desmedido arcabouço teórico psicanalítico, torna-se propício oferecer algum esclarecimento sobre este específico campo de investigação do psiquismo humano.

1.1 A Psicanálise

Naturalmente, o objetivo aqui não foi o de realizar um compêndio psicanalítico. Seria esta uma tarefa colossal e sem propósito lógico em no contexto pretendido. No entanto, convém esclarecer os principais conceitos utilizados nesta pesquisa, a fim de tornar o aporte psicanalítico empregado na Discussão deste trabalho compreensível ao leitor.

É importante salientar que atualmente a psicanálise é uma área com rigor científico.¹ As experiências de Freud e suas inquietações acabaram por se internacionalizar, conseguindo dar respostas baseadas em evidências. Está presente nas Instituições de Ensino Superior (IES), em seus currículos acadêmicos e

frequentemente nas linhas de pesquisas em Pós-Graduações (PG) reconhecidas em todo Brasil, bem como em revistas, jornais e eventos científicos específicos da área e interdisciplinares.²

1.1.1 Freud e a Psicanálise

A psicanálise tem seu berço nas experiências clínicas de Freud. A partir dessas inúmeras e inusitadas observações, Freud teve contato com variáveis ainda desconhecidas para ele que desvelaram o inconsciente, tal qual um substrato oculto na mente das pessoas. Diante disso, ele desenvolveu suas experiências clínicas que tinham por objetivo compreender o funcionamento do inconsciente e sua relação com o que ele chamou a princípio de **aparelho psíquico**, que possibilitaria conhecer, dar significado e tratar os sintomas manifestados pelo sofrimento humano.

Lacan, citado por Nasio, nos alerta que o sintoma significa fundamentalmente a verdade de que o indivíduo, sem dúvida, nada quer descobrir. Só quando há o reconhecimento do seu abandono, sofrimento e desconhecimento, é que é possível dirigir-se ao saber, ou seja, procurar uma resposta satisfatória ao enigma deste sintoma que estava mascarado e só então é capturado pela transferência ao analista.³

A psicanálise freudiana, considera a formação da personalidade, bem como suas manifestações (inibições, sintomas e angústias), a somatória de fatores elementares. Assim, Freud em 1897, estabelece sua primeira equação etiológica da neurose⁴, que também possibilita compreensão da gênese das psicoses. Portanto, a Figura 1 pretende resumir a **primeira equação etiológica** de Freud:

Figura 1 - Equação etiológica de 1897



Fonte: A própria autora.

Em 1916, a equação etiológica de 1897, ganha uma complementação, surgindo pela primeira vez a noção de **séries complementares**:⁵

- a) Disposição constitucional (hereditariedade);
- b) Experiências infantis traumáticas (primeiros cinco anos de vida);
- c) Neuroses

Os fatores constitucionais (a) são os que pertencem ao sujeito de forma congênita. Do ponto de vista psíquico, tais fatores relacionam-se ao montante de pulsão de vida e de pulsão de morte que porta o indivíduo e que irão influenciar seu funcionamento mental necessariamente.⁶

Este é um dos temas metapsicológicos dos mais essenciais de sua obra: sua teoria pulsional. Para que os fatores constitucionais (a), da equação etiológica freudiana sejam esclarecidos, convém explanar minimamente do que se tratam as pulsões.

1.1.2 A pulsão de vida versus a pulsão de morte

O conceito de pulsão refere-se a um processo dinâmico que força o psiquismo a uma meta, seja ela qual for, que pretende o alívio do estado de tensão ou excitação que ocasiona angústia.⁷

Observa-se com frequência que Freud, ao descrever os processos mentais, se valia conceitualmente da descrição de pares de opostos antagônicos que irremediavelmente operam no interior de um indivíduo como, amor e ódio, felicidade e infelicidade, pulsão de vida e pulsão de morte, princípio do prazer e princípio da realidade (será comentado adiante), entre outros.

Freud acreditava que a catexia, palavra que deriva da correspondente alemã *besetzung* ou em inglês *cathexis*, é o processo pelo qual a energia libidinal disponível na psique é canalizada à representação mental de uma pessoa, ideia ou coisa. Assim, os sentimentos de amor, ódio ou a raiva que se sente por alguém é uma catexia ou dispêndio de energia na representação mental dessa pessoa. Se a libido for catexizada, ela perde a possibilidade de se mobilizar para novos objetos, como habitualmente poderia, ficando arraigada na parte da psiquê que a atraiu e reteve. Exemplo disso é o luto levando ao desinteresse por parte de quem fica sobre suas ocupações cotidianas e a preocupação excessiva com quem se foi como uma migração da libido, tornando-se uma catexia intensa do objeto perdido. Por outro lado,

a descatexia é o processo inverso, a impassibilidade total em relação ao objeto como ocorre na depressão, marcada por apatia e desinteresse ou igualmente na pulsão de morte, voltada à descatexização (desinvestimento libidinal em si e no mundo externo), agressividade que visa a destruição e não a preservação da vida, sadismo e masoquismo, compulsão a repetição.⁷

Por seu turno, propôs a existência da pulsão de vida, que visa a catexização (investimento libidinal em si e no mundo externo), a unificação, conexão ao sentimento de amor, preservação de si e do outro.⁷

Neste ponto, convém uma anedota conceitual sobre alguns dos exemplos acima citados: a libido, a catexização de objetos e a compulsão à repetição.

A libido é a própria essência da pulsão de vida. Não está apenas associada a pulsão sexual, mas a toda manifestação de sublimação do indivíduo em suas produções artísticas, de trabalho e de vínculos com outras pessoas. Assim, a catexização é o próprio processo de investimento libidinal a tudo a que o indivíduo se envolve, de forma inconsciente ou não.

Em contrapartida, compulsão à repetição refere-se à tendência psíquica a qual o indivíduo tende fortemente a repetir, na vida adulta, eventos infantis inconscientes como uma “reatualização” do trauma.⁸ Como já mencionado, é um evento suscitado pela pulsão de morte.

As pulsões de morte (Thânatos) “[...] tendem para a destruição das unidades vitais, para a igualação radical das tensões e para o retorno ao estado anorgânico que se supõe ser o estado de repouso absoluto.”⁹

Em seu aspecto oposto, as pulsões de vida (Eros) é uma categoria que contrapõe as pulsões de morte, é composta não apenas pelas pulsões sexuais, mas também por aquelas de autoconservação. Elas “[...] tendem não apenas a conservar as unidades vitais existentes, como a constituir, a partir destas, unidades mais globalizantes.”⁹

O conceito de pulsão de morte oferece entendimento sobre o funcionamento da agressividade, sadismo/masoquismo (facetas da mesma moeda) e, inclusive, sobre as psicopatologias das categorias das psicoses, psicopatias e parafilias.⁶

Freud considerou que todos os sujeitos portam ambas as categorias pulsionais. Porém, o montante pulsional de vida e de morte varia de um para o outro e irão configurar o modo que o sujeito irá se constituir frente às vicissitudes ambientais.⁶

Adiante, os fatores ambientais (b), caracterizam-se pela influência da qualidade dos cuidados – suprimento de necessidades básicas e contexto amoroso que fundam o psiquismo humano – oferecidos pelas figuras materna, paterna e figuras adjacentes e/ou pessoas que cumpram com esta função essencial.¹⁰

Perante a psicanálise, a base primordial da personalidade com seus traços caracterológicos, tendências e traumas, é construída nos primeiros cinco anos de idade de um indivíduo. Estes seriam os fatores ambientais mais definidores da personalidade.¹⁰

Para Freud, a e b equivalem à disposição do sujeito para uma estruturação ou modo de funcionamento psíquico neurótico ou psicótico, porém não determinantes irrefutáveis de uma modalidade de distúrbio que um indivíduo possa ter futuramente.¹⁰

Nas “Conferências introdutórias sobre psicanálise (1915-1916)”,⁵ Freud lança uma noção mais apurada com as “Séries complementares”⁵, oferecendo, mais exitosamente, o entendimento de como se dá a formação da personalidade. A partir de agora, a equação também abarca os acidentes e acontecimentos marcantes ao longo da vida.

Figura 2 - Equação etiológica de 1915-1916



*Após as séries complementares de Freud.

Fonte: A própria Autora.

Nota-se que Freud não exclui a equação anterior, apenas a complementa. A resultante da primeira equação – neurose – passa a ser nomeada como “disposição neurótica” (c). Somada às “vicissitudes da vida adulta” (d) acarretaria a neurose (e) propriamente dita.

Posteriormente, a psicanálise obteve entendimentos complementares quanto ao funcionamento neurótico e psicótico do psiquismo. A saber, Melanie Klein¹¹, quando funda os conceitos de posições inaugura uma concepção não estanque, como anteriormente se observava com a designação de fases (oral, anal, fálica, latência e

genital), em Freud. Ou seja, há uma compreensão mais dinâmica do funcionamento mental. O sujeito pode experimentar estados regredidos correlacionados às fases primitivas da infância para, posteriormente, retornar a uma forma de funcionamento adulto. Esses estados regredidos podem ocorrer, principalmente, em consequência a excessiva angústia suscitada por circunstâncias internas e/ou externas ao sujeito, que podem ser compreendidas como:

Circunstâncias internas

- (a) preponderância constitucional (montante pulsional herdado) – vide equação etiológica freudiana de 1897 e, mais amplamente;
- (c) disposição neurótica (resultante de a + b) – vide equação etiológica de 1915-1917.

E ainda, considerando as circunstâncias externas ao sujeito:

- (b) experiências traumáticas dos primeiros cinco anos de vida (que compõem a disposição neurótica) e;
- (d) vicissitudes da vida adulta.

Exemplos de angústias suscitadas por situações externas seriam: situações de crise por perda (luto), crise por aquisição (ingresso na universidade, formatura), inserção do indivíduo adolescente ao universo adulto (como ocorre com os calouros), inserção do aluno no universo profissional (como ocorre com os alunos de medicina ao iniciarem as atividades práticas no internato e ao chegarem ao último ano do curso e se aproximarem de uma imersão definitiva na vida profissional), etc.

1.1.3 O princípio do prazer versus o princípio da realidade

Considerando as circunstâncias externas (experiências traumáticas até os cinco anos e vicissitudes da vida adulta), deve-se primordialmente considerar que todo desfecho – seja neurótico ou psicótico – configura-se também como uma evitação do desprazer excessivamente intenso que possa ocasionar um colapso psíquico por completo.

[...] o curso tomado pelos eventos mentais está automaticamente regulado pelo princípio do prazer, [...] acreditamos que o curso desses eventos é invariavelmente colocado em movimento por uma tensão desagradável e que toma uma direção tal, que seu resultado coincide com a redução dessa tensão, isto é, com uma evitação de desprazer ou uma produção de prazer.⁷

Para Freud, as sensações desagradáveis aumentam a tensão, suscitando angústia e, por seu turno, a satisfação da necessidade física e/ou emocional proporciona a descarga dessa tensão, gerando prazer. Quanto ao princípio da realidade, “[...] permite retardar a satisfação e tolerar provisoriamente o desprazer [...]”.¹²

Portanto, o aumento da tensão pulsional gera desprazer (angústia) e sua descarga, prazer. No entanto, estar vivo implica uma certa tensão pulsional, considerando que a completa satisfação pulsional (Quantum=0) equivaleria à morte.⁶ Assim como um instrumento de cordas, o sujeito deve portar certa tensão, não muito fraca que não permita afiná-lo, nem tão excessiva que arrebeste as cordas.

Como formas de conciliação entre o meio externo – que nos impõe restrições à satisfação – e as pulsões – que requerem satisfação – surgem variados processos psíquicos. Dois desses processos serão adiante destacados e nomeiam-se como ego ideal e a idealização.

1.1.4 O ego ideal

Configura-se como um ideal narcísico de onipotência ao qual o sujeito permanece impelido a consolidar.⁹ Quando ameno, conduz ao aprimoramento de si. Porém, se excessivo, impõe uma insatisfação inconsolável do sujeito sobre sua própria imagem (interna e/ou externa), levando-o à melancolia e a desvalorização de si mesmo. Freud, ao introduzir este verbete, denota a intenção de nomear uma instância psíquica marcada pela busca do sujeito em reaver um estado infantil de onipotência. Portanto, a manifestação mais acentuada desta instância, caracteriza-se por uma constante e intensa aspiração do sujeito por uma perfeição de si.

1.1.5 A idealização

A idealização é considerada um “[...] processo psíquico pelo qual as qualidades e o valor do objeto são levados à perfeição.”.⁹ Porém, o princípio da realidade é um elemento corrosivo das idealizações, levando o sujeito a estados depressivos e de desvalorização do objeto antes tão almejado.

O instrumental teórico da pesquisa se estendeu para além da psicanálise freudiana – sem porém, distanciar-se – chegando ao conceito de adaptação de

Simon.¹³ Como se confirmará adiante, tornou-se importante a designação conceitual de adaptação, na medida em que faz parte do instrumento de coleta de dados e de análise aqui realizados.

1.2 O conceito de adaptação segundo Simon

O conceito de adaptação de Simon desenvolveu-se frente à necessidade de um instrumento diagnóstico rápido e eficiente para o Programa de Prevenção em Saúde Mental dos estudantes do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina – EPM, atualmente Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP¹⁴, incluindo enfermagem e médicos residentes de medicina.

Claramente, no conceito de adaptação psicológica proposto por Simon há uma alusão ao conceito de adaptação biológica de Darwin. No entanto, a adaptação humana tem suas especificidades na área da saúde mental. A proposta de Simon^{13,14} veio para sugerir um modelo que atende a compreensão do fenômeno adaptativo e que indica um modo de se intervir nos processos de saúde e doença, especialmente quando há o desejo de se alcançar o âmbito da saúde pública. O conceito de adaptação deve ser primeiro compreendido para que surja uma apreensão posterior do sistema conceitual diagnóstico da pesquisa.

Como introdução ao conceito de adaptação, vale considerar as palavras do próprio autor:

Suponho que as pessoas procuram o médico por medo da morte; e procuram o psicoterapeuta por medo da vida. A vida nos coloca permanentemente em situações angustiantes. Para manter-se viva a pessoa precisa adaptar-se continuamente.¹⁴

Portanto, frente às dificuldades, de maior ou menor intensidade que a vida impõe ao indivíduo e que geram angústias e pressões intrapsíquicas, observa-se sua capacidade de equilibrar-se e dar continuidade a sua vida produtiva, afetiva, sociocultural e orgânica; ou seja, observa-se sua capacidade de adaptação, que é definida como:

Conjunto de respostas de um organismo vivo, em vários momentos, a situações que o modificam, permitindo manutenção de sua organização (por mínima que seja) compatível com a vida.¹³

Simon¹³ buscou uma classificação diagnóstica não tradicional e que considerasse as variações do funcionamento psicológico, ao invés das doenças propriamente ditas, utilizando terminologia própria, simples e de fácil compreensão para pacientes e profissionais da área da saúde. Assim, o critério diagnóstico atende a uma descrição da tendência de funcionamento psíquico ao qual o indivíduo manifesta soluções, deficitárias ou não, às pressões do ambiente e/ou pressões intrapsíquicas (traumas, impulsos sexuais, impulsos destrutivos, compulsão a repetição de traumas anteriores).

O conceito de adaptação, *a priori*, apenas nos permite discriminar os organismos vivos dos não vivos. Ou seja, se está vivo, está adaptado, mesmo que muito mal adaptado. Devido a isso, Simon recorre ao conceito de **adequação**.

Assim, diante dos problemas que acometem a vida de um indivíduo, para manter a adaptação, torna-se necessário encontrar soluções. Estas soluções são aferidas segundo três critérios: 1º se realmente **resolvem** o problema, 2º se as soluções trazem satisfação, **gratificação**, prazer e; 3º se essas soluções estão relativamente isentas de **conflitos** intrapsíquicos ou com o ambiente.

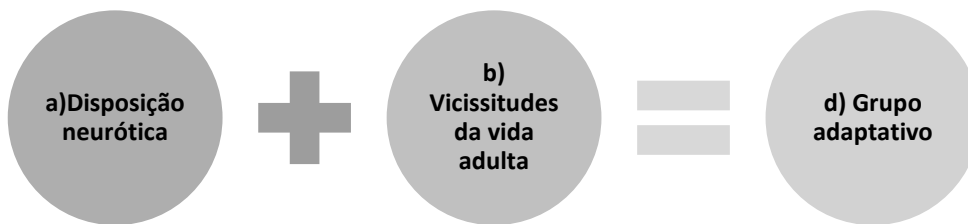
Portanto, são três tipos de adequação de soluções às situações-problema e o grau de sucesso que um indivíduo obtém neste intento é considerado uma medida da eficácia de sua adaptação.

1. **Adequado**: atende aos três critérios: resolve, gratifica, sem conflitos.
2. **Pouco adequado**: atende dois dos três critérios:
 - a) Resolve, não gratifica, mas sem conflitos ou;
 - b) Resolve, satisfatório, mas conflitivo.
3. **Pouquíssimo Adequado**: resolve, mas não gratifica e gera conflito intrapsíquico e/ou ambiental.

O autor considera que a adaptação é o resultado de um processo contínuo e permanente do indivíduo no enfrentamento das vicissitudes e busca da preservação da vida, de sua integridade física e psíquica, por meio de respostas às condições externas que o modificam.¹³

Vejamos agora como configura-se a equação etiológica freudiana segundo os critérios adaptativos de Simon:

Figura 3 - Equação etiológica modificada segundo o critério de Adaptação de Simon¹⁴



Fonte: A própria autora.

A classificação do grupo adaptativo é obtida através de instrumento diagnóstico denominado EDAO – Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada.¹³

1.2.1 A EDAO – Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada

Para compor o instrumento, Professor Simon baseou-se na concepção de Leavel e Clark¹³ sobre Medicina Preventiva. Assim sendo, trata-se da fase de “prevenção secundária”, mais especificamente, do conceito de “diagnóstico precoce”, onde se concebe que, quanto mais cedo for feito o diagnóstico da doença, maior a possibilidade de cura.

Na avaliação da EDAO são consideradas as respostas adaptativas do indivíduo. Através de um enfoque biopsicossocial de análise, possui quatro setores de funcionamento:

- **Afetivo-Relacional (A-R):** sentimentos, atitudes e ações do indivíduo para consigo próprio e com os outros;
- **Produtividade (Pr):** considerada a ocupação principal do sujeito, seja trabalho, estudo, e/ou outra atividade;
- **Sociocultural (SC):** sentimentos, atitudes e ações com relação à estrutura social, aos recursos comunitários e aos valores e costumes do ambiente em que vive;
- **Orgânico (Or):** estado de funcionamento do organismo do sujeito, bem como sentimentos e ações em relação ao próprio corpo.

O Quadro 1 descreve o diagnóstico adaptativo operacionalizado relacionado à descrição clínica de traços de personalidade e sintomas correlatos.

Quadro 1 - Diagnóstico Adaptativo Operacionalizado Conjugado à Descrição Clínica

Grupo	Adaptação	Descrição Clínica
1	Eficaz	Personalidade “normal”, raros sintomas neuróticos ou caracterológicos.
2	Ineficaz Leve	Sintomas neuróticos brandos, ligeiros traços caracterológicos, algumas inibições.
3	Ineficaz Moderada	Alguns sintomas neuróticos, inibição moderada, alguns traços caracterológicos.
4	Ineficaz Severa	Sintomas neuróticos mais limitadores, inibições restritivas, rigidez de traços caracterológicos.
5	Ineficaz Grave	Neuroses incapacitantes, <i>borderlines</i> , psicóticos não agudos.

Fonte: Retirado de Simon, Ryad¹⁴.

No formato original a EDAO utiliza entrevistas semiestruturadas apenas com análise qualitativa dos 4 setores de funcionamento da personalidade já descritos: Afetivo Relacional (A-R), Produtividade (Pr), Sociocultural (SC) e Orgânico (Or).¹³ As entrevistas semiestruturadas se dão através do contato direto entre psicoterapeuta e paciente, mediante roteiro de investigação não rígido, permitindo que o investigador explore “pontos nevralgicos” que só o contato frente a frente é capaz de oferecer.

A escala é atualmente validada em pesquisas científicas, divulgada amplamente, e atingiu um grau bastante maduro e consistente. Permite, sobretudo, realizar com brevidade um levantamento da população e organizar providências interventivas.^{13,14}

De acordo com Serralheiro, Heleno e Farhat¹⁵ há crescente difusão do emprego da EDAO em publicações e pesquisas. Segundo os autores:

[...] é frutífera a área de aplicação da EDAO como técnica para avaliação da Eficácia Adaptativa. Sua aplicabilidade e sensibilidade para indicar aspectos diagnósticos e prognósticos, bem como caráter preventivo, pode ser observada nos estudos apresentados em diversos contextos e indica ser uma boa ferramenta, tanto de pesquisa como para utilização clínica [...]. Verifica-se ainda que estudos recentes com a adaptação dos pressupostos da EDAO para uma versão de autorrelato têm apresentado índices psicométricos satisfatórios e que pode vir a ser uma ferramenta importante na triagem clínica.¹⁵

1.2.2 A EDAO-AR¹⁶ - Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada de Autorrelato (ANEXO A)

A versão de autorrelato da EDAO oferece diagnóstico adaptativo mediante a questionário autoaplicável que abarca questões referentes somente aos setores A-R e Pr. Assim ocorre porque, segundo Simon, estes setores têm maior relevância em termos de saúde mental, devendo, portanto, ser avaliados quantitativamente e, os setores Or e SC, qualitativamente.

Desta forma, a versão de autorrelato tornou-se um instrumento para além das situações de entrevistas individuais, sendo um recurso útil para situações de pesquisa com número elevado de participantes. A validade da EDAO-AR se deu primordialmente em seu emprego com estudantes universitários, justificando seu uso nesta pesquisa com estudantes de medicina.

1.3 A escolha pelos estudantes de medicina

Se nos reduzirmos apenas aos últimos sessenta anos de história da medicina no Brasil, verificaríamos que as dificuldades psíquicas enfrentadas pelos médicos, peculiares da profissão, não se esgotaram até aos dias de hoje. Existe vasta gama de publicações sobre o assunto, consistentes e de grande utilidade pública. O mesmo ocorre desde os bancos das escolas médicas.^{17,18} O suicídio é considerado um problema de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Ainda, segundo a OMS, nos últimos 45 anos, a taxa de mortalidade por suicídio aumentou 60%, sendo que os coeficientes mudaram da faixa mais idosa para a faixa dos mais jovens. No Brasil, nos últimos 25 anos, a taxa de mortalidade por suicídio em jovens e adolescentes aumentou em 30% (8.550 mortes por suicídio registradas em 2005).¹⁹ Em 2016, a taxa chegou a 5,8 por 100 mil habitantes, com a notificação de 11.433 mortes por essa causa.²⁰ Esse índice coloca o Brasil entre os dez países com as mais altas taxas de suicídio do mundo.¹⁷ Na publicação de 12/04/2017 da Folha de São Paulo, seis casos de suicídio de estudantes do quarto ano de medicina foram registrados.²¹

Em revisão integrativa de literatura sobre suicídio entre médicos e estudantes de medicina,¹⁸ a OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde) identificou que as

taxas de suicídio nessa população são mais elevadas do que as da população geral e de outros grupos acadêmicos.

Para Santos e colaboradores²² a ampla gama de universidades brasileiras têm grande preocupação com a qualidade de ensino-aprendizagem de seus estudantes. Portanto, observa-se constantes aprimoramentos técnicos, de equipe, da aprendizagem prática, de levantamento de problemas e de incentivo do pensamento ativo autônomo de seus tutelados. Porém, os autores advertem que os estudantes adquirem variado e aprofundado conhecimento técnico, mas apresentam grande deficiência no relacionamento com o ser humano e na condução dos próprios conflitos.

Vale a menção das situações corroborativas ao sofrimento emocional identificadas pelos autores:

- a. “Proximidade com a realidade do paciente”;
- b. “Sofrimento pessoal com amigos, relacionamento amoroso e familiar”;
- c. “Sensação de insegurança técnica”;
- d. “Privação de lazer e carga horária extenuante”;
- e. “Escolha quanto ao internato”;
- f. “Consumo de drogas psicoativas (ilícitas e lícitas)”;
- g. “Dificuldades de adaptação na passagem do ensino médio e/ou cursos pré-vestibulares para a universidade”.^{22,23}

Segundo Dyrbye e colaboradores²⁴ a maior parte das fontes de informação sobre o assunto não possuem a identificação de fatores corroborativos ao risco de suicídio e/ou que descrevam as variáveis de saúde mental capazes de oferecer prevenção à população médica.

Simon²⁵ destaca o que nomeou por *complexo tanatolítico* como fator central ao adoecimento psíquico de estudantes de medicina e médicos. Esta denominação se deve à referência a figura mitológica de Tânato (*Thánatos*), conhecido como deus da morte e pode ser melhor compreendido nas palavras literais de seu autor:

Presumimos que este “complexo tanatolítico”, corresponde a um desejo universal de imortalidade, está presente em todo ser humano. Em todas as culturas encontramos um indivíduo, ou grupo incumbidos da função tanatolítica. Geralmente sacerdotes (ou equivalentes) acumulavam as funções de curandeiros e intérpretes das divindades. Nos primórdios da cultura ocidental essas funções, dada sua complexidade, começaram a ser segregadas passando a atribuições de duas categorias distintas: os sacerdotes – que continuavam como intérpretes das divindades, com poder

de intervenção dos deuses, através de rituais e outros atos mágicos – e os médicos – que passaram a ser os novos curandeiros. Atualmente, o homem, compelido pelo “complexo tanatolítico”, habitualmente procura primeiro o médico, para impedir a morte; e quando este “falha”, recorre ao auxílio sacerdotal para anular a morte e “renascer” para a “vida eterna”. Em suma, há um conluio universal para negar a inevitabilidade da morte; nessa aliança contra a morte, a ação médica pode ser invocada para, mais ou menos racionalmente, assumir funções “tanatolíticas”, com todos os riscos inerentes aos compromissos onipotentes.²⁵

1.4 Saúde mental e educação médica

Saúde mental na educação médica está além dos plantões psicológicos comumente oferecidos e eventuais encaminhamentos à psiquiatria. Também, deve ser observada nas bases e entrelinhas do projeto pedagógico implantado, bem como na cultura de apoio mútuo e tradições sociais erigidas entre todos os atores, inclusive os próprios estudantes.

Uma questão amplamente debatida nos contextos de produção de conhecimento sobre Educação está o método utilizado como estratégia de ensino aprendizagem: tradicional versus metodologias ativas.

Desde as primeiras experiências de adoção da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) no Brasil, especificamente nos currículos de educação médica da Universidade Estadual de Marília em São Paulo (FAMEMA) e na Universidade Estadual de Londrina (UEL) no Paraná²⁶ – graças à insatisfação dos estudantes frente ao excesso de conteúdo teórico desassociados da necessidade prática – diversas escolas em sua vasta gama de áreas do conhecimento (pedagogia, direito, engenharia, arquitetura, economia, administração de empresas, etc.) têm se adaptado ao novo modelo²⁷.

Em uma interessante pesquisa comparativa sobre saúde mental em duas escolas médicas de modelos distintos – sendo uma tradicional e a outra ABP – houve a constatação de que não há diferença estatisticamente significativa em termos de sofrimento psíquico, porém os autores concluíram que: “[...] sofrimento psíquico menor nos alunos da ABP que também referiram maior aproximação de seus professores e pactuação das tarefas”.²⁸

A intensidade de sofrimento psíquico durante a formação médica do modelo ABP parece relacionar-se a dificuldade de adaptação de um modelo tradicional típico da formação no ensino médio à ABP.^{28,29} A saída de uma postura passiva e juvenil de

aprendizagem e a assunção de novas condutas pessoais frente à própria aprendizagem podem suscitar sofrimento psíquico no período de adaptação.

A ABP objetiva:

(...) estimulação da capacidade científica e conscientização do aluno de sua responsabilidade na construção dos conhecimentos; inter-relacionamentos de conhecimentos; aprender a aprender; aprender a fazer; desenvolvimento da capacidade de analisar e interpretar uma situação de modo sistemático; saber utilizar diferentes fontes de informação; construir, hipóteses para o problema em análise; desenvolvimento da capacidade de análise; cooperação entre os alunos; respeito e argumentação em relação a opiniões divergentes; dialogar e tomar decisões fundamentadas em evidências técnico-científicas.³⁰

A lista é extensa. Esta ambição de competências há de criar seus impasses, gerando angústias em seu processo, mas o sofrimento psíquico, quando não insuportavelmente intenso a ponto de corromper o funcionamento mental, pode proporcionar desenvolvimento e criatividade.

No entanto, há uma variação na capacidade de suportar tensões entre os indivíduos, ligada aos seus aspectos constitucionais e histórico de vida. Neste contexto, mesmo frente às peculiaridades infindáveis de personalidades entre os indivíduos, a possibilidade de estruturação organizada de educação em saúde mental pode viabilizar aos professores e alunos recursos de facilitação da adaptação nos setores da produtividade, afetivo-relacional, sociocultural e orgânico.

Podemos verificar assim, que a eficiência da implementação da saúde mental na universidade infiltra-se em seus diversos interlocutores e instrumentos – diretores, coordenadores, professores, metodologia de ensino, projeto pedagógico e redes de apoio – erigindo um contexto educacional preventivo de transtornos mentais graves e suicídio.

No entanto, um diagnóstico mais aprofundado do grau de adaptação dos estudantes do curso é certamente instrumento de grande valia para os gestores da FCMS produzirem mudanças ainda mais positivas em suas práticas curriculares e na instalação de medidas protetivas aos alunos que delas necessitem.

1.5 Saúde mental dos estudantes na FCMS da PUC-SP

No Projeto Pedagógico (PP) do Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP em sua última versão de 2018 consta no Tópico 18 – Apoio ao Discente, Subtópico D – Atendimento Psicológico:

Atendimento psicológico: mediações com o coordenador, professores, diretor de Faculdade e setores administrativos ou comunitários para discussão dos casos complexos e desenvolver estratégias que favoreçam a permanência e o propósito da formação acadêmica.³¹

Nota-se que o atendimento psicológico segundo o PP prevê as seguintes atividades:

1. Mediações com agentes que compõem o corpo educacional;
2. Discussão de casos complexos e;
3. Desenvolvimento de estratégias à benefício da formação educacional.

Contendo maiores esclarecimentos, temos, no Subtópico A, o Programa de Atendimento Comunitário – PAC.

Sendo este:

Órgão de apoio à elaboração e ao desenvolvimento de políticas que respondem às demandas de atendimento, inclusão, esportes, saúde ambiental e coletiva, extensão comunitária, segurança e serviços de atendimento à comunidade.³¹

Não fica esclarecido pela descrição do PP se o atendimento psicológico ocorre especificamente via PAC ou se não estaria condicionado a este Programa especificamente – o que possibilitaria acesso a outros setores, como por exemplo, uma clínica-escola.

Ademais, o que o PAC oferece é mais amplamente descrito no *site* da Universidade, a saber:

Atendimento à Comunidade Interna

Para atender à comunidade em demandas relacionadas a dificuldades de aprendizagem, conflitos e questões relacionais/emocionais que bloqueiam ou impedem o processo socioeducativo dos alunos, o Setor de Atendimento Comunitário (PAC). Vinculado à Pró-Reitoria de Cultura e Relações Comunitárias (PROCRC) e em parceria com a Pró-Reitoria de Graduação (PROGRAD), o PAC conta com uma equipe interdisciplinar de agentes educacionais. De acordo com as diretrizes da Universidade, a educação deve contemplar o ser humano em suas múltiplas dimensões (comunitária, social, cultural, econômica, psicológica, física, espiritual e biológica).³²

Nota-se, desta forma, duas categorias de demanda previstas pelo PAC:

1. Dificuldades de aprendizagem e;
2. Conflitos e questões relacionais/emocionais.

É importante considerar que as categorias não devem se anular mutuamente, pois existem demandas que abarcam dificuldades de aprendizagem (1) e questões relacionais/emocionais (2). Este é um ponto importante de ser frisado, pois uma categoria pode estar em função da outra e vice-versa, como observado em pesquisa que aponta que a maioria de crianças com dificuldades de aprendizagem apresentam problemas emocionais.³³

Ainda, observa-se que o PAC possui vinculação/parceria com duas pró-reitorias, portanto, subordinando-se aos gestores maiores da Universidade:

1. Pró-Reitoria de Cultura e Relações Comunitárias (PROCRC) e;
2. Pró-Reitoria de Graduação (PROGRAD).

A PROCRC é atualmente composta por funcionários administrativos, professores e estagiários e sua definição consiste em ser:

[...] um segmento da Reitoria que atua no incentivo e acompanhamento de atividades culturais e a elaboração da política geral da convivência universitária. Também coordena os processos eleitorais da PUC-SP e a execução da política de bolsas de estudo.³⁴

Como setores suplementares possui, entre outros, uma clínica psicológica que oferece atendimento gratuito à comunidade interna e externa da PUC-SP e, por sua vez, possui o PAC que, segundo a definição da PROCRC, “[...] atende as demandas mais urgentes da comunidade acadêmica e acolhe. Neste sentido, realiza operacionalização de programas que atendem demandas de permanência e inclusão.”³⁴

Desta forma, observa-se que a Clínica Escola Psicológica “Ana Maria Poppovic”, ligada academicamente ao curso de Psicologia da PUC-SP, é considerada um setor de apoio da PROCRC para os casos internos à Universidade, tanto quanto o PAC, sem interdependência. De qualquer maneira, a clínica psicológica da PUC-SP é um privilégio oferecido ao *campus* São Paulo, onde situa-se a Faculdade de Psicologia, estando o *campus* Sorocaba desprovido deste benefício. É provável que a existência de uma clínica-escola de psicologia possa contemplar as necessidades de encaminhamentos quando frente a demandas individuais de alunos.

Prosseguindo, “[...] o PAC é a porta de entrada para acolher, reconhecer, orientar, mediar e encaminhar os casos que necessitem de atendimento psicológico, pedagógico e comunitário.”.³²

Observa-se, portanto, a descrição de cinco condutas previstas:

1. Acolher;
2. Reconhecer;
3. Orientar;
4. Mediar e;
5. Encaminhar.

Ademais, o PAC se propõe adotar duas categorias de conduta:

a) Acolhimento: Destacam-se os casos de alunos com problemas socioeconômicos, dificuldades pedagógicas, conflitos emocionais e afetivos ou de inclusão de estudantes com necessidades educacionais específicas, que requerem um trabalho de intervenção, levando-se em conta também as condições e o contexto comunitário em que as relações psicossociais destes alunos são estabelecidas.

b) Acompanhamento de casos: Prestar apoio e acompanhamento aos casos que necessitem de um suporte de natureza psiquiátrica, psicológica, por meio de atendimento e orientações específicas e o encaminhamento para serviços de referência nas áreas apontadas. Nos atendimentos individuais oferece-se acolhimento e escuta qualificada como estratégias de apoio em situações de crise e de sofrimento psíquico. Com isso objetiva favorecer e possibilitar o resgate do sentido e significado da vida, elaborar os problemas internos decorrentes de tais questões, bem como, oferecer uma contenção institucional que possa lidar e colaborar para a melhoria das relações no espaço universitário³⁵.

Ainda, além das dificuldades pedagógicas e conflitos interpessoais e individuais, cabe ao PAC gerenciar e acompanhar os benefícios socioeconômicos oferecidos aos alunos que deles necessitam.

Por fim, tendo o PAC por objetivo, “[...] possibilitar aos indivíduos a ressignificação e a busca de maior sentido e amplitude perante suas vivências e demandas, por meio de encaminhamentos e acompanhamentos efetuados por um trabalho interdisciplinar”³², concluiu-se que o trabalho desenvolvido pelo PAC da FCMS está dentro dos propósitos do Programa, mas possivelmente aquém das expectativas dos alunos. Adicionalmente, observou-se a necessidade de uma via mais estruturada e formal de encaminhamento individual quando detectado candidato potencial a tratamento especializado psicológico e/ou psiquiátrico individual, o que será sugerido aos gestores da FCMS como contribuição desta pesquisa.

Destaque-se que está em fase final de tramitação na Câmara dos Deputados (Projeto de Lei número 10105/2018), ou Projeto de Lei originário do Senado número 157/2017,³⁶ já aprovado nesta instância, que obriga as IES – Instituições de Ensino Superior - oferecerem assistência psicológica e psiquiátrica gratuita aos alunos da graduação e residentes dos cursos médicos, conforme dispostos nos Anexos G e H, o que vem corroborar a preocupação dos legisladores com os estudantes de cursos médicos, que enfrentam grandes angústias e, por isso, encontram-se sempre mais susceptíveis a manifestar problemas relacionados à saúde mental quando comparados aos estudantes de outros cursos superiores e de mesma idade.³⁷

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivos gerais

- Identificar situações de ineficácia adaptativa em estudantes de medicina da FCMS da PUC-SP por meio da aplicação do instrumento EDAO-AR;
- Verificar se há aumento da ineficácia adaptativa dos estudantes de medicina nos diferentes anos da graduação.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

O presente trabalho é de caráter predominantemente quantitativo, de corte transversal e exploratório. Os estudos transversais são aqueles que se referem à situação de uma amostra populacional em um determinado momento, como um corte da realidade.

Para o cálculo do tamanho da amostra com uma proporção representativa utilizou-se uma proporção esperada de adaptação ineficaz moderada + severa + grave = 26,5% (ou 0,265) e uma margem de erro de 21,5% (ou 0,215). Ainda, considerou-se um erro alfa de 0,05; um beta de 0,20. Verificou-se então que seriam necessários no mínimo 24 alunos por ano.

O cálculo da amostra foi realizado por professor com experiência em estatística quantitativa, utilizando o programa de *software* StataCorp® 13.1.

3.2 Universo do estudo

Estudantes de medicina da FCMS da PUC-SP, de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos, do primeiro ao sexto ano que aceitaram responder a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada de Autorrelato (EDAO-AR), ANEXO A, após aprovação do CEP.

Os alunos identificados como portadores de falha adaptativa foram encaminhados para atendimento psicológico no PAC da FCMS da PUC-SP e, de lá, para serviços especializados, quando fosse o caso, visando a prevenção de eventos psíquicos mais graves. Este encaminhamento foi autorizado pelo Pró-reitor de Cultura e Relações Comunitárias, Professor Mestre Antônio Carlos Malheiros (ANEXO B).

3.3 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos na pesquisa estudantes do curso médico da FCMS da PUC-SP que concordaram em participar da pesquisa, depois do aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) disposto no APÊNDICE A.

Os critérios de exclusão foram alunos que se recusaram a participar da pesquisa. Nenhum deles retirou o consentimento dado no decorrer da coleta de dados.

3.4 Coleta de dados

Foi realizada a aplicação do instrumento EDAO-AR – Escala Adaptativa Operacionalizada de Autorrelato aos alunos (ANEXO A). Trata-se, conforme esclarecido anteriormente (Tópico 1.2.2), de escala autoaplicável e validada.

A utilização do EDAO-AR foi autorizada por sua autora, Professora Elisa Yoshida (ANEXO C).

Com a intenção de uma abordagem próxima e amigável para com os alunos, a pesquisadora contou com a colaboração muito efetiva dos representantes de classe, bem como de alguns professores e coordenadores de série. Os alunos mostraram-se solícitos e sensíveis à necessidade da pesquisa, acarretando número bastante satisfatório de participantes. Ao ser aplicado, houve instruções diretas por parte da pesquisadora (com exceção do sexto ano), através de abordagens em sala de aula, em momentos concedidos por professores colaboradores.

O segundo e o quinto anos foram abordados durante o período de isolamento que ocorre imediatamente após a chamada “prova das estações”. Nesta ocasião, os alunos após a execução da prova que ocorre em grupos, permanecem em sala de aula, aguardando até que todos finalizem. Esta foi uma ocasião propícia para a aplicação do instrumento da pesquisa, pois o estresse da avaliação já havia passado e estavam relaxados aguardando para serem dispensados.

O sexto ano exigiu uma aproximação diferenciada, pois se distribuem em pequenos grupos de internato, dificultando o acesso de todos ao mesmo tempo. A única oportunidade de contatá-los em grande número simultaneamente seria antes da prova de progresso, o que não foi permitido pela coordenação de curso, que entendeu ser um momento impróprio porque mobiliza todos os alunos e inúmeros docentes para esta importante atividade curricular. Assim, alguns professores responsáveis pelos grupos de internato entregaram o instrumento aos alunos e ofereceram-lhes as instruções pertinentes.

O contato pessoal da pesquisadora com os alunos e professores coordenadores das séries e do internato colaborou para um número maior de participantes.

Simultaneamente ao instrumento EDAO-AR, foi distribuído questionário sociodemográfico que possibilitasse tratar o perfil dos participantes (APÊNDICE C).

Algumas questões referentes ao perfil sociodemográfico foram acrescidas, visando apurar se os estudantes são usuários de drogas lícitas ou ilícitas, se há histórico de doença mental na família e se já apresentou vontade de desistir da faculdade, com opção de comentários individualizados em todas.

Para análise do conteúdo destas questões adicionais utilizou-se o fundamento de Laurence Bardin³⁸ para categorização dos achados. Todas as respostas foram transcritas e lidas exaustivamente para que possibilitassem o aprofundamento e a melhoria da qualidade das informações contidas nos comentários realizados pelos estudantes, captando suas percepções, decodificando as possíveis causas para o desejo especialmente direcionado à desistência do curso. As observações foram interpretadas de modo reflexivo e crítico e puderam ser sintetizadas em duas categorias: dificuldade de adequação e sentimentos negativos que corroboram os dados quantitativos correlatos a estas questões e discutidos a seguir.

3.5 Análise dos dados

Foi realizada análise descritiva das características sociodemográficas, de saúde individual e familiar, além de aspectos de adaptação dos estudantes, dados estes apresentados por meio de resultados absolutos e relativos para variáveis qualitativas e média e desvio padrão para variáveis quantitativas.

A análise de dados obtidos pela EDAO-AR foi baseada nas categorias pré-estabelecidas pela autora Yoshida¹⁶, segundo a teoria da adaptação e as categorias de eficácia e ineficácia adaptativa de Simon¹³ (1989). Este instrumento foi utilizado para levantamento de dados e para análise (ANEXOS D e E). Desta forma, três variáveis de desfecho foram consideradas, sendo elas:

- 1) Tipos de adequação no setor Afetivo-Relacional (AR);
- 2) Tipos de adequação no setor Produtividade (Pr) e
- 3) Fatores associados ao Diagnóstico Adaptativo Operacionalizado.

Por meio de apresentação gráfica, descreve-se a prevalência de cada um dos desfechos na amostra participante.

Para verificar fatores associados à Adequação Ineficaz do Setor Afetivo-Relacional (1) ou Adequação Ineficaz do Setor Produtividade (2), avaliou-se a presença de associação entre ambas e o ano em que o estudante se encontra.

Para o desfecho principal, com relação a Adequação Ineficaz Leve ou Moderada* (3), foram realizadas análises não ajustadas e ajustadas frente às variáveis independentes de interesse. Utilizou-se modelos de regressão logística. Pontos estimados foram *Odds Ratio* (OR) e respectivos Intervalos de Confiança (IC 95%).

Todas as análises foram realizadas no *software* estatístico Stata®, versão 15.1.

Enquanto decisão metodológica, as categorias Adequação Ineficaz Leve e Moderada do desfecho do estudo foram unidas para facilitar análises estatísticas, aumentando o poder amostral.

3.6 Aspectos éticos

Para serem incluídos na pesquisa, todos os alunos participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, Apêndice A) e qualquer atividade só teve início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (CEP – FCMS – PUC-SP), sob CAAE número 13845719.0.0000.5373, (Anexo B).

4 RESULTADOS

4.1 Resultados Quantitativos

Ao todo, 363 estudantes, matriculados entre o primeiro e sexto ano do curso de medicina participaram do presente estudo, correspondendo a uma média de 61 alunos por ano. A maioria da amostra era do sexo feminino (60,3%), com idade variando entre 18 e 38 anos, sendo média de 22,7 anos.

A maioria dos estudantes referiu cor da pele branca (86,2%). Apenas 6 estudantes relataram estar em relacionamento estável na data da entrevista. Aproximadamente 39% da amostra residia com amigos (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas de estudantes de Medicina. Sorocaba, 2019.

	n	%
Total	363	100
Sexo		
Feminino	219	60,3
Masculino	144	39,7
Idade (média±DP)	22,7	(2,92)
Ano do curso		
Primeiro	60	16,5
Segundo	70	19,3
Terceiro	70	19,3
Quarto	64	17,6
Quinto	55	15,2
Sexto	44	12,1
Cor da pele		
Branca	313	86,2
Amarela	15	4,1
Negra	26	7,2
Dados faltantes	9	2,5
Tem religião?		
Sim	222	61,2
Não	141	38,8
Estado marital		
Sem cônjuge	357	98,4
Com cônjuge	6	1,6

Tabela 1 - Características sociodemográficas de estudantes de Medicina. Sorocaba, 2019.

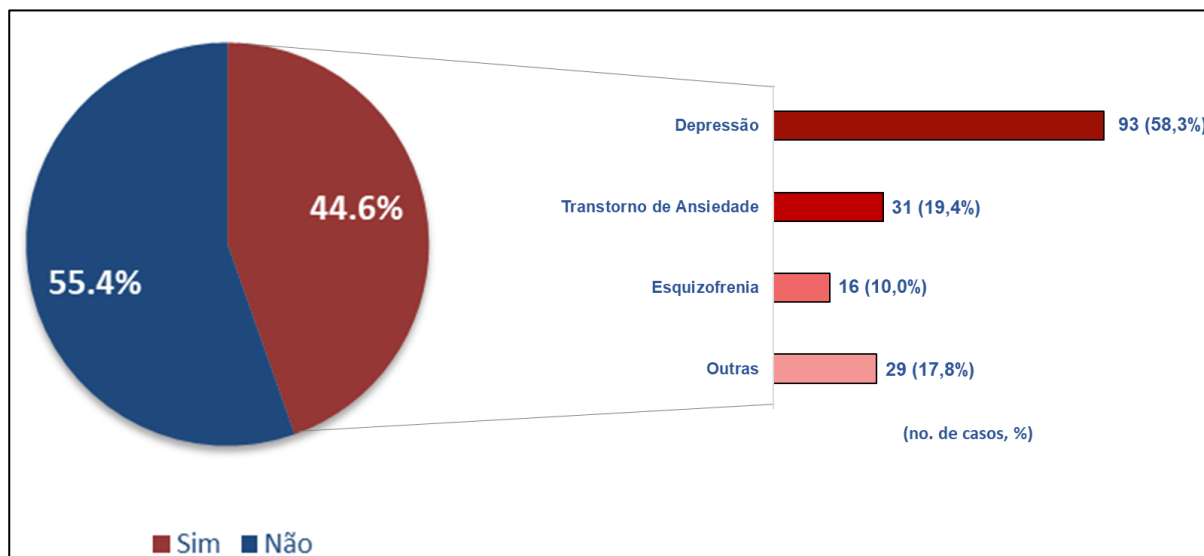
(Conclusão)

Situação de residência (reside com)		
Parentes	80	22,0
Cônjuge/Namorado(a)	6	1,7
Amigos	143	39,4
Sozinho	131	36,1
Dados faltantes	3	0,8

Fonte: a própria autora.

Ao informar sobre histórico de doença mental na família, 44,6% referiram existir histórico positivo, sendo a depressão a causa mais referida (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Prevalência de Histórico de Doença Mental na Família entre estudantes de medicina da FCMS da PUC-SP e principais doenças relatadas, (n=359). Sorocaba, 2019.



*Possibilidade de múltiplas respostas.

Fonte: A própria autora.

Sobre o consumo de drogas, observa-se que mais da metade dos estudantes utilizam ao menos um tipo de droga (57%), podendo ser esta lícita ou ilícita. Álcool figura como a mais prevalente, sendo que dentre os estudantes que utilizavam alguma substância, 96 em cada 100 relatou consumo de álcool. Maconha e fumo também foram reportados, com maior prevalência para consumo de maconha (18,8%) e o uso de drogas sintéticas foi reportado por 5,8% da amostra (Tabela 2 – próxima página).

Quatro em cada dez estudantes de medicina já pensou em desistir do curso em algum momento, dentre os motivos relatados os mais prevalentes foram *Dificuldade de ambientação* e *Sentimentos negativos* (Tabela 2), extraídos dos comentários das perguntas realizadas juntamente com o questionário sociodemográfico.

Recortes representativos que justificam estas duas categorias podem ser observados nos seguintes recortes relativos à Dificuldade de ambientação e, a seguir, aos Sentimentos negativos:

“Choque com a PBL no começo.”; “Não me senti confortável com o jeito que alguns veteranos nos tratam.”; “Não me adaptar ao lugar e método.”; “Falta de confiança nas pessoas da faculdade.”; “Entrar em outra faculdade, porém no mesmo curso, devido a problemas pessoais.”; “Queria entrar em outra faculdade que considero melhor.”; “Devido ao método de avaliação.”; “Localização fora da cidade de São Paulo.”; “Falta de amigos.”; “Não gosto de Sorocaba”.; etc.

Sentimentos negativos:

“Porque acho que não seria bom profissional da saúde.”; “Infelicidade.”; “Desânimo.”; “Sou muito controladora, perfeccionista e exigente, o que me desgasta muito.”; “Desmotivada.”; “Depressão, solidão, sentimento de incapacidade.”; etc.

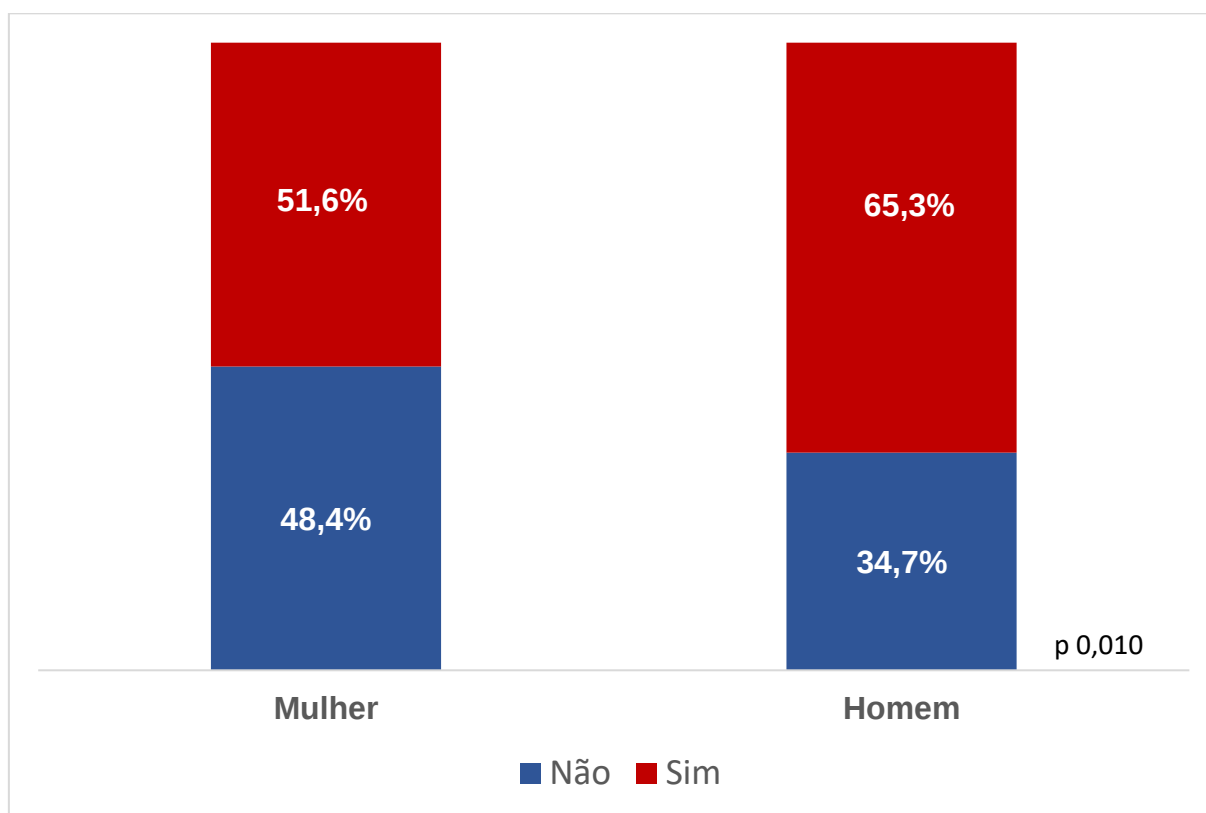
Tabela 2 - Consumo de drogas e pensamento de desistência do curso de estudantes de medicina. Sorocaba, 2019.

	n	%
Utiliza alguma substância considerada droga?		
Não	156	43
Sim	207	57
Qual?*		
Álcool	198	95,7
Fumo	41	13,3
Maconha	39	18,8
Sintéticos	12	5,8
Já pensou em desistir do curso de medicina?		
Não	234	64,8
Sim	127	35,2
Se sim, qual motivo?		
Dificuldades financeiras	7	5,5
Não se identifica com a área	16	16,5
Dificuldades de ambientação	58	45,7
Sentimentos negativos	36	28,4

Fonte: a própria autora.

Observou-se maior consumo de drogas entre estudantes do sexo masculino, sendo homens apresentavam chance 1,76 maior para uso de drogas quando comparados a mulheres (OR 1,76, IC 95% 1,14;2,72) – (Gráfico 2).

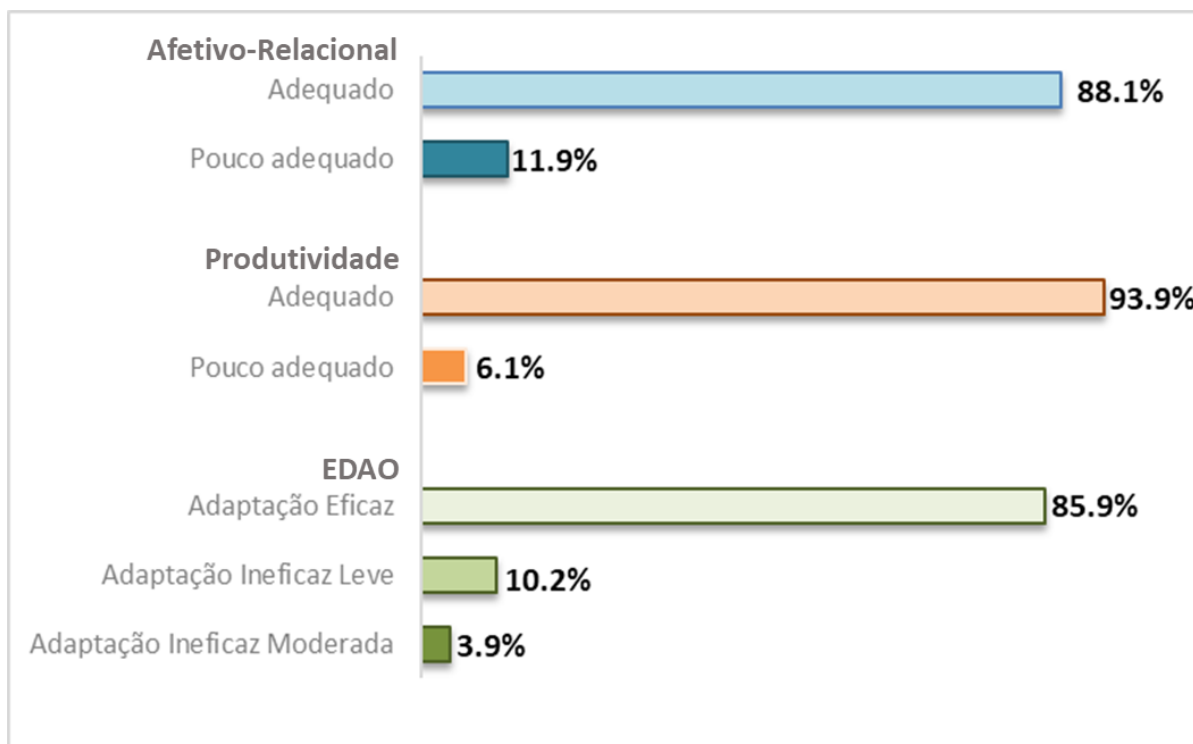
Gráfico 2 - Prevalência do consumo de substâncias consideradas drogas pelos estudantes da FCMS da PUC-SP, segundo sexo – (n=363). Sorocaba, 2019.



Fonte: A própria autora.

O Gráfico 3 apresenta a descrição das relações de adequação ao curso. Nota-se que 11,9% da amostra foi classificada como Pouco Adequada no aspecto Afetivo-relacional. Este percentual foi de 6,1% em relação ao aspecto Produtivo. Em classificação, segundo predito por Simon, 14,1% dos estudantes apresentaram Adaptação Ineficaz, podendo ser esta graduada como leve (10,2%) ou moderada (3,9%).

Gráfico 3 - Relações de Adaptação dos estudantes do curso de Medicina da FCMS da PUC-SP.



Fonte: a própria autora.

No intuito de verificar a possível associação entre o ano de curso e critérios utilizados para avaliar adequação, não foi possível verificar associação direta, mediante análise dos dados coletados (Tabela 3).

Tabela 3 - Descrição da adequação afetivo-relacional e produtiva entre estudantes, do primeiro ao sexto ano do curso médico. Sorocaba, 2019.

ADEQUAÇÃO	Ano do curso (n, %)						p valor
	Primeiro	Segundo	Terceiro	Quarto	Quinto	Sexto	
Afetivo-relacional							
Adequado	53(88,3)	57(81,4)	60(85,7)	59(92,2)	49(89,1)	42(95,5)	0,242
Pouco adequado	7(11,7)	13(18,6)	10(14,3)	5(7,8)	6(10,9)	2(4,5)	
Produtiva							
Adequado	59(98,3)	65(92,9)	64(91,4)	53(94,6)	51(92,7)	42(95,5)	0,657
Pouco adequado	1(1,7)	5(7,1)	6(8,6)	3(5,4)	4(7,3)	2(4,5)	
Adequação geral							
Eficaz	53(88,3)	55(78,6)	58(82,9)	50(89,3)	48(87,3)	41(93,2)	0,261
Ineficaz	7(11,7)	15(21,4)	12(17,1)	6(10,7)	7(12,7)	3(6,8)	

Fonte: a própria autora.

Aprofundando análises sobre fatores associados à adequação ineficaz de estudantes de medicina verificou-se, em modelo não ajustado, que mulheres apresentaram chance, aproximadamente, duas vezes maior para adequação ineficaz em comparação a homens. A situação de moradia, o fato de não ter religião e histórico familiar de doença mental também foram fatores associados. Neste sentido, verificamos que indivíduos que moram com amigos são mais propensos a apresentar Adequação Ineficaz, quando comparados com aqueles que residem só.

Apresentar histórico de doença mental na família aumentou em 2,15 as chances de o desfecho de interesse ser observado. Indivíduos que relataram não ter alguma crença religiosa apresentaram chance de 3,13 para Adequação Ineficaz em relação aos colegas que relataram ter crença religiosa.

Interessante observar que no modelo não ajustado, o ano do curso não esteve associado à Adequação Ineficaz, no entanto, no modelo ajustado, esta variável mostrou-se estatisticamente significativa. Desta forma, ficou claro que quanto maior o ano do curso, menor a chance de Adequação Ineficaz, ou seja, estudantes em etapas mais avançadas do curso de medicina estiveram mais protegidos. Outros fatores independentemente associados foram históricos familiares de doença mental e não ter religião.

Estas variáveis mantiveram-se em modelo ajustado, indicando que mesmo considerando o uso de drogas e a idade dos alunos participantes do estudo, o fato de não apresentar crença religiosa, relatar histórico familiar de doença mental e o ano do curso foram fatores associados para Adequação Ineficaz entre alunos de medicina do primeiro ao sexto ano (Tabela 4).

Tabela 4 - Fatores associados à ineficácia adaptativa de estudantes de medicina. Sorocaba, 2019.

	Não ajustado		Ajustado	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Sexo				
Feminino	2,70	1,34;5,46		
Masculino	Ref			
Idade (média±DP)*	0,99	0,90;1,11	1,07	0,95;1,20
Ano do curso*	0,87	0,72;1,05	0,79	0,63;0,99
Situação de residência (reside com)				
Parentes/cônjuge	1,30	0,54;3,17		
Amigos	2,31	1,12;4,77		
Sozinho	Ref			
Histórico familiar de doença mental				
Não	Ref		Ref	
Sim	2,15	1,17;3,94	2,36	1,26;4,44
Tem religião?				
Sim	Ref		Ref	
Não	3,13	1,70;5,79	3,20	1,70;6,00
Utiliza alguma substância considerada droga?				
Não	Ref		Ref	
Sim	1,31	0,72;2,43	1,14	0,60;2,15

*Considerada como variável quantitativa.

Fonte: a própria autora.

5 DISCUSSÃO

Causou certa surpresa aos pesquisadores o percentual de ineficácia adaptativa entre os alunos da FCMS da PUC-SP, chegando-se ao número de 11,9% dos participantes. Esperava-se, na verdade, porcentagens ainda maiores. Ressalte-se que Adequação Ineficaz concentrou-se no aspecto Afetivo-Relacional, sendo que este percentual foi de 6,1% em relação ao aspecto Produtivo. No total encontrou-se que 14,1% dos estudantes apresentaram Adaptação Ineficaz, podendo ser esta graduada como Leve (10,2%) ou Moderada (3,9%).

Vários fatores podem explicar este alto número de estudantes do grupo 1 – Adaptação Eficaz – correspondentes a 85,9% do total, os quais costumam exibir muito bom prognóstico, pois o quadro neurótico (se houver), tende a interagir de forma “relativamente dependente” com o ambiente propício à saúde mental.

Os 10,2% dos alunos situados no grupo 2 – Adaptação Ineficaz Leve, no qual há sintomas neuróticos brandos, “ligeiros traços caracterológicos e algumas inibições.”¹⁴, também têm bom prognóstico. Neste caso, o quadro neurótico também interage “[...] relativamente dependente”¹⁴ com um ambiente salutar. Ou seja, pode-se considerar que um ambiente acadêmico favorável à saúde mental dos alunos corrobora a sua manutenção e/ou melhora.

É possível considerar que 3,9% dos alunos situados no grupo 3 – Adaptação Ineficaz Moderada, no qual há “alguns sintomas neuróticos, inibição moderada, alguns traços caracterológicos”¹⁴, têm prognóstico regular, segundo Simon. Isso ocorre devido ao quadro neurótico interagir “[...] relativamente independente”¹⁴ com um ambiente salutar (psicoterapia e sistemas de apoio na Universidade, por exemplo). Podemos considerar que quanto maior a dependência dos conflitos psíquicos ao ambiente, melhor é o prognóstico e; quanto maior a independência dos conflitos ao ambiente saudável, pior o prognóstico, pois, os fatores constitucionais, nesta última circunstância, são mais definidores da etiologia neurótica.

Como a pesquisa tinha como foco uma amostra de indivíduos sem acometimento clínico evidente, era de se esperar maior concentração nos dois primeiros níveis de adaptação, como de fato ocorreu, mas deve-se considerar que o instrumento EDAO-AR foi capaz de discriminar aqueles com adaptação no grupo 2 e 3, sem que nenhum ficasse no grupo 4 (Adaptação Ineficaz Severa – “Sintomas neuróticos mais limitadores, inibições restritivas, rigidez de traços caracterológicos”¹⁴)

ou no grupo 5 (Adaptação Ineficaz Grave – “Neuroses incapacitantes, *borderlines*, psicóticos não agudos”¹⁴ – crônicos, portanto).

Compreende-se que os alunos com Adaptação Eficaz e Adaptação Ineficaz Leve (96,1% da amostra) tendem a se beneficiar mais amplamente das medidas de apoio e intervenções sociais/educacionais/emocionais implementadas na Universidade, pois tendem a adaptar-se positivamente quando o ambiente é adequado. Por outro lado, 3,9% da amostra que se encontra em Adaptação Ineficaz Moderada, pode necessitar de medidas interventivas mais exclusivas. Assim, todos estes alunos foram encaminhados para atendimento psicológico do PAC – Programa de Atendimento Comunitário³¹ da FCMS da PUC-SP para que sejam monitorados, identificadas suas necessidades específicas e, caso se reconheça necessidade, direcionamento à assistência em psicologia clínica e/ou psiquiátrica. Este Programa já foi descrito e analisado anteriormente, conforme o Tópico 4.2 - Análise e Discussão da Entrevista: Consonâncias e Dissensões com os Objetivos do PAC).

Em uma interessante consonância com as considerações freudianas mencionadas na introdução (Tópico 1.1 - A Psicanálise) – sobre a disposição hereditária e fatores ambientais (traumas infantis e vicissitudes da vida adulta), um estudo brasileiro de 2017³⁹ associou tentativas de suicídio e doenças mentais a determinados genes específicos, o que pode explicar esta maior prevalência de histórico familiar encontrado nos estudantes que apresentaram diagnóstico de Adaptação Ineficaz Leve ou Moderada.

Outra pesquisa corrobora estes achados, na qual há a descrição de circunstâncias elementares de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais, sendo elas: “[...] antecedentes familiares, sexo, idade, relações familiares, abuso de substâncias, problemas físicos, principalmente aqueles que causam invalidez e/ou dor crônica e situação social desfavorável, como pobreza e desemprego.”⁴⁰

Na metapsicologia freudiana sempre houve especial consideração dos fatores constitucionais e ambientais enquanto fatores de impacto na etiologia da neurose. Considera-se que a neurose de etiologia do tipo traumática, portanto desencadeada por fatores ambientais - traumas infantis e/ou vicissitudes da vida adulta – têm melhor prognóstico.

Ou seja, quando os fatores hereditários são predominantes na etiologia da neurose, concebemos um prognóstico pouco favorável e, portanto, uma menor resposta a um ambiente salutar. Igualmente, para Simon, as neuroses de gênese

ambiental são mais acessíveis à influência da psicoterapia do que as de gênese constitucional.¹⁴

Outro dado importante para análise é que as mulheres apresentaram chance duas vezes maior para adequação ineficaz em comparação a homens, no modelo não ajustado. Dados semelhantes quanto ao aspecto de gênero foram encontrados na pesquisa já mencionada⁴⁰ que teve como principal conclusão a associação entre o polimorfismo genético e os transtornos mentais em mulheres.

No entanto, em pesquisa epidemiológica sobre transtornos psiquiátricos⁴¹, as mulheres apresentaram maior prevalência de transtornos mentais especificamente associados à ansiedade e humor, enquanto os homens foram mais propensos aos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas e ao consumo nocivo de álcool e fumo, o que corrobora nossos achados, pois dos 57% dos estudantes que alegaram consumo de drogas lícitas ou ilícitas, a maioria foi do sexo masculino.

Nesta mesma pesquisa, que incluiu cinco estudos de base populacional realizados em países ocidentais, as mulheres apresentaram maior chance de ter transtornos afetivos (com exceção de episódios psicóticos de exaltação maníaca e distímia), transtornos ansiosos (exceto transtorno obsessivo-compulsivo, ansiedade generalizada e fobia social), transtornos dissociativos (transes e perdas de consciência) e transtornos alimentares. Excluindo a dependência de tabaco, o risco de sofrer um transtorno mental durante a vida foi 1,5 vez maior para as mulheres que para os homens.⁴¹

Também ficou evidente em uma revisão sistemática da literatura no período de 1997 a 2009 sobre a prevalência de transtornos mentais na população adulta brasileira que as mulheres são as mais acometidas, especialmente pelos transtornos de ansiedade, de humor e somatoformes, de modo cada vez mais precoce e, novamente aparecem os homens aparecem mais com distúrbios relacionados a substâncias psicoativas. Além do gênero, outros fatores predisponentes foram as condições socioeconômicas, condições de trabalho e estilo de vida.⁴²

Assim, a hipótese de que mulheres, devido a fatores genéticos e ambientais sejam mais propensas a apresentar transtornos de ansiedade, transtornos depressivos e de humor^{39,51,43} e, portanto, a apresentar falhas adaptativas, tem fundamento na literatura.

Por outro lado, há evidências de que os homens são propensos a distúrbios relacionados a comportamentos agressivos e violentos e tendência a impulsividades

– o que pode ter sido eventualmente ocultado pelos respondentes. Outra constatação é a de que a população masculina evidencia tendência a lidar com sentimentos de angústia e tristeza através do uso de substâncias psicoativas, o que pode provocar agravamento do quadro.⁴³

Uma das principais características de alunos de medicina que exibem quadros graves é consumo de drogas psicoativas, dentre elas, psicofármacos de indicação médica.⁴⁴ O toxicômano é caracterizado pela fragilidade egóica e a droga passa a ser idealizada pela intenção de amenizar as ansiedades paranoides e depressivas.

Pesquisas constataam, assim como em nosso estudo, grande e constante prevalência do uso de drogas lícitas ou ilícitas entre os estudantes de medicina, particularmente álcool, requerendo a atenção dos diversos gestores acadêmicos para que se adotem políticas permanentes de controle e redução de uso de drogas no âmbito universitário.^{45 46}

Existe na literatura psicanalítica uma associação entre a drogadição e uma persistência do ego ideal no psiquismo (ver tópico 1.1.4). Assim, a toximania trata-se de uma persistente busca de satisfação absoluta e onipotente; o sujeito tende ao seu consumo para obter bem-estar e sensação de sobrevivência psíquica. Há, portanto, uma tendência à idealização exacerbada baseada num modelo primitivo de funcionamento mental e a organização do aparelho psíquico do drogadito permanece regido pelo ego ideal.⁴⁶

Outro ponto de discussão de nossos achados é que morar sozinho foi uma variável corroborativa da adaptação eficaz, o que contraria a literatura atualmente existente, nas quais configura-se como um fator de risco para transtornos mentais comuns.^{47 48}

Por ser um dado inesperado e contraditório, procuramos respaldo para explicá-lo. Assim, segundo pesquisa sobre gerações, pessoas nascidas entre 1990 e 2019 – perfil de nossa amostra (média de 22,3 anos) – chamadas de geração Z, possuem: “[...] perfil individualista, [...] preferem trabalhar e resolver problemas sozinhos [...], manejo habilidoso de diferentes ferramentas tecnológicas [...]”.⁴⁹

É sabido que a formação de vínculos de um grupo de pertencimento nessa nova fase é essencial para quem se mudou de cidade para estudar, como ocorre com os nossos participantes, cuja maioria não residia em Sorocaba. Isso porque entrar na universidade é, na cultura brasileira, um rito de passagem para a vida adulta, e os jovens lidam com muitas pressões relativas à faculdade e às incertezas do futuro.^{47,48}

Uma vez que quem se muda se afasta do grupo de origem, formado pela família e amigos de infância, acaba vulnerável e teoricamente depende de novas relações para encontrar apoio e promover sua socialização.

Neste sentido, nossos achados podem estar subdimensionados e a ADAO-AR talvez não tenha sido capaz de detectar maiores percentuais de inadaptação, pois 4 em cada de 10 estudantes já pensaram em desistir do curso em algum momento, tendo por motivos prevalentes *Dificuldade de ambientação* (45,7%) e *Sentimentos negativos* (28,4%) – Tabela 2. É importante esta consideração porque há uma tendência natural do ser humano a esconder condições das quais possa se envergonhar e que não gostaria que fossem expostas, como o uso de drogas, diagnóstico de doença mental, necessidade de ajuda e de tratamento. A ocultação de informações importantes do paciente ao médico, especialmente por aqueles que mais necessitam de cuidados e estão enfrentando quadros de depressão, ideação suicida, abuso sexual, possivelmente se deva a preocupações relacionadas à estigmatização.⁵⁰

Alguns exemplos de respostas relacionadas à categoria *Sentimentos negativos* – “*Porque acho que não seria bom profissional da saúde.*”; “*Sou muito controladora, perfeccionista e exigente, o que me desgasta muito.*”; “[...] *sentimento de incapacidade*” – correlacionam-se às considerações de Simon sobre o *complexo tanatolítico*²⁵ (mencionado no tópico 1.3 deste trabalho) e, destarte, à literatura psicanalítica. Conforme compreende o autor, o desejo de assumir funções tanatolíticas corresponde à intenção de atender ao anseio universal de imortalidade, sendo, portanto, um desejo de onipotência. O revés do sentimento de onipotência incide ao sujeito que, devido a impossibilidade de “operar milagres” é acometido pela sensação de incapacidade, desgaste e desânimo. A premissa desse estado intrapsíquico seria: “Se não sou onipotente, sou impotente.” No entanto, quando em posse de um funcionamento saudável, o sujeito não se considera nem onipotente, nem impotente; mas sim potente e competente.

A religião também foi fator apontado neste estudo, pois 61,2% dos estudantes possuem crença religiosa e apareceu como um facilitador da adaptação eficaz. Consonante com outras pesquisas realizadas⁴⁸, a crença religiosa denota colaborar na superação das dificuldades e ansiedades para os indivíduos.

É conhecido na literatura psicanalítica as considerações freudianas sobre os significados inconscientes da religião, mais especificamente as de origem judaico-

cristã. Uma famosa e constantemente citada passagem no texto “Leonardo da Vinci e uma lembrança de sua infância (1910)”, Freud ressalta: “A psicanálise nos ensinou a reconhecer a interconexão existente entre complexo paterno e fé em Deus, indicou-nos que o Deus pessoal outra coisa não é, psicologicamente, que um pai mais poderoso.”⁵¹ Freud considerava o apelo humano pela religião uma genuína nostalgia por uma figura paterna imortal que presta zelo mesmo na vida adulta, após os tenros anos da infância, perpetuando o aconchego de um eterno “jardim da infância”. Ademais, as religiões conferem conforto à noção que sempre assolou a humanidade com verdadeiro horror: a morte. Afinal, o homem é o único animal capaz de ter noção, filosofar e inventar melhores desfechos sobre a própria finitude, pois “permanece vivo” no *post mortem*. Ao suprimir noções aterradoras – abolição da infância e morte – a religião é capaz de acalmar os mais “torturados corações”. Em “O futuro de uma ilusão”⁵², Freud postula a religião como uma ilusão fundada no desejo e considera que tende a desaparecer progressivamente do patrimônio cultural da humanidade, que se ocupará do inevitável progresso científico.

Nesta altura, vale destacar um dos objetivos deste trabalho – verificar se há aumento da ineficácia adaptativa dos estudantes de medicina nos diferentes anos da graduação. Em nossos resultados, não houve prevalência significativa de Adaptação Ineficaz entre os anos. Porém, em modelo ajustado, houve a constatação de que quanto maior o ano, menor a chance de Adaptação Ineficaz.

A literatura científica aponta dados de que a Adaptação Ineficaz ocorre predominantemente nos primeiros anos da faculdade e vários fatores podem estar adjacentes a esta situação de crise transicional, incluindo: a saída da proteção do lar de origem, a imersão em metodologia de ensino diversa àquela habitual, primeiras experiências da vida adulta, adaptação a uma nova cidade, entre outros.⁵³

A existência de um sistema de apoio psicológico e educacional ao estudante por meio de mecanismos já descritos que incluem uma psicóloga institucional ligada a PAC e o apoio de interlocutores específicos como os mentores, podem justificar o número de casos reduzidos com Adaptação Ineficaz Moderada ou Grave. Se há apoio educacional e psicológico garantidos, há a previsibilidade de benefícios emocionais por consequência.

Além disso, a utilização de métodos ativos de ensino aprendizagem incitam desenvolvimento da autonomia e o protagonismo individual. Como as atividades didáticas e pedagógicas são desenvolvidas em pequenos grupos, geralmente de dez

alunos, em variados cenários de práticas, a formação de vínculos e a identificação de estudantes com dificuldades específicas são facilitadas, corroborando para a eficácia adaptativa.³¹

A iniciativa dos cursos de medicina em mudar seu modo de ensinar se apoia no fato de que os métodos ativos de ensino aprendizagem provocam maior satisfação íntima e construção de atitudes necessárias ao estudante e futuro profissional: autonomia e postura ativa da construção da aprendizagem, raciocínio e decisões clínicas. Ou seja, não se trata apenas de um método de aprendizagem, trata-se de formação de um caráter profissional.⁵⁴

Esta é a questão fundamental deste método, a formação da personalidade profissional. Não é difícil supor que o efeito da formação da personalidade profissional se alastre para outros âmbitos da vida, pois os setores do funcionamento humano (A-R, Pr, Or e SC) influenciam-se mutua e dinamicamente.¹⁴ Neste contexto, vale ressaltar que a base psicológica de métodos ativos é consonante com a epistemologia genética, na qual os indivíduos, quando não obliterados em suas tendências naturais, têm uma disposição intrínseca de construir seu próprio conhecimento.³⁰

Ao que parece, a condição humana inata composta, segundo Freud, pela Epistemofília⁵⁵ (amor ao conhecimento), foi apreendida e manejada (talvez intuitivamente) na construção deste modelo de aprendizagem. Trata-se de um impulso inerente, característico do ser humano que, aliás, não necessita de razões para aprender, pois é conduzido a isso devido à satisfação pulsional alcançada⁵⁶. Podemos conjecturar que indivíduos que chegam a atravessar os longos anos dedicados ao estudo da medicina nas universidades, foram exitosos no emprego da própria epistemofília.

Portanto, foi possível observar que a PUC-SP, enquanto Universidade, dispõe de um sistema de apoio psicológico e educacional ao estudante. Na faculdade de medicina – onde prevalece alto nível de desafios educacionais e de aprendizagem, bem como a necessidade de assunção de condutas pertinentes à formação médica – mobiliza-se a disponibilizar acesso a suporte psicológico por meio da psicóloga institucional e apoio emocional e educacional através de interlocutores específicos como os mentores, que atuam do primeiro ao quarto ano do curso, assistindo a um grupo de mesmos dez alunos durante o período de maior vulnerabilidade, como se pode depreender de nossos achados. Vale a menção de que se há apoio educacional garantido, haverá previsibilidade de benefícios emocionais por consequência.

Ainda, podemos considerar que o emprego de métodos ativos de aprendizagem reduz o sofrimento psíquico.²⁸ Os alunos que experienciam esta metodologia de ensino aprendizagem, após vencerem as experiências iniciais impactantes de adaptação ao modelo, costumam experimentar ganhos emocionais.²⁸ Podemos aludir que experienciar uma etapa maior de sofrimento pode capacitar o aluno a desenvolver autonomia em seu aprendizado, gerando ganho narcísico essencial à vida mental e prazer.

6 CONCLUSÕES

A utilização do instrumento EDAO-AR foi capaz de identificar um percentual de estudantes de medicina adaptados e não adaptados, que não diferiu significativamente ao longo dos anos do curso, exceto no modelo ajustado. O funcionamento de estruturas protetivas como a aplicação do próprio currículo da FCMS e a existência de um núcleo de apoio psicológico e psicopedagógico ao estudante para fazer o acolhimento dos estudantes com dificuldades adaptativas deve ter contribuído para os achados de alta prevalência de adaptados, até porque os muito mal adaptados podem ter se omitido até de responder à pesquisa, já que a participação era voluntária. No entanto, todos os que mostraram falha adaptativa moderada foram devidamente encaminhados para acompanhamento psicológico. É relevante destacar que os principais fatores associados com adaptação ou não foram hereditariedade, gênero, religião e condições de moradia.

Como limitações do estudo devemos considerar o fato de ser a amostra de uma única faculdade de medicina de uma universidade particular e filantrópica do interior do estado de São Paulo, portanto, na região sudeste do País, que tem um currículo que utiliza métodos ativos de ensino e aprendizagem com uma conformação estrutural que propicia uma rede de apoio institucional aos alunos.

Assim, não se pode afirmar que encontrar-se-ia os mesmos achados em escolas públicas, em outros estados e que utilizam método tradicional no currículo. Nesse contexto, novas pesquisas devem ser realizadas para envolver amostras mais heterogêneas e representativas de universidades, públicas e privadas, de diferentes regiões do país. Por outro lado, é relevante observar que se obteve tamanho de amostra bastante significativo, pelo que se considera taxa habitual de resposta, com a participação significativa de estudantes de todos os anos, de tal sorte a permitir analisar e comparar as variáveis propostas a cada ano do curso.

Finalizando, os resultados encontrados por meio das análises quantitativas dos instrumentos de coleta de dados utilizados, revelam a situação atual da saúde mental dos estudantes de medicina da FCMS da PUC-SP.

REFERÊNCIAS

1. Figueiredo AC, Vieira MA. Psicanálise e ciência: uma questão de método. In: Beividas W, organizador. Psicanálise, pesquisa e universidade. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2002. p. 13–33.
2. Leitão IB. A construção do estudo de caso em psicanálise: revisão de literatura. Context Clín. 2018;11(3):410–24.
3. Nasio JD. Nos limites da transferência. Campinas: Papirus; 1987.
4. Freud S. Sobre a justificativa de se separar da neuratenia uma determinada síndrome intitulada “neurose de angústia”. 1895. (S.E., Vol. III.).
5. Freud S. Conferências introdutórias sobre psicanálise (1915-1916). Rio de Janeiro: Imago; 1996.
6. Freud S. Os instintos e suas vicissitudes. In: A história do movimento psicanalítico, artigos sobre a metapsiologia e outros trabalhos (1914-1916). Rio de Janeiro: Imago; 1996.
7. Freud S. Além do princípio do prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos (1920-1922). Rio de Janeiro: Imago; 1996.
8. Freud S. Obras completas de Sigmund Freud. V. XII: O caso Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos. São Paulo: Imago; 1996.
9. Laplanche J, Pontali J. Vocabulário de psicanálise. 8ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1985. p. 291.
10. Freud S. A herança e a etiologia das neuroses. In: Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1996.
11. Klein M. Amor, culpa e reparação e outros trabalhos. São Paulo: Imago; 1997.
12. Quinodoz JM. Ler Freud: Guia de Leitura em Freud. Porto Alegre: Artmed; 2007.
13. Simon R. Psicologia clínica preventiva: novos fundamentos. 2ª ed. São Paulo: EPU; 1989.
14. Simon R. Psicoterapia breve operacionalizada: teoria e técnica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.
15. Serralheiro RRA, Heleno MG V, Farhat CA V. Eficácia adaptativa: uma revisão sistemática das publicações brasileiras (2012 a 2016). Context Clín. 2018;11(2):232–42.
16. Peixoto EM, Yoshida EMP. Escala de eficácia adaptativa: evidências de validade com base na estrutura interna e normas interpretativas. Est Psicol. 2017;34(2):233–47.

17. Andrade JBC, Sampaio JJC, Farias LM, Sousa DP, Mendonça ALB, Moura Filho FFA. Contexto de formação e sofrimento psíquico de estudantes de medicina. Ver Bras Educ Méd. 2014;38(2):231–42.

18. Della Santa N, Cantilino A. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina: revisão de literatura. Rev Bras Educ Méd. 2014;40(4):772–80.

19. OPAS Brasil. “Suicídio é grave problema de saúde pública e sua prevenção deve ser prioridade”, afirma OPAS/OMS [Internet]. 2018 [acesso em 19 de dezembro de 2019]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5674:suicidio-e-grave-problema-de-saude-publica-e-sua-prevencao-deve-ser-prioridade-afirma-opas-oms&Itemid=839

20. Brasil. Ministério da Saúde. Novos dados reforçam a importância da prevenção do suicídio [Internet]. 2018 [acesso em 19 de dezembro de 2019]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44404-novos-dados-reforcam-a-importancia-da-prevencao-do-suicidio>

21. Collucci C. Medicina da USP se mobiliza após tentativa de suicídio [Internet]. Folha de São Paulo. 2017 [acesso em 18 de abril de 2018]. Disponível em: www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude

22. Santos LS, Ribeiro IJS, Boery EN, Boery RNSO. Qualidade de vida e transtornos mentais comuns em estudantes de medicina. Cogitare Enferm. 2017;22(4):4–10.

23. Ribeiro RC, Reinaldo ARG, Oliveira DPA, Rezende ACC, Estrela YCA, Rodrigues VR, et al. Relação da qualidade de vida com problemas de saúde mental em universitários de medicina. Rev Bras Qual Vida. 2018;10(1):1–13.

24. Dyrbye L, Thomas M, Shanafelt T. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. Acad Med. 2006;81(4):354–73.

25. Simon R. “O complexo tanatolítico” justificando medidas de psicologia preventiva para estudantes de medicina. Bol Psiquiatr. 1971;4(4):97–198.

26. Coelho-Filho JM, Soares SMS. Problem-based learning: application and possibilities in Brazil. Sao Paulo Med J. 1998;116(4):1784–5.

27. De Graaf E, Cowdroy R. Theory and practice of educational innovation through the introduction of problem-based learning in architecture. Int J Eng Educ. 1997;13:166–74.

28. Tenório LP, Argolo VA, Sá HP, Melo EV, Costa EFO. Saúde mental de estudantes de escolas médicas com diferentes modelos de ensino medical students’ mental health under different educational models. Rev Bras Educ Méd. 2016;40(4):574–82.

29. Meleiro AMAS. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina uma triste realidade [Internet]. 2017 [acesso em 23 de junho de 2017]. Disponível em: www.genmedicina.com.br/2017/05/29/suicidio-entre-estudantes-de-medicina-triste-realidade-dra-alexandrina-maria-augusto-da-silva-meleiro/
30. Carabetta Jr V. Metodologia ativa na educação médica. Rev Med. 2016;95(3):113–21.
31. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde. Projeto pedagógico do curso de medicina da PUC-SP. Sorocaba: PUC-SP/FCMS; 2018.
32. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. PAC-Setor de Atendimento Comunitário [Internet]. 2019 [acesso em 19 de dezembro de 2019]. Disponível em: <https://www.pucsp.br/pac>
33. Santos PL, Graminha SSV. Emotional and behavioral problems associated to low academic performance. Est Psicol. 2006;11(1):101–9.
34. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Pró-Reitoria de Cultura e Relações Comunitárias [Internet]. 2019 [acesso em 19 de dezembro de 2019]. Disponível em: <https://www.pucsp.br/procrc/ceccom-apresentacao>
35. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. PAC-Atendimento de Casos [Internet]. 2019 [acesso 19 de dezembro de 2019]. Disponível em: <https://www.pucsp.br/pac/atendimentos-de-casos>
36. Alves MC. Projeto de Lei do Senado nº 157, de 2017 [Internet]. 2017 [acesso em 19 de dezembro de 2019]. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/129276>
37. De Marco OLN. O estudante de medicina e a procura de ajuda. Rev Bras Educ Méd. 2009;33(3):487–92.
38. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
39. Alves VM, Silva ACP, Souza EVM, Francisco LCFL, Moura EL, Melo-Neto VL, et al. Suicide attempt in mental disorders (MeDi): Association with 5-HTT, IL-10 and TNF-alpha polymorphisms. J Psychiatr Res. 2017;91:36–46.
40. Abreu K, Lima MA, Kohlrausch E, Soares J. Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. Rev Eletrônica Enferm. 2010;12(1):195–200.
41. Andrade LHSG, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. Arch Clin Psychiatry. 2006;33(2):43–54.
42. Santos ÉG, Siqueira MM. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. J Bras Psiquiatr. 2010;59(3):238–46.

43. Ficher AMFT, Vansan GA. Tentativas de suicídio em jovens: aspectos epidemiológicos dos casos atendidos no setor de urgências psiquiátricas de um hospital geral universitário entre 1988 e 2004. *Est Psicol.* 2008;25(3):361–74.
44. Millan LR, Marco OLN, Rossi E, Millan MPB, Arruda PV. Alguns aspectos psicológicos ligados à formação médica. *Rev ABP-APAL.* 1991;13:137–42.
45. Machado CS, Moura TM, Almeida RJ. Estudantes de medicina e as drogas: evidências de um grave problema. *Rev Bras Educ Méd.* 2015;39(1):159–67.
46. Atique GS, Tristão CKI, Cristante L, Pina SEM, Franzin LS, Ribeiro DJ, et al. Consumo de álcool e drogas ilícitas entre estudantes de medicina, biologia e enfermagem. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba.* 2004;6(2):30–7.
47. Mesquita AM, Lemes AG, Carrijo MVN, Moura AAM, Couto DS, Rocha EM, et al. Depressão entre estudantes de cursos da área da saúde de uma universidade em Mato Grosso. *J Heal NPEPS.* 2016;1(2):218–30.
48. Lima M, Domingues M, Cerqueira A. Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina. *Rev Saúde Pública.* 2006;40(6):1035–41.
49. Bodenmuller JR, Silva E. Liderança em face das gerações Y e Z. *Rev Húmus.* 2019;9(25):230–46.
50. Levy AG, Scherer AM, Zikmund-Fisher BJ, Larkin K, Barnes GD, Fagerlin A. Assessment of patient nondisclosures to clinicians of experiencing imminent threats. *JAMA Netw Open.* 2019;2(8):e199277–e199277.
51. Freud S. Leonardo da Vinci e uma lembrança de sua infância (1910). In: *Cinco Lições de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago; 1996. p. 73–142.
52. Freud S. O futuro de uma ilusão. Rio de Janeiro: Imago; 1996. 11–64 p.
53. Tanaka MM, Furlan LL, Branco LM, Valerio NI. Medical students' adaptation in the early years of college. *Rev Bras Educ Méd.* 2016;40(4):663–8.
54. Pereira MAD. O sofrimento psíquico na formação médica: percepções e enfrentamento do estresse por acadêmicos do curso de medicina [tese]. [Goiânia]: Universidade Federal de Goiás; 2014.
55. Hinshelwood RD. Dicionário do pensamento kleiniano. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
56. Klein M. Estágios iniciais do conflito edipiano. In: *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos – 1921-1945*. Rio de Janeiro: Imago; 1996.

**APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- (TCLE) -
ESTUDANTES**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO - PUC-SP
FACULDADE DE CIENCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE - FCMS
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO NAS PROFISSÕES DA SAÚDE
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE**

Este é um convite para você participar da pesquisa intitulada “Condições de Saúde Mental de Futuros Médicos: Preâmbulos de uma Pesquisa com Estudantes de Medicina”, que tem como objetivos: Identificar situações de ineficácia adaptativa em estudantes de medicina da FCMS da PUC-SP por meio da aplicação de questionário chamado EDAO-AR; Verificar se há aumento da ineficácia adaptativa dos estudantes de medicina nos diferentes anos da graduação; e Formular projeto piloto educativo sobre Saúde Mental para professores da FCMS da PUC-SP por meio das necessidades identificadas nos estudantes.

Esta pesquisa faz parte de um projeto de Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Educação na Profissões da Saúde.

Sua participação neste estudo é voluntária e consiste em responder a 45 questões que descrevem várias situações de sua rotina. O questionário é autoaplicável e será necessário dispensar 30 minutos.

O estudo traz pequeno risco, já que ao responder perguntas sobre sua saúde mental, você poderá se deparar com situações ou sentimentos que lhe causem desconforto; e nesta situação, haverá a possibilidade de fazer uma pausa e só será continuado o trabalho se sentir-se disposto a isto.

Você poderá esclarecer eventuais dúvidas com a responsável pela pesquisa em qualquer momento. A pesquisadora responsável pela pesquisa é Camila do Amaral Fóz, que poderá ser encontrada no seguinte endereço: R: Coronel José Pedro de Oliveira, 530, sala 13, Jardim Faculdade, Sorocaba-SP, telefone (15) 997440302, e-mail: camilamaral@yahoo.com.br. Esta pesquisa está sob orientação da Profª Dra. Cibeles Isaac Saad Rodrigues, telefone 32129928, e-mail: cisaad@pucsp.br.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde, localizado na Rua Joubert Wey, nº 290, Jardim Vergueiro, Sorocaba, telefone

15-32129896, e-mail cepfcms@pucsp.br, atendimento de segunda-feira à sexta-feira, das 8:00h às 17:00h.

As informações obtidas e sua identidade serão mantidas em completo sigilo. É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo a você. Caso você apresente necessidade de atendimento psicológico e/ou psiquiátrico será devidamente apoiado e encaminhado para serviços de saúde mental da comunidade.

Sua participação não implica em qualquer custo, como também você não receberá pagamento pela participação.

As informações da pesquisa serão divulgadas e utilizadas para fins éticos.

Declaro ter sido suficientemente esclarecido a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim e que terei posse de uma via deste termo.

Assinatura do Aluno Participante

Data: ____/____/____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido desta participante para a inclusão neste estudo.

Camila do Amaral Fóz
Psicóloga Responsável pela Pesquisa
CRP 06/84747

Data: ____/____/____

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

DADOS DO RESPONDENTE

Nome completo: _____	
Sexo: () F () M () Outro _____	
Data Nascimento: _____	Idade (anos): _____
Telefone para contato com DDD: () _____	
Procedência: _____	
Estado Civil: () solteiro () casado/união estável () divorciado/desquitado () viúvo () outro _____	
Religião: () Sim () Não Qual? _____	
Etnia/Raça: _____	
Com quem reside? _____	
Ano da graduação na faculdade: 1º () 2º () 3º () 4º () 5º () 6º ()	
Tem história de doença mental? () Sim () Não Qual? _____	
Tem história de doença mental na família? () Sim () Não Qual? _____	
Utiliza drogas consideradas lícitas ou ilícitas? () Sim () Não Quais? Inclua fumo e álcool e quantidades. _____ _____	
Já pensou em desistir da faculdade? () Sim () Não Por quê? _____ _____	

ANEXO A - ESCALA DIAGNÓSTICA ADAPTATIVA OPERACIONALIZADA DE AUTO-RELATO - EDAO-AR

COMO RESPONDER À ESCALA

A EDAO-AR tem como objetivo avaliar a forma como você age em diferentes situações e como você se sente atualmente em relação à sua vida. Por isso, não tem respostas certas ou erradas. Cada item apresenta uma situação (em negrito), seguida de possíveis maneiras de enfrentar o problema.

- ☐ **Você deve assinalar com um x na coluna da esquerda a alternativa que mais se aproxima ao modo como você agiria na situação ou como você sente que é mais característico de você.**
- ☐ **Você deve responder apenas a uma das alternativas de cada item.**
- ☐ **Você deve responder a todos os itens, com sinceridade.**

Σ	R	Item
		1. Em festas e reuniões de amigos eu...
		fico à vontade e me divirto.
		fico ansioso e tenho dificuldade para me divertir.
		bebo tanto que geralmente passo mal ou apago antes do final da festa.
		2. Quando eu discordo de alguém eu...
		falo calmamente o que eu acho, para não brigar.
		evito falar sobre o que eu acho, para não ter briga.
		acabo brigando com a pessoa porque não aceito perder.
		3. Quando eu estou com raiva de alguém eu...
		deixo para falar depois que a raiva passou, para não me arrepender depois.
		acho melhor nem falar para não dar motivos para brigas.
		não sossego enquanto eu não me vingo.
		4. Quando eu preciso de alguma coisa eu...

		peço ajuda e mostro que estou agradecido, mesmo que a ajuda não tenha sido exatamente como eu queria.
		eu peço ajuda, mas acabo me arrependendo porque as pessoas não fazem as coisas do jeito que eu gosto.
		brigo com qualquer um que tente me impedir.
		5. Quando alguém não faz o que eu peço eu...
		fico com raiva, mas converso para saber por que não fez o que eu pedi.
		fico com raiva e acabo fazendo eu mesmo para não ter briga.
		fico com muita raiva e espero um momento para me vingar.
		6. Quando alguém me pede dinheiro eu...
		empresto se eu tenho certeza de que não vai me fazer falta.
		empresto, mas fico com medo de me fazer falta.
		não empresto mesmo sabendo que não vai me fazer falta
		7. Quando um amigo me diz que vai sair com outra pessoa eu...
		digo que tudo bem e proponho um outro dia para nos vermos.
		sinto ciúmes, mas não digo nada para ele não ficar chateado.
		invento que também vou sair com alguém, para ele também ficar com ciúmes.
		8. Quando eu quero alguma coisa eu...
		consigo esperar o tempo que for necessário para conseguir.
		vou atrás mesmo sabendo que não tenho chance de conseguir.
		faço qualquer coisa para conseguir realizar o que eu quero, mesmo que depois eu me prejudique.
		9. Quando alguma coisa dá errada para mim eu...
		fico chateado e procuro resolver o problema de outro jeito.
		fico chateado, mas não tento outra forma de resolver o problema.
		fico tão nervoso que não consigo pensar em mais nada.
		10. Quando eu gosto de alguém eu...
		mostro meus sentimentos por meio de palavras ou ações.

		tenho dificuldade em mostrar meus sentimentos por meio de palavras ou ações.
		não mostro de jeito nenhum meus sentimentos porque tenho medo da inveja dos outros.
		11. Quando estou com pessoas de minha família eu...
		me sinto à vontade para falar o que penso.
		só falo sobre coisas que eu sei que não vão causar problemas.
		me fecho e não falo nada porque sempre acaba em briga
		12. Quando eu preciso de ajuda eu...
		sempre peço a um amigo, porque sei que posso contar com ele.
		tenho dificuldade de pedir ajuda para um amigo, mesmo sabendo que posso contar com ele.
		não tenho nenhum amigo com quem contar.
		13. Com pessoas que eu não conheço (por exemplo, numa fila de ônibus ou de supermercado) eu...
		geralmente puxo conversa porque gosto de conhecer novas pessoas.
		puxo conversa, mas depois fico me sentindo mal.
		finjo que não ouvi quando alguém tenta puxar conversa porque tenho medo que ela queira saber da minha vida.
		14. Eu me considero uma pessoa...
		amada por pessoas importantes para mim (pai/mãe; marido/mulher; filho/filha).
		que não foi suficientemente amada por pessoas importantes para mim.
		que nunca recebeu amor verdadeiro das pessoas importantes para mim.
		15. Eu reconheço que...
		quero ser amado pelas pessoas importantes para mim.
		tenho dificuldade em aceitar que quero ser amado pelas pessoas.
		sou uma pessoa tão carente que preciso que todo mundo goste de mim.
		16. Quando eu percebo que alguém gosta de mim eu me sinto...
		bem e procuro retribuir mostrando que eu também gosto dele.
		mal, mas procuro não demonstrar.

		muito mal, porque não sei o que a pessoa viu em mim.
		17. Em situação de stress eu fico...
		nervoso, mas me controlo para resolver o problema.
		nervoso e acabo tendo dificuldade para resolver o problema.
		tão nervoso que perco totalmente o controle.
		18. Nos meus relacionamentos amorosos (namoro / noivado / casamento) eu...
		respeito a vontade do meu parceiro e sei ser respeitado.
		respeito a vontade do meu parceiro, mas dificilmente sou respeitado.
		sempre acabo impondo minha vontade.
		19. Quando eu fico nervoso eu...
		procuro entender o que me deixou nervoso para resolver o problema.
		tenho medo de perder o controle, mas isso nunca aconteceu.
		descarrego o meu nervosismo chutando e quebrando tudo ao meu redor.
		20. Quando eu preciso de ajuda eu...
		sempre peço a alguém de minha família porque sei que posso contar com eles.
		tenho dificuldade de pedir ajuda para alguém de minha família, mesmo sabendo que posso contar com eles.
		não peço a ninguém de minha família, porque sei que nunca posso contar com eles
		21. Quando alguém me agride sem motivos eu...
		fico com raiva durante algum tempo, mas depois eu me acalmo.
		eu enfrento a pessoa mas depois fico me sentindo mal.
		fico com tanta raiva que eu tenho vontade de matar a pessoa.
		22. Quando eu estou com meus amigos eu...
		falo sobre coisas de minha intimidade porque sei que posso confiar neles.

		falo sobre coisas de minha intimidade, porém não confio plenamente neles.
		nunca falo de coisas íntimas porque tenho certeza que eles vão comentar com outras pessoas.
		23. Quando tenho algum evento social (casamento, reunião de confraternização no trabalho ou na escola, batizado, etc.) eu...
		costumo ir e me sentir bem, mesmo que não conheça bem os outros convidados.
		só vou se tenho certeza de que vou encontrar amigos ou pessoas de minha família, pois não me sinto muito bem frente a estranhos.
		dou uma desculpa qualquer para me livrar da situação, porque me sinto muito mal onde há muitas pessoas, mesmo que sejam conhecidas ou de minha família.
		24. Quando uma pessoa me faz um favor eu...
		me sinto agradecido e procuro demonstrar por palavras e ações.
		me sinto agradecido, mas nem sempre expresso meus sentimentos de forma clara porque sou tímido.
		acho que não tenho que falar nada porque ela sabe que estou agradecido.
		25. Em reuniões de trabalho (ou grupos de estudo) eu fico...
		à vontade e colaboro ativamente.
		ansioso e tenho dificuldade para colaborar.
		de mau humor com o comportamento de outras pessoas que dão sua opinião, ou que querem aparecer.
		26. Em situações de trabalho (ou de estudo), quando eu discordo do meu chefe (ou professor) eu...
		dou minha opinião sempre que sou consultado.
		só dou minha opinião se eu tiver certeza de que estou certo.
		nunca dou minha opinião.
		27. Dentro da minha área de atuação, como profissional ou estudante, eu me sinto...
		capaz de assumir responsabilidades e de realizar bem a maioria das tarefas.

		capaz de assumir responsabilidades, mas nem sempre realizo bem as tarefas.
		incapaz para assumir responsabilidades, e por isso eu nem me esforço.
		28. Quando tiro férias eu...
		realmente me desligo do trabalho (estudo) e consigo me divertir ou descansar.
		acabo sempre perdendo alguns dias com trabalhos e tarefas profissionais.
		não me desligo do meu trabalho (estudo) e nem consigo me divertir ou descansar.
		29. No meu trabalho (ou estudo) eu costumo ficar...
		seguro com o resultado das minhas ações porque sempre procuro fazer o melhor possível.
		inseguro com o resultado de minhas ações, mesmo sabendo que tentei fazer o melhor possível.
		totalmente inseguro com o resultado de minhas ações, porque nunca sei qual é a melhor solução.
		30. Quando eu não estou trabalhando (estudando)...
		eu me concentro no que eu estou fazendo e me sinto bem assim.
		eu tenho dificuldade em me concentrar no que eu estou fazendo, porque estou sempre pensando em coisas do meu trabalho (estudo).
		eu não consigo me concentrar em nada, porque só fico pensando nas coisas que eu tenho para resolver.
		31. No trabalho (estudo) eu...
		consigo dar conta de todas as minhas tarefas sem grande esforço e desgaste.
		consigo dar conta de todas as tarefas, com grande esforço e desgaste.
		não consigo dar conta das minhas tarefas porque sou muito desorganizado.
		32. No meu emprego (curso) eu...
		aceito a colaboração de meus colegas, sempre que preciso de ajuda.
		só peço ajuda quando não consigo resolver sozinho.

		nunca peço a colaboração de ninguém para não ficar devendo nada a ninguém.
		33. Em situações de emergência no meu trabalho (estudo) eu...
		faço bem o que é preciso porque eu consigo controlar meu nervosismo.
		só consigo fazer o mínimo necessário e mesmo assim fico esgotado.
		fico travado e não consigo fazer nada.
		34. No meu trabalho (estudo) eu...
		só assumo responsabilidades que sei que serei capaz de cumprir.
		muitas vezes assumo tantas responsabilidades que depois tenho que fazer horas extras ou perder meus finais de semana para dar conta do recado.
		eu assumo tantas responsabilidades que não consigo terminar nenhuma delas.
		35. No meu trabalho (ou estudo) eu...
		consigo manter um bom ritmo sem me sentir estressado.
		consigo manter um bom ritmo, mesmo sabendo que para conseguir isso vou ficar estressado.
		não consigo manter um bom ritmo de trabalho porque estou sempre estressado.
		36. Quando eu quero alguma coisa profissionalmente (por ex.: mudar de cargo, mudar de emprego; fazer um curso de aperfeiçoamento) eu...
		consigo esperar a melhor oportunidade para tentar, sem me estressar.
		eu tenho medo de me dar mal e só arrisco depois de ter certeza que não vou me arrepender.
		desisto antes de tentar, para não me frustrar depois.
		37. Diante de dificuldades em meu trabalho (ou estudo)...
		se necessário, eu peço ajuda de um colega ou de um superior (professor).
		eu peço ajuda de um colega ou supervisor (professor), mas depois fico achando que deveria ter resolvido sozinho.
		eu nunca peço ajuda a ninguém porque me sinto muito humilhado.
		38. Na minha área de atuação (de estudo) eu...
		aceito bem minhas limitações porque acho que ninguém é perfeito.

		eu aceito mal minhas limitações, mas procuro resolver as coisas na medida do possível.
		costumo aceitar desafios impossíveis e depois não sei como resolver.
		39. Quando alguma coisa dá errada em meu trabalho (estudo) eu...
		procuro outra maneira de resolver a situação e quando dá certo, eu aprendo com a experiência.
		procuro outra maneira de resolver a situação, mas nem sempre aprendo com a experiência. tento resolver sempre da mesma forma porque sou muito teimoso.
		procuro outra maneira de resolver a situação, mas nem sempre aprendo com a experiência. tento resolver sempre da mesma forma porque sou muito teimoso.
		40. Na minha área de atuação profissional (estudo) eu...
		estou sempre procurando progredir e aproveitar as oportunidades.
		às vezes penso em procurar algo melhor, mas depois penso na segurança do meu emprego (curso) e acabo desistindo.
		mudo muito de emprego (curso) porque não sei bem o que eu quero.
		41. No meu emprego (curso) eu...
		sempre que possível, colaboro com meus colegas.
		procuro colaborar, mesmo quando não me pedem.
		nunca colaboro com meus colegas porque ninguém reconhece o meu esforço.
		42. Profissionalmente (ou nos meus estudos), eu me sinto...
		realizado porque eu faço aquilo que eu gosto.
		realizado, mas às vezes fico na dúvida se não teria algo melhor para eu fazer.
		frustrado, porque não tenho tempo para mais nada.
		43. Economicamente eu me sinto...
		realizado, porque ganho muito bem.
		realizado, mas sem tempo para fazer outras coisas.
		frustrado, porque ainda dependo de meus pais.

		44. No meu trabalho (ou estudo) eu me sinto...
		confiante porque costumo me organizar para fazer tudo com antecedência.
		confiante, mas às vezes não consigo me organizar para fazer as coisas com a antecedência que gostaria.
		tão confiante que nem preciso me organizar com antecedência para fazer as coisas.
		45. No trabalho (estudo)...
		tenho um bom rendimento porque sou organizado.
		meu rendimento é médio porque eu não sou muito organizado.
		meu rendimento é muito baixo porque eu sou muito desorganizado.

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS E DA SAÚDE DA
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE SÃO PAULO -
FCMS-PUC/SP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Condições da saúde mental de futuros médicos: preâmbulos de uma pesquisa com estudantes de medicina.

Pesquisador: CAMILA DO AMARAL FOZ

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 13845719.0.0000.5373

Instituição Proponente: Fundação São Paulo - Campus Sorocaba da PUC-SP Fac Ciências Med e da

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.628.526

Apresentação do Projeto:

O referido projeto faz parte do programa de Mestrado Profissional da PUC/ SP.

No resumo o trabalho apresenta que:

O aluno do curso médico é exposto a situações emocionais intensas que determinam intenso sofrimento psíquico e prejuízo no desempenho acadêmico. Existe uma alta taxa de suicídio entre médicos e estudantes de medicina e a literatura científica pertinente não identifica as principais tendências psíquicas corroborativas. Assim, os objetivos desta pesquisa são: na primeira fase, identificar situações de ineficácia adaptativa em estudantes de medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde (FCMS) da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) por meio da aplicação do instrumento Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada de Auto-Relato – EDAO-AR. A segunda fase propõe a formulação de projeto piloto educativo junto aos professores e gestores do curso médico da FCMS da PUC-SP, contextualizado e baseado nos dados levantados. Trata-se de estudo quantitativo (corte transversal), exploratório e interventivo com estudantes de medicina da FCMS da PUC-SP, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, do primeiro ao sexto ano, que aceitarem responder a EDAO-AR, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa institucional. Os dados obtidos com a ferramenta EDAO-AR serão analisados estatisticamente por meio da Prova de

Endereço: Rua Joubert Wey, 290

Bairro: Vergueiro

CEP: 18.030-070

UF: SP

Município: SOROCABA

Telefone: (15)3212-9896

Fax: (15)3212-9896

E-mail: cepfcms@pucsp.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS E DA SAÚDE DA
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE SÃO PAULO -
FCMS-PUC/SP



Continuação do Parecer: 3.628.526

ruskal-Wallis, utilizada para a comparação entre os grupos de alunos dos seis anos do curso. A proposta educacional interventiva com devolutiva dos resultados e problematização junto aos professores e gestores da FCMS da PUC-SP que concordarem em participar do projeto piloto será baseada no diagnóstico situacional. Espera-se como resultado que os dados obtidos através da análise quantitativa revelem a situação atual da saúde mental dos estudantes de medicina da FCMS da PUC-SP. Desta forma, será possível melhor avaliar as necessidades interventivas que possibilitem sensibilizar os gestores e professores quanto à necessidade de um projeto de apoio permanente.

As autoras partem da hipótese que os Estudantes de medicina têm maior propensão a apresentar falhas adaptativas, sendo uma das principais causas, a tendência ao "Complexo Tanatológico", bem como que o ano em que se encontra o estudante pode influenciar nas falhas adaptativas.

O presente trabalho é de caráter predominantemente quantitativo (corte transversal), exploratório e interventivo. Os estudos transversais são aqueles que se referem à situação de uma amostra populacional em um determinado momento, como um corte da realidade. Para o cálculo do tamanho da amostra com uma proporção representativa utilizou-se uma proporção esperada de adaptação ineficaz moderada + severa + grave = 26,5% (ou 0,265) e uma margem de erro de 21,5% (ou 0,215). Ainda, considerou-se um erro alfa de 0,05; um beta de 0,20. Verificou-se que serão necessários no mínimo 24 alunos por série (ano). O cálculo da amostra foi realizado pelo Professor Dr. Reinaldo José

Gianini, com experiência em estatística quantitativa, mediante a utilização do programa de software StataCorp 13.1. 5.2. Universo do Estudo 5.2.1 Estudantes de medicina da FCMS da PUC-SP, de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos, do primeiro ao sexto ano que aceitarem responder a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada de Auto-Relato (EDAO-AR), ANEXO A, após aprovação do CEP. Os alunos identificados como portadores de falha adaptativa serão encaminhados para atendimento psicológico no PAC da FCMS da PUC-SP e, de lá, para serviços especializados, quando este for o caso, visando a prevenção de eventos psíquicos graves. Este encaminhamento foi autorizado pelo Próreitor de Cultura e Relações Comunitárias, Professor Mestre Antônio Carlos Malheiros (ANEXO B). 2.2. Professores da FCMS da PUC-SP, de ambos os sexos, em atividades como Mentoria, Tutoria, Prática em Atenção à Saúde (PAS), Habilidades, atividades do internato ou de gestão direta do curso, que aceitem participar de intervenção

Endereço: Rua Joubert Wey, 290
Bairro: Vergueiro CEP: 18.030-070
UF: SP Município: SOROCABA
Telefone: (15)3212-9896 Fax: (15)3212-9896 E-mail: cepfcms@pucsp.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS E DA SAÚDE DA
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE SÃO PAULO -
FCMS-PUC/SP



Continuação do Parecer: 3.628.526

educativa piloto a ser construída de acordo com os achados encontrados nos questionários (EDAO-AR) aplicados nos alunos. Esta intervenção deverá utilizar metodologias ativas de ensino-aprendizagem abordando conteúdos sobre as dificuldades de adaptação dos alunos do curso médico. O projeto piloto educativo deverá contar com a participação de 10 professores.

O desfecho primário é que os dados obtidos através da análise quantitativa revelarão a situação atual da saúde mental dos estudantes de medicina da FCMS da PUC-SP.

Desta forma, será possível melhor avaliar as necessidades interventivas e sensibilizará os gestores, professores e preceptores quanto à necessidade de um projeto de apoio permanente.

Objetivo da Pesquisa:

Os autores informam que:

Objetivo Primário:

- Identificar situações de ineficácia adaptativa em estudantes de medicina da FCMS da PUC-SP por meio da aplicação do instrumento EDAO-AR;

Verificar se há aumento da ineficácia adaptativa dos estudantes de medicina nos diferentes anos da graduação.

Objetivo Secundário:

- Encaminhar os estudantes com falha adaptativa para atendimento psicológico, visando a prevenção de eventos psíquicos graves.
- Formular projeto

piloto educativo sobre Saúde Mental para professores da FCMS da PUC-SP por meio das necessidades identificadas nos estudantes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os autores informam que:

Riscos:

O estudo traz pequeno risco, já que ao responder perguntas sobre sua saúde mental, o aluno poderá se deparar com situações ou sentimentos que

lhe causem desconforto; e nesta situação, haverá a possibilidade de fazer uma pausa e só será continuado o trabalho se o aluno sentir-se disposto a isto.

Benefícios:

Endereço: Rua Joubert Wey, 290

Bairro: Vergueiro

CEP: 18.030-070

UF: SP

Município: SOROCABA

Telefone: (15)3212-9896

Fax: (15)3212-9896

E-mail: cepfcms@pucsp.br

**FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS E DA SAÚDE DA
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE SÃO PAULO -
FCMS-PUC/SP**



Continuação do Parecer: 3.628.526

Os dados obtidos através da análise quantitativa irá revelar a situação atual da saúde mental dos estudantes de medicina da PUC-SP. Desta forma, será possível melhor avaliar as necessidades interventivas e sensibilizará os tutores quanto à necessidade de um projeto interventivo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto é muito interessante e trará benefícios significativos para o curso de Medicina.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adendo ao Projeto

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomendo a Aprovação

Considerações Finais a critério do CEP:

Acatar

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_144129_9_E1.pdf	24/09/2019 12:24:40		Aceito
Outros	adendo.docx	24/09/2019 12:22:26	CAMILA DO AMARAL FOZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	broxuradopesquisador.docx	24/09/2019 12:21:41	CAMILA DO AMARAL FOZ	Aceito
Outros	clcibele.pdf	15/05/2019 16:18:40	CAMILA DO AMARAL FOZ	Aceito
Outros	clcamila2.pdf	15/05/2019 16:18:09	CAMILA DO AMARAL FOZ	Aceito
Outros	autorizacaocoordenacao.pdf	15/05/2019 15:11:18	CAMILA DO AMARAL FOZ	Aceito
Outros	autorizacaocep.pdf	15/05/2019 15:09:48	CAMILA DO AMARAL FOZ	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	23/04/2019 12:09:30	CAMILA DO AMARAL FOZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_detalhado.docx	23/04/2019 12:01:44	CAMILA DO AMARAL FOZ	Aceito

Endereço: Rua Joubert Wey, 290

Bairro: Vergueiro

CEP: 18.030-070

UF: SP

Município: SOROCABA

Telefone: (15)3212-9896

Fax: (15)3212-9896

E-mail: cepfcms@pucsp.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS E DA SAÚDE DA
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE SÃO PAULO -
FCMS-PUC/SP



Continuação do Parecer: 3.628.526

Investigador	Projeto_detalhado.docx	23/04/2019 12:01:44	CAMILA DO AMARAL FOZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	19/04/2019 11:11:12	CAMILA DO AMARAL FOZ	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

SOROCABA, 08 de Outubro de 2019

Assinado por:
Dirce Setsuko Tacahashi
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Joubert Wey, 290
Bairro: Vergueiro **CEP:** 18.030-070
UF: SP **Município:** SOROCABA
Telefone: (15)3212-9896 **Fax:** (15)3212-9896 **E-mail:** cepfcms@pucsp.br

**ANEXO C - AUTORIZAÇÃO PARA ENCAMINHAMENTO DOS ALUNOS COM
INEFICÁCIA ADAPTATIVA À PSICÓLOGA DA INSTITUIÇÃO**

A. de. Nicodim

Shelley

relato me usou-
fatos por conta de
poderei participar
reunindo os alunos.

ter por seguir a
partir desta proposta

de estudo.

Este estudo

de estudo.

Este atestado
 eu fiz durante uma
 jornada de trabalho
 atrel ?

06/03/18

Prof. Dr. Luiz Ferraz de Sampaio Neto
 Diretor da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde
 FCMS - PUC/SP

ANEXO D - SOLICITAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARA A PESQUISA

Sorocaba, 19 de junho de 2018.

Ilmo Sr. Prof.Dr. Luiz Ferraz de Sampaio Neto

Diretor da FCMS – PUC-SP

Prezado Professor,

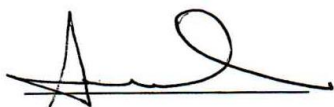
Estamos desenvolvendo um trabalho de Mestrado Profissional em Educação nas Profissões da Saúde da FCMS da PUC-SP intitulado "Condições de Saúde Mental de Futuros Médicos: Preâmbulos de uma Pesquisa com Estudantes de Medicina".

Pretendemos utilizar em nossa pesquisa o questionário EDAO-AR (Escala Adaptativa Operacionalizada de Auto Relato) para avaliar a eficácia adaptativa de estudantes do curso médico, instrumento validado pela Profa. Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida.

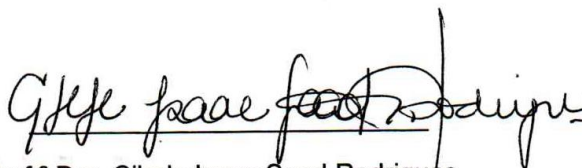
Já efetuamos contato coma psicóloga institucional, a Sra. Shelley Arruda Pinhal de Camargo, que concordou em receber os alunos identificados com crise adaptativa, adaptação ineficaz leve, grave, moderada e severa que requererão acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico.

No entanto, para que esta parceria seja firmada há a necessidade de autorização institucional e, por este motivo, solicitamos sua ciência e concordância.

Cordialmente,



Camila do Amaral Fóz



Prof.ª Dra. Cibele Isaac Saad Rodrigues

name
9/06/18

ANEXO E - AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

A PG. Camila e
Prof. Dr. Cibele,

Como poder-se-á ver
 constata-se nas mensagens
 trocadas nesta processo, (

é possível ver a

participação de Patr.

Shelley por a partir
 ficou - inclusive em
 alguns com transtornos
 diagnosticados durante o

Projeto de Pesquisa de

V.S., dando-lhes tra-

tamento / acolhimento,

melhor dizendo, a

semelhante de que
 se fez

desprestídeos dentro o
 Projeto de Pesquisa de
 V.D., dando-lhes tra-
 tamento / acompanhamento,
 melhor dizendo, à
 acompanhamento de pre-
 sepe

(continuando)

for com o
 demais alunos, como
 parte de sua atribuição
 de cargo.

21/10/18
 Prof. Dr. Luiz Antônio Campaio Neto
 Diretor da Faculdade de Medicina e da Saúde
 FCMS - PUC/SP

ANEXO F - AUTORIZAÇÃO PARA O USO DA EDAO-AR

26/03/2019

Yahoo Mail - Autorização para o uso da EDAO-AR

Autorização para o uso da EDAO-AR

De: Camila Amaral (camilamaral@yahoo.com.br)

Para: eyoshida@terra.com.br; eyoshida.tln@terra.com.br; eyoshida@puc-campinas.edu.br; cisaad@pucsp.br

Data: quarta-feira, 20 de junho de 2018 20:30 BRT

Ilma. Sra. Prof.^a Dra.
Elisa Medici Pizão Yoshida

Prezada Professora,

Estamos desenvolvendo um trabalho de Mestrado Profissional em Educação na Profissões da Saúde da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP, intitulado "Condições da Saúde Mental de Futuros Médicos: Preâmbulos de uma Pesquisa com Estudantes de Medicina".

Pretendemos utilizar em nossa pesquisa o questionário EDAO-AR para verificar a eficácia adaptativa de estudantes do curso médico, instrumento que foi validado por Vossa Senhoria.

Assim, gostaríamos de obter sua autorização para uso da escala em nossa pesquisa e, tempestivamente, quando do seu término, contar com sua preciosa colaboração na banca de defesa;

Cordialmente,

Camila do Amaral

Psicóloga Clínica
Nefrologia Supervisora Clínica
graduação da FCMS - PUC-SP
Psicoterapeuta Psicanalítica-USP
Sorocaba-SP
Psicoterapia Breve Operacionalizada Diretora do Departamento de Hipertensão da Sociedade Brasileira
de Nefrologia
Mestranda em Educação-PUC-SP
Clínica Médica
(15) 99744-0302
Sorocaba

Dra. Cibeles Isaac Saad Rodrigues

Prof.^a Titular do Departamento de Medicina -
Prof.^a de Bioética na pós-
Coordenadora Acadêmica do Hospital Santa Lucinda -
Presidente da Regional Sorocaba da Sociedade Paulista de
Prof.^a Fundadora da Liga de Nefrologia e Hipertensão de

20/06/2018

Yahoo Mail - Re: Autorização para o uso da EDAO-AR

Re: Autorização para o uso da EDAO-AR**De:** eyoshida.tln (eyoshida.tln@terra.com.br)**Para:** camilamaral@yahoo.com.br**Data:** quarta-feira, 20 de junho de 2018 22:52 BRT

Prezada Camila,
Agradeço o interesse pela EDAO-AR e autorizo o seu uso na pesquisa requisitada.
Atenciosamente,
Elisa Yoshida.

ANEXO G - DIAGNÓSTICO ADAPTATIVO - SOMATÓRIA, PONTUAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO (SIMON, 2005)

Grupo	Classificação Diagnóstica	Soma	Pontuação
1	Adaptação Eficaz	AR adequada + Pr adequada.= 3+2	5,0
2	Adaptação Ineficaz Leve	AR pouco adequada. + Pr adequada.= 2+2 ou AR adequada + Pr pouco adequada= 3+1	4,0 ou 4,0
3	Adaptação Ineficaz Moderada	AR pouco adequada + Pr pouco adequada = 2+1; AR adequada + Pr pouquíssimo adequada = 3+0,5 ou AR pouquíssimo adequada + Pr adequada = 1+2	3,0; 3,5 ou 3,0
4	Adaptação Ineficaz Severa	AR pouquíssimo adequada + Pr pouco adequada = 1+1 ou AR pouco adequada + Pr pouquíssimo adequada= 2+0,5	2,0 ou 2,5
5	Adaptação Ineficaz Grave	AR pouquíssimo adequada + Pr pouquíssimo adequada = 1+0,5	1,5

A **Escala Adaptativa Operacionalizada de Auto-relato – EDAO-AR** – elaborada por Yoshida (2013), conforme Anexo A está baseada na concepção de adaptação utilizada por Simon (1989), idealizador da **EDAO (Escala Adaptativa Operacionalizada)**.

Na avaliação da **EDAO-AR** são consideradas as respostas adaptativas do indivíduo circunscritas apenas nos **setores A-R e Pr**. Segundo Simon (2005), este critério é adotado porque sua experiência no emprego da escala revela que o setor A-R tinha maior influencia na totalidade adaptativa, além de interagir decisivamente nos outros três setores. O setor Pr assume o segundo lugar em relevância na determinação do conjunto da adaptação.

Por isso, a EDAO-AR é constituída por 45 itens divididos em: 24 itens para avaliar a qualidade da eficácia adaptativa do **setor A-R** e 21 para o **setor Pr**. Sua avaliação é feita em duas etapas, sendo elas:

Primeira etapa

As respostas dadas recebem:

- **valor 3** para a primeira resposta
- **valor 2** para a segunda resposta
- **valor 1** para a terceira resposta

Segunda etapa

As pontuações dos setores A-R e Pr são somadas e qualificadas em um dos grupos adaptativos.

Escores – Subescala A-R	Classificação
23 – 35	Pouquíssimo Adequada
36 – 55	Pouco Adequada
56 ≥	Adequada
Escores – Subescala A-R	Classificação
18 – 30	Pouquíssimo Adequado
31 – 42	Pouco Adequada
34 ≥	Adequada

Tabela – Classificação quantitativa da EDAO-AR

ANEXO H - LEI DA OFERTA OBRIGATÓRIA DE ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA E PSICOLÓGICA GRATUITA A MÉDICOS RESIDENTES E ALUNOS DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

Altera a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico residente, e a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que institui o Programa Mais Médicos, para tornar obrigatória a oferta de assistência psiquiátrica e psicológica gratuita a médicos residentes e a alunos de graduação em Medicina.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O § 5º do art. 4º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, passa a vigorar acrescido do seguinte inciso IV:

“Art. 4º

§ 5º

IV – assistência psiquiátrica e psicológica gratuita.

.....” (NR)

Art. 2º O § 7º do art. 3º da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, passa a vigorar acrescido do seguinte inciso III:

“Art. 3º

§ 7º

III – a oferta obrigatória de assistência psiquiátrica e psicológica gratuita aos alunos matriculados no curso de graduação em Medicina da instituição.” (NR)

Art. 3º Esta Lei entra em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação oficial.

Senado Federal, em 24 de abril de 2018.



Senador Cassio Cunha Lima
Primeiro Vice-Presidente do Senado Federal,
no exercício da Presidência

**ANEXO I - PROJETO DE LEI DA OFERTA OBRIGATÓRIA DE ASSISTÊNCIA
PSIQUIÁTRICA E PSICOLÓGICA GRATUITA A MÉDICOS RESIDENTES E
ALUNOS DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA**



SENADO FEDERAL
PARECER (SF) Nº 20, DE 2018

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, sobre o Projeto de Lei do Senado nº157, de 2017, da Senadora Maria do Carmo Alves, que Altera as Leis nº 6.932, de 7 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências; e nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências, para dispor sobre a assistência psiquiátrica e psicológica a ser oferecida a médicos residentes e a alunos de graduação em Medicina.

PRESIDENTE: Senadora Marta Suplicy

RELATOR: Senadora Lídice da Mata

11 de Abril de 2018



PARECER Nº , DE 2017

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, em decisão terminativa, sobre o Projeto de Lei do Senado nº 157, de 2017, da Senadora Maria do Carmo Alves, que *altera as Leis nº 6.932, de 7 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências; e nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências, para dispor sobre a assistência psiquiátrica e psicológica a ser oferecida a médicos residentes e a alunos de graduação em Medicina.*



SF/17262-49890-61

Relatora: Senadora **LÍDICE DA MATA**

I – RELATÓRIO

Vem ao exame da Comissão de Assuntos Sociais (CAS) o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 157, de 2017, de autoria da Senadora Maria do Carmo Alves, que estabelece a obrigatoriedade de prestação de assistência psiquiátrica e psicológica a médicos residentes e a alunos de graduação em Medicina. Para tanto, o PLS altera as Leis nº 6.932, de 7 de julho de 1981, que *dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências*; e nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, *que institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências.*

O projeto é composto de três artigos. O primeiro acrescenta o inciso V ao § 5º do art. 4º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, para incluir, entre as condições a serem garantidas ao médico residente, pela instituição responsável pelo programa de residência médica, a assistência psiquiátrica e psicológica gratuita.

O art. 2º do projeto altera a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, acrescentando ao § 7º do art. 3º os incisos III e IV, para tornar obrigatória a oferta de assistência psiquiátrica e psicológica gratuita aos alunos matriculados no curso de graduação em medicina; e determinar que esse atendimento poderá ser prestado por alunos dos cursos de graduação em medicina ou psicologia, desde que sob a supervisão de profissionais.

O art. 3º, a cláusula de vigência, determina que a lei originada do projeto entre em vigor cento e vinte dias após a data de sua publicação.

Na justificação da matéria, a autora reporta dados de estudo publicado no *Journal of the American Medical Association* (JAMA), prestigioso periódico médico, que analisou duzentos estudos, realizados em 43 países, sobre a prevalência de depressão e a ocorrência de ideação suicida entre estudantes de medicina. Segundo esse estudo, 27% dos estudantes de medicina sofrem de algum grau de depressão, e 11,1% relataram pensamentos suicidas. A autora também cita possíveis fatores de risco para a ocorrência desses agravos entre estudantes de medicina, como: forte competição para ingressar no curso; rigor acadêmico, privação de sono, exposição a situações clínicas traumáticas e distância de familiares e amigos. O conhecimento da farmacologia e o fácil acesso a medicamentos também foram lembrados como fatores facilitadores de tentativas de suicídio entre esses estudantes.

A matéria foi distribuída exclusivamente para a CAS, que decidirá sobre a matéria em caráter terminativo. No prazo regimental, não foram apresentadas emendas.



SF/17262.49890-61

II – ANÁLISE

Nos termos do inciso II do art. 100 do Regimento Interno do Senado Federal, compete à CAS apreciar o projeto no que tange à proteção da saúde. No presente caso, como a este colegiado cabe a decisão terminativa, também devem ser analisados os aspectos relativos à constitucionalidade, à juridicidade, à regimentalidade e à técnica legislativa da proposição.

Com relação ao mérito da matéria, concordamos com a autora da proposição quanto à necessidade de prover cuidados especiais à saúde mental de médicos residentes e estudantes de medicina do País, uma vez que há inúmeros estudos que evidenciam risco acrescido de ocorrência de depressão e suicídio nesse grupo populacional.

O problema da depressão e do suicídio entre estudantes de medicina foi tema do II Encontro Nacional de Conselhos de Medicina, em 2016. Segundo a psiquiatra Alexandrina Meleiro, membro da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e palestrante do encontro, estudos internacionais indicam que os médicos se suicidam cinco vezes mais que a população geral. Ainda de acordo com a psiquiatra, o risco de suicídio, seja na população geral, seja entre médicos, é quase sempre reconhecível e previsível. Entre os principais motivos para a alta taxa de suicídio dos profissionais médicos estão o acesso a meios mais eficazes de letalidade, o isolamento social – desde a faculdade –, a situação conjugal insatisfatória e a precária situação empregatícia.

Estudo recente realizado por Fernanda Brenneisen Mayer, pesquisadora da Universidade de São Paulo (USP), intitulado “Sintomas de depressão e ansiedade em estudantes de medicina – um estudo multicêntrico”, analisou os fatores determinantes da depressão e da ansiedade entre alunos de medicina. A pesquisa envolveu 1.350 estudantes de medicina, de 22 escolas médicas do País.

O estudo mostrou que 41% dos estudantes apresentaram sintomas depressivos, 81,7% apresentaram estado de ansiedade e 85,6% apresentaram traços de ansiedade. Outros sintomas frequentemente relatados foram cansaço, elevada autocobrança, irritabilidade e distúrbios do sono.



Esses dados evidenciam que o problema existe e é de grande magnitude e relevância. Assim, propostas de intervenção concretas para o seu enfrentamento devem ser adotadas.

Algumas iniciativas, semelhantes às propostas pelo projeto de lei em análise, já existem no País, a exemplo do Grupo de Assistência Psicológica ao Aluno, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), que funciona desde 1986. Portanto, evidencia-se como necessária e factível a medida proposta pelo PLS sob análise.

No entanto, há uma ressalva a fazer quanto ao mérito. Trata-se do inciso IV, incluído no § 7º do art. 3º da Lei nº 12.871, de 2013, que prevê a possibilidade de que o atendimento psicológico seja prestado por alunos dos cursos de graduação em medicina ou psicologia, desde que sob a supervisão de profissionais.

A nosso ver, essa não é uma medida adequada, pois poderia afetar de forma negativa o ambiente terapêutico e sujeitar a situações constrangedoras ou embaraçosas os alunos que buscassem o serviço. Isso porque a relação terapêutica exige, para o seu sucesso, um ambiente que favoreça o estabelecimento de vínculo de confiança, especialmente em relação à capacidade do profissional que assiste o paciente e à segurança com relação ao sigilo das informações. No entanto, a atenção psicológica prestada por colegas, com quem o aluno/paciente convive cotidianamente, em uma relação simétrica ou horizontal, não nos parece que favoreça a criação de um ambiente terapêutico capaz de ser continente de toda a dor, angústia e preocupações do estudante que necessita de atenção.

Por conseguinte, cremos que esse inciso deve ser suprimido, para que não haja indução legal a esse tipo de prática. Isso não impediria, contudo, que os programas que quisessem implantar um serviço de apoio psicológico aos estudantes de medicina, que contasse com a atuação de estudantes de graduação das áreas médica e psicológica, assim o fizessem.

Ademais, a determinação de que, para atuar, os alunos devem contar com a supervisão de profissionais, não precisaria constar da lei, pois já é uma obrigação legal. Alunos de graduação não podem atuar de forma autônoma, mas apenas sob a supervisão de um tutor acadêmico. A atuação



SF/17262.49890-61