

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

ADRIANA APARECIDA DE OLIVEIRA GODOI CIRINO

**CUIDADO INTEGRAL COM A PRÓPRIA SAÚDE: CONCEPÇÕES
DOS ESTUDANTES DE MEDICINA**

MARÍLIA

2013

ADRIANA APARECIDA DE OLIVEIRA GODOI CIRINO

**CUIDADO INTEGRAL COM A PRÓPRIA SAÚDE: CONCEPÇÕES
DOS ESTUDANTES DE MEDICINA**

Dissertação apresentada ao
Programa de Mestrado Profissional
em “Ensino em Saúde” da
Faculdade de Medicina de Marília,
para obtenção do título de Mestre.
Área de concentração: Ensino em
Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Magali Ap.
Alves de Moraes.

Co-orientadora: Profa. Dra. Elza de
Fátima Ribeiro Higa.

MARÍLIA

2013

ADRIANA APARECIDA DE OLIVEIRA GODOI CIRINO

CUIDADO INTEGRAL COM A PRÓPRIA SAÚDE: CONCEPÇÕES DOS
ESTUDANTES DE MEDICINA

Dissertação apresentada ao
Programa de Mestrado da
Faculdade de Medicina de
Marília, para obtenção do título
de Mestre em Ensino em
Saúde.

COMISSÃO EXAMINADORA:

Profa. Dra. Magali Aparecida Alves de Moraes
Faculdade de Medicina de Marília

Profa. Dra. Roseli Vernasque Bettini
Faculdade de Medicina de Marília

Prof. Dr. Luiz Roberto Millan
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Data da Aprovação: _____

Dedicatória

À Deus, o criador de tudo, pela vida e por me permitir gerar vidas!

Ao meu marido, pela nossa família, pelo amor, tolerância e por sempre querer me ver crescer!

Ao nosso filho Felipe, que me fez mãe, que me enriquece a vida todos os dias, que ama estudar e pesquisar, brincar e lutar!

À nossa filha Giovana, meu presente de Deus, que alegra o meu viver com seu sorriso espontâneo, seu jeito forte e doce.

Ao meu pai, fonte de afeto inesgotável, de amor e paciência, que me ensinou a amar a vida e a natureza.

A minha mãe, símbolo de força, coragem e determinação, de acolhimento e de incentivo ao crescimento.

AGRADECIMENTOS

À Magali Ap. Alves de Moraes, minha orientadora, por me aceitar como sua orientanda, por me ensinar a aprender a aprender e me ajudar a pensar. Pelo jeito afetivo e firme com que conduziu essa produção. Obrigada pela parceria, pelo companheirismo e pela generosa disponibilidade em estar junto.

À Profa. Elza de Fátima Ribeiro Higa, por me ajudar a gostar de filosofia, pelo incentivo nas horas difíceis, pelo apoio e pelas importantes contribuições teóricas. Por lembrar-me que o processo criativo pode ser muito prazeroso!

Aos coordenadores, professores e colegas do Mestrado Profissional pela interação, pelas ricas discussões e pela generosa troca de conhecimento.

À Roseli Vernasque Bettini, antiga incentivadora desse processo, que vem acompanhando meu caminhar já há muitos anos, obrigada pelo afeto e por generosamente compartilhar e ampliar meu olhar nesse momento.

À Mara Quaglio Chirelli professora e integrante da banca de qualificação, símbolo de profundidade, seriedade e compromisso.

Ao professor Luiz Roberto Millan, pela disponibilidade em me auxiliar nesse momento e por me oferecer uma oportunidade de maior aproximação com a psicanálise, neste trabalho.

Aos meus pais, José e Mirtes pela vida, pela educação e pela força para que eu realize meus sonhos.

À minha irmã Fabiana e meu irmão Rodrigo, pelas palavras de incentivo e por torcerem por mim!

À minha sogra, Dna. Luzinette, pelo apoio e constante incentivo para meu amadurecimento profissional.

Aos cunhados Ana Silvia e Saulo Cirino, familiares Lucia e Evandro, Maria Alice e Horácio, à querida Dona Dirce pelos momentos de descontração e boas conversas!

À Gisele De Marchi, amiga, colega de consultório, que tolerou meus dias de mau humor, ao ter que trabalhar até tarde, que me ajudou a pensar e a clarear ideias e a conter minhas angústias.

Ao seu Benedito, porteiro do Edifício Rio Negro, onde se localiza o meu consultório e onde eu trabalhava nos finais de semana. O senhor me dava a segurança que eu precisava ao sair do trabalho e a motivação para continuar.

A dona Lázara, sábia e tranquila funcionária! Obrigada por cuidar da minha casa e da minha família em minha ausência.

Aos casais: Carlos e Beatriz, Andrea e Luiz, Andréia e Adriano, Luana e André, amigos que moram em meu coração e que toleraram minhas ausências, sempre me dando força.

À Dora e ao seu irmão Levi, à Bruna, Sarah, Carol, Camila, Natália e Luiza, amigas que brincavam com minha filha enquanto eu trabalhava, que tranquilidade saber que ela estava com vocês! Grata aos pais dessas adoráveis crianças!

Ao Iuri, Cauê, Lucas, Eduardo, Gabriel e Mateus amigos do meu filho que brincavam com ele enquanto eu estudava. Que felicidade ver o Felipe voltar cansado e empolgado de tanto brincar! Grata aos seus pais pela acolhida.

A Josi, Lauro e Ana Laura, por me “socorrerem” em momentos de necessidade.

A Carla Oléa, minha analista: não tenho palavras para expressar minha profunda gratidão!

A Elaine Fregollente e Lucia Akemi: companheiras diárias no NAC e no início de todo esse processo, ajudando nesse percurso com ideias e alternativas rápidas e proveitosas. Símbolos de eficiência e dedicação ao trabalho.

Lucia Furlan, chefe do NAC, um exemplo de eficiência, dedicação e habilidade para exercer a função de gestora.

Aos pacientes do NAC e aos funcionários e gestores da FAMEMA: que confiaram no meu trabalho, com quem compartilhei momentos intensos e de singular importância para nossas vidas. Quantas trocas, quanto aprendizado, quantas mudanças! Minha eterna gratidão!

Aos pacientes do consultório, que há muitos anos me permitem compartilhar momentos inenarráveis, aventuras indescritíveis pela mente humana e me fazem amar cada dia mais minha profissão, a psicanálise e estar junto com vocês! De vocês renasce a vontade de ensinar... e de ser alguém melhor a cada dia.

À Dra. Kátia Burle por estar presente em muitos momentos de crescimento profissional e pessoal, pela confiança no meu trabalho e pelo constante incentivo. Minha imensa gratidão e admiração por quem você é e pela seriedade com que trabalha com a Psicanálise.

À Lizete, do Nuadi, pela força e coragem que até hoje se fazem presentes em mim. Ao Mateus pelo jeito tranquilo e acolhedor. E a Paola pela agilidade e bom humor, em horas difíceis desse trabalho.

À Aline, Helena e Jô da biblioteca por me socorrerem nos momentos de total desconhecimento.

À Famema por disponibilizar documentos, por me dispensar para viver esse intenso momento de crescimento que foi o Mestrado.

Aos estudantes de medicina da Famema que participaram da pesquisa de forma tão colaborativa e espontânea! Foi muito bom estar com vocês! Desejo que se desenvolvam cada vez mais como profissionais e como pessoas...

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para minha realização pessoal e profissional.

“A alma é o cenário onde os pensamentos caminham. Os pensamentos que não caminham ficam doentes, à semelhança do corpo que não caminha”.

(Rubem Alves, Cenas da Vida, 1997).

CIRINO, A.A.O.G. **CUIDADO INTEGRAL COM A PRÓPRIA SAÚDE: CONCEPÇÕES DOS ESTUDANTES DE MEDICINA.** 2013. Dissertação (Mestrado “Ensino em Saúde”. Faculdade de Medicina de Marília, FAMEMA, Marília, 2013.

RESUMO

É conhecido que o curso de medicina é longo e exige muitas horas de estudo, privações e contato com o processo de saúde e doença, vida e morte. Inúmeros estudos apontam para o desgaste físico e psicológico que o estudante está exposto ao longo da graduação, podendo levá-lo a adoecer. Os objetivos desse estudo foram analisar quais as concepções dos estudantes de medicina quanto ao cuidado integral com a própria saúde durante o curso de graduação e identificar as ações pedagógicas existentes nesse sentido promovidas pela faculdade. Neste trabalho, de abordagem qualitativa, foram utilizados dois procedimentos na coleta de dados: análise documental e entrevistas semiestruturadas. Analisamos os dados através da análise de conteúdo temática. Discutimos os achados segundo os referenciais da integralidade do cuidado e da saúde dos estudantes de medicina. Foi possível verificar que o currículo da Famema aborda questões preventivas sobre cuidado integral com a saúde do estudante de forma prescrita, no manual de série do internato e nos casos de tutoria. Os estudantes concebem cuidado integral com a própria saúde como cuidar dos aspectos biopsicossociais e ressaltam o papel do professor, da faculdade e do sistema de saúde como fatores que além do próprio sujeito, podem interferir no cuidado integral de si. Concluímos que há estudantes que valorizam o cuidado integral com a própria saúde e percebem práticas nesse sentido, outros não. Rever o currículo para que o tema seja abordado de forma contínua e significativa e criar outros espaços que possibilitem refletir, são nossas sugestões.

Palavras-chave: Estudantes de medicina. Promoção da Saúde. Educação Médica. Aprendizagem baseada em problemas.

ABSTRACT

It's well known that the medicine course is long and demands many hours of study, deprivation and contact with the health-disease, life-death process. A number of studies indicate the physical and psychological wear to which students are exposed throughout graduation, and which can lead to illness. The objectives of this study were to assess what are the medical students' conceptions as to comprehensive care with one's own health during the course and to identify the existing pedagogical actions which are promoted by the medical school in this sense. In this study, with a qualitative approach, two procedures were used to collect data: documentary analysis and semi structured interviews. We've analyzed the data through the theme content analysis. We've discussed the findings according to the referential of integrality of the health and care of medical students. It was possible to ascertain that the Famema curriculum addresses preventive questions about comprehensive care with the student health in a prescribed form, as in mentoring and internship guides. The students conceive comprehensive care with their own health, such as caring for the biopsychosocial aspects and highlight the role of teachers, school and health system as factors that, apart from the student itself, can interfere in one's comprehensive care. We concluded that there are students who valorize comprehensive care with their own health and notice practices in this sense and others don't. Reviewing the curriculum so that the theme is addressed in a continuous and significant way and creating spaces which make it possible to consider the theme are our suggestions.

Key words: Medical students. Health Promotion. Medical Education. Problem Based Learning.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	32
TABELA 1: Caracterização dos sujeitos	53
TABELA 2: Caracterização dos estudantes por idade e série	53
TABELA 3: Relação número de casos de tutoria e temas sobre cuidados com a saúde do estudante.....	57

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Grade curricular, cursos de medicina e enfermagem	46
QUADRO 2 – Problemas de tutoria da 1ª. série que contemplam assuntos sobre cuidados com a saúde do estudante	59
QUADRO 3 – Problemas de tutoria da 2ª. série que contemplam assuntos sobre cuidados com a saúde do estudante	60
QUADRO 4 – Problemas de tutoria da 3ª. série que contemplam assuntos sobre cuidados com a saúde do estudante	61
QUADRO 5 – Problemas de tutoria da 4ª. série que contemplam assuntos sobre cuidados com a saúde do estudante	62
QUADRO 6 – Caderno de série que preconiza assuntos sobre cuidados com a saúde do estudante	63
QUADRO 7 – Temas abordados na graduação, na percepção dos estudantes	92

LISTA DE ABREVIATURAS

ABP	Aprendizagem Baseada em Problemas
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
FAMEMA	Faculdade de Medicina de Marília
LPP	Laboratório de Prática Profissional
NAC	Núcleo de Apoio aos Colaboradores
NUADI	Núcleo de Atendimento ao Discente
UES	Unidades de Ensino Sistematizadas
UPP	Unidade de Prática Profissional

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	15
1.1	Objetivo Geral	18
1.2	Objetivos Específicos	18
2.	REFERENCIAIS TEÓRICOS	19
2.1	O cuidar e o cuidado	19
2.2	Integralidade	25
2.2.1	Breve histórico: integralidade no ensino e na saúde	25
2.2.2	Integralidade do Cuidado	28
2.3	O estudante de medicina	35
2.3.1	A saúde do estudante de medicina	41
3.	A FAMEMA – CAMPO DE PESQUISA	42
3.1	Aprendizagem baseada em problemas (ABP) e problematização no currículo do curso de medicina	47
4.	MÉTODO	50
4.1	Procedimentos éticos	50
4.2	Trajectoria metodológica	50
4.3	Coleta de dados	50
4.3.1	Primeira etapa: os documentos	51
4.3.2	Segunda etapa: as entrevistas	52
	a) Sujeitos	52
	b) Procedimento das entrevistas	53
4.4	Análise dos Dados	54
	a) Análise documental	55
	b) Análise das entrevistas	56

5.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	57
5.1	Análise documental	57
5.2	Análise das entrevistas	66
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
	REFERÊNCIAS	106
	ANEXO A	111
	Protocolo do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília	
	APÊNDICE A	112
	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
	APÊNDICE B	114
	Roteiro para entrevista com estudantes da Famema	

1. INTRODUÇÃO

É fato notório que o ingresso no curso de medicina no Brasil é usualmente resultado de muitos anos de estudo e dedicação e, assim sendo, trata-se de momento especial, muito comemorado pelo estudante e por sua família. O acadêmico de medicina é considerado pela sociedade um vencedor, após ter enfrentado disputa acirrada com outros tantos jovens na busca por formar-se médico, profissão esta de reconhecido valor social.

Sabe-se também que o curso é longo e exige muitas horas de estudo, dedicação integral, várias privações e contínuo contato com os processos de saúde e doença, vida e morte. Inúmeros estudos apontam para o desgaste físico e psicológico que o estudante, geralmente adolescente, está exposto ao longo da graduação podendo levá-lo a adoecer.¹⁻²⁻³

A motivação para buscar compreender as concepções dos estudantes de medicina com relação aos cuidados destinados à própria saúde surgiu do atendimento psicológico a adolescentes e adultos em clínica particular e do envolvimento com o trabalho realizado no Núcleo de Apoio aos Colaboradores (NAC). Este serviço, criado em 2004, tem por objetivo oferecer suporte psicológico e social aos profissionais da saúde da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). Dessas experiências surgiram observações e questionamentos que nos levaram a desenvolver essa pesquisa.

Ficou evidenciado ao longo desse tempo que enquanto muitos profissionais e estudantes mostravam preocupação em cuidar do outro e de si mesmo, destinando atenção, tempo e práticas para com a sua saúde física, mental e social, tanto no âmbito preventivo quanto no terapêutico, outros “trilhavam o caminho inverso”, destinando maior atenção, cuidados físicos e por vezes psíquicos aos seus pacientes em detrimento do cuidado com a própria saúde, nas suas várias dimensões.

O contato com estes movimentos mentais nos motivou a empreender este estudo, buscando analisar as concepções e as ações dos estudantes de medicina com relação ao cuidado integral de si mesmo – aqui compreendido como cuidar dos aspectos biológicos, psíquicos e sociais.

Questionamos se o estudante acolhe, respeita e atende às suas necessidades de vida e de saúde no seu cotidiano, ao longo do curso de graduação. Buscamos também apontar o que a instituição prescreve, em seu planejamento pedagógico, sobre os cuidados com a saúde dos estudantes. Assim, colocamos em discussão as possíveis relações entre o que é oferecido efetivamente pelo curso e as concepções e as atitudes dos estudantes. Considerando que o estudo foi realizado em uma faculdade que alterou seu currículo e método de ensino/aprendizagem, com a proposta inovadora de formar estudantes com papel mais ativo - sujeitos de seu aprender e fazer - questionamos também o quanto esses acadêmicos se sentem sujeitos do processo de cuidar da própria saúde. Utilizamos, para embasar essa discussão e seus desdobramentos, os referenciais de integralidade do cuidado e os da saúde dos estudantes de medicina no Brasil.

Acreditamos que o cuidado com a própria saúde seja imprescindível para que o cuidado com os outros também ocorra com qualidade, podendo sua ausência trazer reflexos à própria atividade profissional.

Compartilhamos da premissa de que, “... em toda população há indivíduos sujeitos a *fatores de risco* para adoecer, com maior ou menor frequência e com maior ou menor gravidade”⁴, que existem diferentes possibilidades de produzirem condições para sua saúde e que há grupos que exigem ações e serviços de natureza e complexidade variadas. Assim sendo, compreendemos que analisar como os estudantes de medicina concebem o cuidar de si e como percebem suas atitudes aponte a intenção, em última instância, de “...produzir progressivamente melhores estados e níveis de saúde”⁴ desses indivíduos, para que possam melhor atender aos outros indivíduos. Trata-se de buscar, em conjunto com a faculdade, a prevenção e a redução de riscos de doenças e outros agravos a saúde dos estudantes, futuros profissionais que cuidarão além de outras pessoas, das coletividades.⁴

“Cuidar de si, da saúde física e mental, buscando seu bem estar como médico e cidadão”. Esta premissa está presente nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCN), que vem

para formalizar várias mudanças na formação médica, as quais serão abordadas posteriormente⁵.

Nesta dissertação o leitor irá encontrar ainda, no primeiro capítulo, os objetivos (gerais e específicos) do trabalho. No capítulo 2, trazemos os referenciais teóricos apoiados nos constructos filosóficos acerca do cuidar de si, segundo Foucault, e sobre o cuidado de acordo com Heidegger, na tentativa de direcionar a compreensão do sentido dessas ações na vida contemporânea. O cuidar de si para cuidar bem do outro abrirá a conexão para as reflexões sobre a “integralidade do cuidado”, onde levantamos um breve histórico sobre o assunto. Essa discussão, pela sua própria origem e fundamentação, trata essencialmente do cuidado com o outro, favorecendo o contraponto sobre o cuidado com a própria saúde de quem cuida. Encerramos esse capítulo abordando a saúde do estudante de medicina e os seus aspectos psicológicos, as privações e aquisições que vão ocorrendo ao longo de sua formação e a relação com a adolescência.

No capítulo 3, são introduzidos o campo da pesquisa (a FAMEMA), o currículo do curso de medicina e os métodos de ensino/aprendizagem integrados, assim como os serviços de atendimento aos estudantes.

O capítulo 4 traz os procedimentos éticos e legais, descrevendo o percurso metodológico da investigação, a coleta dos dados, os documentos selecionados e as entrevistas. Ainda nesse capítulo, inserimos as análises realizadas e seus desdobramentos. No capítulo 5 temos os resultados e as discussões da análise documental e das entrevistas.

No capítulo 6 apresentamos as considerações finais. Na sequência estão as referências, os anexos e os apêndices.

1.1. OBJETIVO GERAL

Analisar as concepções dos estudantes de medicina da FAMEMA quanto ao cuidado integral com a própria saúde, durante o curso de graduação.

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

✓ Identificar nos documentos institucionais e nas propostas pedagógicas, como a faculdade insere o tema “cuidado integral com a saúde dos estudantes”.

✓ Identificar as concepções que os estudantes de medicina têm sobre o cuidado integral com a própria saúde.

✓ Identificar as percepções dos estudantes sobre suas práticas no cuidado integral com a própria saúde.

✓ Identificar as opiniões dos estudantes sobre como o curso aborda o cuidado integral com própria saúde, no processo de formação.

2. REFERENCIAIS TEÓRICOS

2.1 O CUIDAR E O CUIDADO

Cuidar é intrínseco à existência humana e está a favor da preservação da vida. As práticas de cuidado existem desde as origens do humano, sempre associadas à manutenção e sobrevivência das pessoas e dos grupos, através de ações de manutenção da espécie⁶.

“Sem o cuidado o ser humano deixa de ser humano. Se não recebe cuidado desde o seu nascimento até sua morte, [...] desestrutura-se, definha, perde o sentido e morre”⁷.

Cuidado implica em afetividade, condição esta dos seres humanos de afeiçoar-se ao outro, formar laços, vincular-se e de amar. De destinar um tempo ao outro, que passa a ter valor e importância⁷.

Cuidar é uma palavra originária do latim *cogitare* e em português denota “atenção, cautela, zelo e desvelo”⁸. É definido também como “cogitar, pensar, ponderar, realizar (alguma coisa) com atenção”. O cuidar pode ser destinado a outrem, “preocupar-se com; ter cuidados com saúde, bem-estar [...] conservação de; tomar conta de”. Representa ainda, “qualquer atividade desenvolvida por um ou ambos os progenitores com o objetivo de proteger e manter a sua prole até que ela se desenvolva e possa sobreviver por si”⁹.

O humano é capaz de cuidar e de ser cuidado, de cuidar de si e do outro a quem deseja preservar.

Do ponto de vista filosófico, Michael Foucault¹⁰, filósofo francês, abordou o tema “cuidado de si”, publicado no Brasil, com o título “*A Hermenêutica do Sujeito*”, quando ministrou seu último curso no Collège de France, em 1982. Abrimos aqui um parêntese. É muito interessante o fato de que Foucault já inicia a primeira aula de seu curso propondo uma pausa após algumas horas, a fim de não cansar o ouvinte e de poder descansar também. É bem conhecido que os momentos de descanso, de pausas ao longo do dia, com o intuito de evitar a saturação mental e física, são atitudes que podem

colaborar com o bem estar das pessoas. Compreendemos essa proposta do filósofo como um cuidado do professor com os estudantes e consigo mesmo.

Foucault fez uma análise sobre cuidado de si mesmo, termo complexo que perdurou longinquamente na cultura grega (*epimeléia heautou*), compreendido em suma como ocupar-se, preocupar-se consigo mesmo. Utilizou inicialmente para essa análise o diálogo de Sócrates em *Alcibíades*. Nesse diálogo, Platão questiona a autoridade conferida aos jovens governantes por pertencerem a aristocracia ou possuírem grande fortuna e pergunta se apenas esses atributos os “dotam de autoridade para governar como convém”¹⁰. Problematiza com Alcibíades, jovem ateniense, sua própria condição, uma vez que Alcibíades desejava governar, porém nunca havia pensado no sentido do que desejava.

O deslocamento da questão política para o cuidado de si ocorre quando Sócrates sustenta a necessidade de ocupar-se consigo mesmo para governar os outros. Porém o que significa a expressão cuidar de si mesmo? Quando é que o homem cuida de si? Chega-se assim ao preceito délfico “conheça-te a ti mesmo (*gnôthi seauton*), pois só assim tereis condições de governar ao outro”.

De cuidado de si, desdobra-se a questão do si, do nosso eu, do que somos, que enquanto permanecer sem resposta clara, “não nos permitirá bem governar os outros e reger a cidade”¹⁰. Sócrates vai dizer então que a (*psykhê*), a alma, é o que precisa ser cuidada. Ocupe-se com sua alma para que ela se torne o melhor possível. Para Foucault, nesse momento, chegaríamos à concepção de sujeito.

O cuidado de si passa pela relação com o Outro, não há cuidar de si sem a presença de um mestre, como o foi Sócrates para Alcibíades, ao ocupar-se com sua alma, com seu não saber sobre si e sobre o significado de governar.

Na época helenística e, sobretudo, na época romana, durante os séculos I e II, a dialética “cuidado de si enquanto cuidado com a alma e com o corpo” se destacou e ficou evidenciada. A questão das técnicas de si, do

tempo que deve ser dedicado ao próprio cuidado, tornam-se muito importantes. Foucault escreve que esse tempo não é vazio, mas povoado por exercícios, tarefas práticas, atividades diversas, como: [...] exercícios de memorização de princípios, cuidados com o corpo, regimes de saúde, exercícios físicos sem excesso, satisfação das necessidades, meditações, leituras, anotações e ainda conversas com um confidente, amigo, guia ou diretor da alma¹¹.

Segundo Ventura¹², essas técnicas permitiriam ao sujeito transformar-se a fim de alcançar um estado de felicidade, de pureza, de sabedoria. Por cuidado de si entendia-se uma noção plural, de diversas atividades do indivíduo sobre si mesmo. A prática destas técnicas resultava em uma reflexão sobre os modos de vida e sobre as escolhas de existência de cada pessoa. “Desta forma, a estética da existência pensada como uma ética do cuidado de si, que se efetua em atos e ações para consigo e para com os outros, está implicada diretamente na produção inventiva de si (novas formas de subjetivação), fazendo da sua própria vida uma obra de arte, assim como também está implicada na capacidade de transformação do mundo que o cerca”¹².

Retomando Foucault, com o desenvolvimento e o estabelecimento do Cristianismo, vários elementos da cultura do cuidar de si são modificados em nome das práticas religiosas. São colocadas a serviço do poder pastoral, à medida que o cuidado de si se transforma no cuidado com os outros. Porém a salvação da alma ainda continua sendo objeto de cuidado, não desaparecendo por completo. “Ocupar-se de si foi, a partir de certo momento [considerado] como uma forma de amor a si mesmo, uma forma de egoísmo ou de interesse individual em contradição com o interesse do que é necessário ter em relação aos outros ou com o sacrifício de si mesmo”¹⁰.

A salvação no Cristianismo é realizada através da renúncia a si mesmo¹¹. Porém, ao tratar da história das práticas de si, Foucault foi mostrando como o cuidado de si apresenta uma articulação necessária para com o cuidado dos outros, através da comunicação, da palavra e da escrita. Num contexto mais amplo, cuidar de si está a favor de práticas sociais,

constituindo uma verdadeira resistência à imposição de formas de ser sobre o outro, muito comuns nas relações de poder.

Para os gregos, ser livre era não ser escravo de ninguém e muito menos de si mesmo e de seus apetites. Segundo Sêneca: "ser escravo de si mesmo é a mais grave, a mais pesada de todas as servidões, [...] é uma servidão assídua, isto é, pesa sobre nós sem cessar"¹⁰. Cristãos e gregos divergiam nesse sentido. Enquanto para os cristãos o perigo residia na mácula, para os gregos residia na servidão.

As práticas de cuidado consigo mesmo ou "técnicas de si mesmo", eram prescritas aos indivíduos para fixar sua identidade, mantê-la ou transformá-la em função de determinados fins. Isso, graças às relações de domínio de si e do conhecimento de si, estando intimamente relacionado com o cuidado com os outros¹².

Em "Ser e Tempo", Martin Heidegger¹³, filósofo alemão, utiliza uma antiga fábula do escravo romano Higino para elucidar que o homem é composto pelo corpo, pelo espírito e que sua origem e toda sua existência está pautada no cuidado. A riqueza de imagens que a fábula evoca pode ajudar-nos a compreender essa construção:

"Certa vez, atravessando um rio, Cuidado viu um pedaço de terra argilosa: cogitando, tomou um pedaço e começou a lhe dar forma. Enquanto refletia sobre o que criara, interveio Júpiter. O Cuidado pediu-lhe que desse espírito à forma de argila, o que ele fez de bom grado. Como Cuidado quis então dar seu nome ao que tinha dado forma, Júpiter proibiu e exigiu que fosse dado seu nome. Enquanto Cuidado e Júpiter disputavam sobre o nome, surgiu também a terra (*tellus*) querendo dar o seu nome, uma vez que havia fornecido um pedaço de seu corpo. Os disputantes tomaram Saturno como árbitro. Saturno pronunciou a seguinte decisão, aparentemente equitativa: "Tu, Júpiter, por teres dado o espírito, deves receber na morte o espírito e tu, terra, por teres dado o corpo, deves receber o corpo. Como, porém, foi o Cuidado quem primeiro o formou, ele deve pertencer ao Cuidado enquanto viver. Como, no

entanto, sobre o nome há disputa, ele deve se chamar 'homo', pois foi feito de húmus (terra)"¹³.

"Para o filósofo, o cuidado possui uma anterioridade que cunha, mantém e domina o ser-no-mundo. É a primeira marca constitutiva do que é humano"¹⁴. O *Dasein*, ou "ser-aí" é uma construção heideggeriana com a qual designa a existência humana no sentido de "estar lançado" num mundo que é percebido na e pela interatividade humana. Estar no mundo é estar em relação.

Na condição de atribuir significado às experiências passadas, a partir de vivências atuais, e poder realizar um projeto existencial, o humano surge como criador e criatura da própria existência, numa construção sempre em curso. Nessa incessante atividade, cuidado molda, a partir do mundo e contra a dissolução nesse mundo, as diversas formas particulares da existência¹³.

O cuidado é o sujeito e o sujeito é moldado pelo cuidado, numa interação que culmina na construção da identidade do ser em determinado tempo. O filósofo traz à tona também, o tempo de nossa existência nesse mundo e a angústia frente à vida e sua finitude.

Heidegger¹³ desenvolveu a hipótese de que a atitude, a condição e a ação de "estar cuidando" nos permitem compreender o sentido da nossa existência como seres humanos, nos revelando o mundo em que estamos vivendo e o mundo que podemos transformar a partir do desejo e do planejamento futuros. "[...] é na condição de um cuidar-se, um tratar de ser – que é de um lado, um ato individual e individualizador, mas de outro lado, também uma relação necessária com o outro, com um mundo compartilhado que forja a identidade de todos e cada um - que se torna possível compreender a existência humana"¹⁵.

É na relação com os outros, através de várias identificações e das próprias circunstâncias de vida, que o sujeito vai constituindo o que é idêntico em si, sua "iden"-tidade. Quem é, o que deseja, o que sonha, o que viveu e vive, e como as experiências foram compondo sua vida psíquica e concreta.

Heidegger atribui também outro sentido ao cuidado, *Sorge*, assim entendido como “ocupação e preocupação para com a preservação do outro e expresso por uma ação”. A pessoa sai de si e centra-se no outro com zelo e desvelo. É uma ação do pensamento em algo que não sou eu, o ambiente, um outro humano, um animal¹⁴.

Não é nosso propósito nos aprofundarmos nos constructos filosóficos de Foucault ou de Heidegger, mas de utilizarmos suas ideias principais como uma primeira aproximação sobre o cuidado integral com a própria saúde do estudante de medicina.

Analisando a etiologia da palavra e os referenciais filosóficos, podemos constatar até aqui que, cuidar está intrinsicamente ligado ao ser, à identidade da pessoa, ao conhecimento que tem de si e às práticas relacionadas à manutenção da própria vida e da vida do outro. Cuidado com o outro se presta também como uma possibilidade de reconhecimento de si mesmo e das necessidades que possui de ser cuidado.

Para Foucault, cuidar de si mesmo inscreve o pensar e o agir sobre a própria pessoa tanto nos aspectos físicos como nos aspectos psicológicos e culturais com o propósito de transformar-se e, conhecendo-se, melhor poder agir sobre o outro de forma mais sábia. A relação com um guia, um mestre, alguém que o instigue a pensar-se, fecha esse ciclo, que tem por fim último ater-se, preocupar-se, ocupar-se consigo mesmo para bem cuidar dos outros.

Enquanto que para Heidegger, segundo a fábula por ele utilizada, o Cuidado antecede a própria existência do humano e é a partir do encontro dele com a terra, em um local, em um ambiente que nasce a forma, o bio, o físico. Com a chegada de um Outro, a criação se completa recebendo o sopro, a alma, a *psyche*. Na relação de disputa entre os deuses sobre o nome da obra, distribuem-se as responsabilidades de cada participante ao longo da vida da criatura. Cuidado acompanha a origem da vida até a sua morte e está presente nas relações com as outras pessoas e com o mundo em que vive.

Podemos pensar que Foucault parte da relação do cuidado de si, que é individual ou dual para o coletivo, enquanto Heidegger vale-se mais do social, das relações do cuidado para com o outro e menos para consigo mesmo, embora tenha esse último em consideração.

Os posicionamentos dos filósofos diante do cuidado nos auxiliam a pensar o cuidar, o cuidar de si e do outro, proposição central nos referenciais teóricos de integralidade.

2.2 INTEGRALIDADE

2.2.1 Breve histórico: integralidade no ensino e na saúde

No ensino, desde a Modernidade no século XVIII, o pensamento cartesiano torna-se o paradigma para o conhecimento verdadeiro, marco das especializações. Os currículos das escolas de graduação em saúde, embasados na racionalidade da época, também foram divididos por disciplinas, ciclos básico e profissionalizante. Concentrava, no início dos cursos médicos, o ensino teórico, exclusivamente biológico, fragmentando o corpo humano em sistemas anatômicos e suas patologias. Abordavam-se temas técnico-profissionais com praticamente nenhuma abertura para outras áreas do conhecimento e priorizava-se o modelo de aprendizagem centrada no ambiente hospitalar, na formação altamente especializada, na atenção individual e nas práticas cirúrgica e medicamentosa¹⁶.

Ao longo do século XIX a sociedade passou a organizar o trabalho industrial de forma que cada indivíduo executava uma tarefa ou uma ação parcial e específica, fragmentando tanto o trabalho quanto o olhar para o humano. Todos os setores da sociedade, incluindo a área da saúde, foram influenciados por essa lógica que reduzia a existência humana ao estritamente objetivo, em detrimento dos aspectos subjetivos e relacionais do indivíduo¹⁶.

Esse modelo, tanto do ensino quanto dos serviços, perdurou por muitos anos. A partir do século XX, nos anos 70, emergiram movimentos sociais que manifestavam uma profunda insatisfação da população com a

qualidade da atenção em saúde. Tornou-se indispensável rever a relação dos profissionais e dos usuários dos serviços, bem como promover mudanças significativas, tanto na formação desses profissionais quanto na organização dos serviços. Uma delas seria reconsiderar a questão da integração dos vários saberes¹⁷.

Reconsiderando que os processos de saúde e doença não são estritamente gerados por fatores biológicos e sim o resultado de uma complexa gama de fatores biológicos, econômicos, sociais, emocionais e culturais, nas últimas décadas vem acontecendo... “um movimento internacional, iniciado pelas chamadas reformas médicas, dentre elas a medicina integral, que visa à formação humanística do profissional da saúde”¹⁷.

A medicina integral dá início às discussões sobre o ensino médico nos Estados Unidos. Em linhas gerais, criticava o fato de os médicos adotarem diante de seus pacientes uma atitude cada vez mais fragmentária, pois isso significava ao mesmo tempo a impossibilidade de apreender as necessidades mais abrangentes de seus pacientes¹⁸.

Para Mattos¹⁸, não se tratava de desmerecer a medicina biológica, pois essa tinha e tem seu imenso valor e respeito, através dela surgiram muitas técnicas capazes de reconhecer a doença antes que a mesma produzisse sofrimento, e de reconhecer alguns fatores de risco que aumentariam a probabilidade de adoecimento, as chamadas técnicas de diagnóstico precoce.

Com a medicina preventiva passou-se a não tratar apenas os doentes e suas doenças, mas recomendar hábitos e comportamentos que invadiam e invadem a vida privada, a vida social do indivíduo a fim de sugerir modos de vida mais saudáveis, ou seja, capazes de promover prevenção às doenças e à saúde. Há de se ter prudência nesse sentido para que não sejam uma forma impositiva e de controle social sobre os corpos, mas que se faça um uso com bom senso dessas técnicas de prevenção. Nesse sentido a medicina integral seria um primeiro sentido para a integralidade¹⁸.

No Brasil, em um momento de transição entre críticas à medicalização da sociedade e à incorporação de alternativas para o modelo médico proposto até então, o Movimento Sanitário propõe mudanças no sentido de promover o que seria o início de uma ampliação das ações em saúde, mais próximas da integralidade.

Em 1988, a Constituição Nacional Brasileira¹⁹, vem reconhecer vários direitos de cidadania da população: a saúde como direito de todos e como um dever do estado, a quem caberia garantir acesso universal e igualitário da população aos serviços, no âmbito da promoção, da proteção e da recuperação da saúde. As políticas sociais e econômicas passam a ser voltadas à redução de riscos de doenças e outros agravos à saúde das pessoas.

A partir dela, instituiu-se o SUS, Sistema Único de Saúde, que vem formalizar e estruturar essas mudanças e propor novas diretrizes como o “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”¹⁹. O termo integralidade tem sido usado, desde então, para designar exatamente essa diretriz¹⁸.

Para que as mudanças na área da educação também se efetivassem, em 07/11/2001 foram promulgadas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de Medicina, Enfermagem e Nutrição (Resolução CNE/CES, n.º 04) impulsionando transformações em vários cursos de medicina do Brasil.^{17,20} Estas diretrizes preconizam uma estrutura curricular orientada por competências e habilidades, gerais e específicas, formação para o SUS e metodologias ativas de ensino/aprendizagem.

Quanto ao perfil do médico a ser formado, sugerem que se deve produzir um egresso com formação generalista, humanista, crítica, reflexiva e que seja capacitado a atuar pautado em princípios éticos no processo de saúde e doença, em seus diferentes níveis de atenção; tenha ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com responsabilidade social e compromisso com a cidadania e seja promotor da saúde integral do ser humano⁵.

Quanto às competências e habilidades específicas para a formação médica, destacamos algumas que se relacionam com nossa proposta de trabalho e que serão utilizadas na discussão dos resultados desse estudo, como:

- informar e educar pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde integral do ser humano;
- lidar criticamente com a dinâmica do mercado de trabalho e com políticas de saúde;
- promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades dos pacientes e da sua comunidade;
- cuidar de si, da sua saúde física e mental em busca de bem estar como médico e cidadão.

As Diretrizes Curriculares Nacionais nasceram da união do Ministério da Educação com o Ministério da Saúde, tanto para mudar a formação dos profissionais, buscando melhorar a formação médica, quanto para a consolidação do Sistema Único de Saúde.

2.2.2 Integralidade do Cuidado

A integralidade é uma palavra grega, originária do *hólos* (“todo, inteiro”) tem o sentido ligado à completude, à totalidade, à inteireza e à unidade. É a busca pelo uno, por unir ou juntar o que “aparece” (e parece) por algum motivo fragmentado, partido em pedaços¹⁴. É uma palavra polissêmica, que tem em si vários significados e sentidos e assim sendo constitui um caminho a ser percorrido, não uma definição ou um conceito fechado. “Nossa escolha é simplesmente trilhar um caminho, desbravando sentidos, tendo claro que a integralidade não se apresenta como meta a ser atingida ao final dele, mas sim como o próprio caminho, que jamais acaba e indefinidamente desdobra-se em muito outros”¹⁴.

Desse modo a integralidade tem funcionado como uma imagem-objetivo, ou seja, como uma forma de indicar as características desejáveis do sistema de saúde e das práticas que nele são exercidas¹⁸.

Mattos¹⁸ identifica pelo menos três sentidos para a integralidade:

- aplicada a políticas de saúde, articulando ações preventivas e assistenciais;
- aplicada a organização dos serviços e
- como atributo das práticas dos serviços de saúde.

Com a implementação do SUS, várias mudanças ocorreram tanto nas políticas de saúde quanto na organização dos serviços, com a descentralização e o controle social, porém com relação às práticas as mudanças ainda não são tão visíveis. Tanto na igualdade de acesso, quanto na qualidade do atendimento prestado, muito há de se caminhar no sentido de melhorias.¹⁸

Nesse estudo focamos nos atributos das práticas, sem deixar de considerar a importância e a forte influência dos demais sentidos na vida dos estudantes de medicina.

Atualmente as buscas por cuidado continuam sendo uma das demandas mais gritantes da sociedade, que surgem a partir de críticas, das instituições e das práticas em saúde, levantando problemas e construindo soluções a partir deles.

Segundo Pinheiro e Guizzardi,²¹ as queixas dos usuários da saúde apontam como indignação maior a forma como se efetiva a relação entre quem oferece o serviço e quem necessita dele, e não com as tecnologias empregadas. Os estudos atribuem o mau atendimento as relações de mercado, onde o paciente é tratado como um produto do capitalismo. “É [...] contra isso que as pessoas tendem a se rebelar, elas, suas famílias e seus amigos não são, nem nunca serão objetos, e a assistência a sua saúde não pode ser tratada como mais um produto”.²¹

“Há profissionais que, impossibilitados de tratar com sujeitos, tratam apenas com doenças, lidando com eles como se não fossem portadores de desejos, aspirações, de sonhos”.¹⁸

Partindo do pressuposto de que não se oferece aquilo de que não se dispõe questionamos se esses estudantes ou profissionais conhecem seus próprios desejos, aspirações e sonhos. Se não, como propiciar isso ao paciente?

O cuidado em saúde vai além dos procedimentos técnicos, é mais amplo, pois implica em ações integrais, traduzidas pelo tratar, respeitar, acolher o outro em suas necessidades. Isto é, que desenvolva o vínculo, atendendo o ser humano com dignidade, respeito e com qualidade. Implica em considerar as relações entre profissionais, usuários e instituições de forma intersubjetiva, não apenas a aplicação de técnicas isoladas.¹⁸

A integralidade do cuidado visa que as relações sejam permeadas pela comunicação, pelos símbolos e pelo pensar as práticas cotidianas nos espaços de saúde. Busca de forma dialógica pensar o cuidar do outro enquanto uma ação social, repensar as relações e o manejo das práticas no sentido de buscar novos sentidos para elas. Transforma assim, “os espaços públicos em “lugares de encontro” de pessoas cuidadoras de si e dos outros”.¹⁸ As emoções assumem um papel importante nessas relações e assim sendo, quanto mais os profissionais da saúde e os estudantes compreenderem suas emoções, melhor poderão compreender as emoções expressas pelos usuários.²²

Os profissionais da saúde realizam intervenções de cunho preventivo, que têm uma repercussão na vida do sujeito. Assim sendo, não são apenas aplicações dos conhecimentos sobre a doença da pessoa, mas uma construção da dupla, através da vinculação e da comunicação. Portanto ela é individualizada, criada e pensada no encontro do que foi apreendido como necessidade pelo olhar e pela escuta do profissional, por quem ele é enquanto pessoa e do que foi trazido pelo outro, seu sofrimento, suas expectativas, seus temores e desejos.

Integralidade é uma postura, uma dimensão das práticas, quando no encontro do profissional da saúde com o usuário amplia-se o olhar para as necessidades do outro, buscando gerar e aproveitar as oportunidades de aplicação das técnicas de prevenção, promoção e recuperação em saúde, sempre considerando as várias dimensões dos pacientes nesse encontro. Não se trata de apreender de forma holística, tudo, mas da seleção do que é relevante no encontro para a construção de um projeto de intervenção.¹⁸

Através da escuta das pessoas que procuram cuidados é que podem ser levantadas suas necessidades de saúde, compreendidas por quatro conjuntos, de acordo com Cecilio²³:

- ter “boas condições de vida” (fatores ambientais externos como moradia e hábitos de vida pessoais), isto é, “a maneira como se vive se traduz em diferentes necessidades de saúde”;
- ter acesso e poder consumir tecnologias de saúde capazes de melhorar a qualidade da vida das pessoas e de prolongá-la;
- criar vínculos de confiança entre equipe de saúde e profissionais;
- ter graus crescentes de autonomia no seu modo de andar a vida e de além de dar sentido para ela, resignificá-la, de forma que traga mudanças efetivas no seu modo de viver, incluindo a satisfação de suas necessidades da forma mais ampla possível.

Outro referencial utilizado, tanto no campo da administração quanto no da saúde para compreender as motivações dos indivíduos, é a teoria das necessidades básicas de vida do ser humano, contempladas na Teoria da Motivação Humana, de Abraham H. Maslow, psicólogo e professor americano²⁴. Ele postula que uma das formas de motivação no ser humano seria a de atender às próprias necessidades básicas de vida.

Essas necessidades foram dispostas em níveis, em uma hierarquia de importância e influência, e descritas na chamada Pirâmide de Maslow:



Figura1: Pirâmide de Maslow. Fonte: http://www.google.com.br/imgres?imgurl=http://www.portaldomarketing.com.br/images/piramide_de_maslow.jpg

a) Necessidades básicas: são necessidades fisiológicas para a sustentação da própria vida, tais como comida, abrigo, sono, sexo. Segundo Maslow, enquanto estas não estiverem satisfeitas, outras necessidades não poderiam motivar as pessoas;

b) Necessidades de segurança: são necessidades de estar livre do perigo físico; de ter emprego, de abrigo, de sustentabilidade e de saúde.

c) Necessidades de afiliação ou aceitação: por serem seres sociais, as pessoas têm necessidade de se sentirem aceitas, pertencentes a um grupo;

d) Necessidades de estima: uma vez satisfeita a necessidade de afiliação, as pessoas passam a sentir necessidade de serem estimadas pelo outro, e por si mesmas (auto estima).

e) Necessidade de auto-realização: segundo Maslow, esta é a mais alta necessidade em sua hierarquia. É o desejo de tornar-se aquilo que a pessoa é capaz de ser – maximizar seu potencial, de criatividade, de

desenvolver habilidades, de executar projetos e alcançar metas (desejos, sonhos, ideais). Não é preciso que uma necessidade esteja satisfeita por completo para surgir a seguinte. Na realidade, a maioria das pessoas está parcialmente satisfeita e parcialmente insatisfeita, em todas as suas necessidades básicas²⁴.

O atendimento às necessidades, levantadas pelos profissionais, requer um esforço conjunto, envolvendo o encontro de múltiplos saberes e práticas, o trabalho em equipe e o próprio desejo da pessoa²³.

Além desses saberes, um pré-requisito para a compreensão das necessidades de saúde e de vida da pessoa é a aceitação do ser humano como *unidade mente-corpo* em interação com o contexto de vida. Trata-se de considerar, no contato com o paciente, além dos aspectos físicos, como a queixa biológica que o trouxe, outros dados que contribuam para a realização de diagnóstico orgânico, e conhecer: “[...] como é a sua personalidade, o meio em que vive (clima, alimentação, hábitos, vícios, relações familiares, situação financeira, capacidade de permanecer em ócio, atividade física, desejos, medos, raiva, como lida com perdas, etc.) considerando a sua repercussão na área mental e vice-versa”²⁰.

A capacidade de responder ao sofrimento manifesto e latente de seus pacientes amplia o olhar dos profissionais deixando o reducionismo de atender exclusivamente às necessidades biológicas e caminha para uma abertura maior, considerando também as dimensões psicológicas, sociais, ambientais e espirituais dos sujeitos.

A noção de integralidade em saúde abre um enorme campo de estudo e debate. Um dos pontos que nos chama a atenção é que na literatura sobre o assunto é mais comum encontrarmos a integralidade do cuidado destinada ao outro, aos usuários dos serviços. Quanto aos profissionais de saúde, na maior parte das vezes, percebemos que há necessidade de um aprofundamento maior na discussão sobre como cuidar de si para melhor cuidar do outro. Entretanto, a polissemia e polifonia da integralidade, conduzem a diferentes caminhos no desenvolvimento de uma assistência de qualidade a todos os cidadãos e é nesse espaço que pode ser contemplado o

cuidado à saúde do estudante de medicina como mais uma possibilidade de melhoria das práticas em saúde.

Há também diversas formas de olhar o ser humano no sentido do cuidado, como por exemplo, o “cuidado complexo”. Os problemas da realidade atual são complexos e para que possam ser planejadas propostas de mudanças ou planos de cuidados faz-se necessário ter um olhar ainda mais amplo e profundo dessa realidade. O cuidado complexo “considera que não existe a dualidade, a polaridade, mas um todo complexo e articulado, porque o homem é um todo e não simplesmente a soma de partes que formam um todo”.²⁵ Neste estudo nos limitamos aos referenciais dos documentos institucionais e às concepções dos estudantes, que permanecem utilizando as dimensões biopsicossociais como aspectos do ser humano a serem integralmente cuidados, porém estudos futuros poderiam contemplar outras abordagens.

Acreditamos que seria muito interessante e produtivo aprofundar ainda mais o olhar considerando as necessidades de quem cuida, neste caso do estudante de medicina, futuro profissional da saúde, para que ele possa buscar para si mesmo prevenção, promoção e a recuperação quando necessário para sua saúde.

Trata-se de incluir as necessidades do estudante na dimensão das melhorias das práticas em saúde, enquanto recurso para a formação de profissionais com condições de cuidarem de si e de promoverem qualidade de vida mais salubres e que possam estar condizentes com o que pretendem oferecer aos pacientes, na medida do possível.

Buscaremos nesse momento olhar para os referenciais de saúde do estudante de medicina, para que possamos nos aproximar do sujeito em estudo.

2.3 O estudante de medicina

Embora não seja nosso foco de estudo compreender a vocação médica, pensamos ser essa uma primeira aproximação no caminho para a saúde do estudante.

“É difícil entender o motivo pelo qual uma [...] pessoa busca viver tão próxima da morte, sendo que muitas vezes é o que mais teme e o que mais deseja ver longe de si mesma”.²⁶ Do ponto de vista emocional vários fatores, conscientes ou inconscientes, podem levar uma pessoa a escolher cursar medicina. Dentre eles, estudos apontam para:

- o interesse humanitário: o desejo de aliviar a dor e o sofrimento, de cuidar, de curar, de se dedicar, de prevenir doenças, salvar vidas, ser útil e estar próximo das pessoas; ensinar, aconselhar, educar, diagnosticar corretamente; receber reconhecimento e gratidão.

- o interesse científico: pela biologia, ciências humanas traduzidas pela vontade de ver, de experimentar, do gosto pelo saber e pela curiosidade pelo corpo humano.

- a influência de terceiros, principalmente de pais médicos.

Os fatores socioeconômicos foram durante um período uma das motivações descritas pelos estudantes. Porém com as mudanças ocorridas na área médica nos últimos anos, essas motivações são pouco encontradas na atualidade ou aparecem mais nos últimos anos da formação.²⁶ Porém é inegável que ainda é uma profissão que pode oferecer várias realizações materiais, intelectuais e emocionais, o que a faz ser, além de extrema importância para a sociedade, uma carreira idealizada por muitos jovens.¹

Outros fatores inconscientes são elencados por estudos, como o desejo de reparação dos instintos agressivos da infância, ou de como lidaram com a impotência ao longo da vida, ou ainda pelo desejo inconsciente de ver o que é proibido, de transgredir, dentre outros²⁷. Destacam-se dentre esses motivos, a angústia e impotência frente à morte, assim “[...] o médico acredita que, através de sua profissão, possa salvar todas as vidas e ainda evitar sua

própria morte”²⁷. No entanto, os estudantes de medicina comumente são jovens, adolescentes que estão vivenciando uma série de testes de realidade e de limites. Tripudiam a morte, brincam com a vida, buscam sensações, prazeres, referências; expressam-se através de ações, emoções sem nome e dores incompreendidas.

A aquisição de conhecimentos científicos ao longo da formação médica vem reforçar no estudante a convicção da invulnerabilidade, localizando a doença no paciente e a saúde no médico²⁸.

Essa dissociação é validada também pela construção social do papel do médico, considerado alguém que salva vidas, que sabe tudo e que tudo pode. No imaginário popular normalmente o médico não apresenta fragilidades, não tem problemas de saúde ou pessoais. A idealização do profissional fica maior à medida que o paciente entra em contato com o medo do adoecer e de morrer. Para se proteger dessa realidade, lança mão de mecanismos defensivos, como a negação, a cisão e a idealização, em outras palavras, acredita que há alguém muito poderoso, saudável e que sabe muito, que irá salvá-lo da dor, do sofrimento e da morte.

Faz-se aí uma parceria, que em dado momento pode ser aplacadora das angústias da dupla e trazer muito prazer: o médico, ou o estudante de medicina, enquanto salvador e o paciente enquanto alguém a ser salvo. Porém são formas defensivas provisórias que também trazem consequências para ambos: o médico que não se percebe necessitando de cuidados e o paciente que não consegue ver o médico como uma pessoa, um humano com todas as questões existenciais, de ser humano.

O problema começa quando isso fica tão enraizado que nem paciente, nem médico, conseguem romper essa ligação para que possam se perceber finitos, com poderes e potenciais reais, porém limitados.

Nesse processo é comum encontrarmos a dedicação exagerada de alguns médicos ou estudantes aos pacientes e, “[...] ao mesmo tempo, o descuido em relação à sua própria pessoa, deixando inclusive de respeitar suas necessidades de sono, alimentação, lazer, etc.”²⁶.

Essas relações vêm se modificando ao longo dos últimos anos. Os médicos já são questionados sobre suas condutas, principalmente quando a idealização “cai por terra”, quando, por exemplo, percebem que o médico não sabe tudo e que, às vezes, pode errar. E que, por outro lado, de fato, dispõem de recursos e conhecimentos que podem salvar vidas, mas que isso não depende apenas deles, há um conjunto de fatores conhecidos e desconhecidos que são inerentes à própria vida e à morte.

Retomando as vivências pessoais do estudante ao longo do curso, segundo Millan, vale a pena considerarmos duas fases por que passam: a da euforia e a do desencanto. Inicialmente “[...] a faculdade é vista pelo aluno como o continente idealizado, onde não haverá mais angústia, insegurança e exigências”²⁶. O estudante sente-se socialmente valorizado e orgulha-se do seu desempenho, o que, por vezes, é reforçado pela família que já passa a tratá-lo como médico. Não é possível nesse momento imaginar que ao longo dos seis anos muitas dificuldades e obstáculos surgirão e que tornar-se um profissional implica em superar muitos desafios²⁶. Isso ocorre ao mesmo tempo em que perdem a idealização dos pais da infância. Passam a viver conflitos com mais frequência e maior intensidade com eles, ora precisando muito da ajuda dos pais, ora afastando-se. Na busca por construir seus próprios referenciais, o grupo é uma das saídas utilizadas e que oferece novas formas de ver a vida e o mundo.

Para Millan²⁶, na fase do desencanto, o contato com as dificuldades inerentes à realidade do curso começam a ficar mais conscientes, como por exemplo:

- a adaptação ao método,
- o reaprender a estudar,
- a organização do tempo,
- as privações de lazer,
- o afastamento do contato com antigas amizades,
- a adaptação à outra cidade,

- a assunção de responsabilidades que antes eram realizadas pelos familiares (cuidados com a casa, alimentação, pagamento de contas, etc.),

- a relação com os grupos atuais,

- a competitividade entre os colegas,

- a percepção de que será dependente financeiramente por muitos anos, dentre outros.

Na construção da identidade, que é um processo vivenciado particularmente na adolescência, com elementos contidos nas identificações iniciais da vida, revisitados nesse período e agregado a novos referenciais de identificação, como o grupo, professores, profissionais, dentre outros, está sempre presente um processo de perdas das ilusões, que é proporcional ao tamanho da idealização. Na carreira médica não há como manter o estudante longe desse processo, pois o contato com a realidade é inevitável².

Atualmente vários currículos dos cursos de medicina tem aproximado precocemente o estudante com a prática profissional, desde a 1ª série, muito antes do internato.

Todas essas mudanças são sentidas por vezes como perdas que provocam dores psíquicas intensas, caracterizados por tristeza, frustração e desânimo²⁶, ou por sentimentos de ansiedade, irritabilidade e de estar perdido e sobrecarregado frente a tantas demandas.

Isso pode se agravar ainda mais nos anos seguintes e no internato, quinto e sexto anos, com o início dos plantões noturnos, a dedicação exaustiva ao curso, o aumento da responsabilidade e as preocupações com a realidade do trabalho. Os estudantes de medicina ficam ainda mais próximos das condições de trabalho do médico e da realidade da saúde na qual estão inseridos. Angustiam-se diante da “[...] precariedade de todo sistema de saúde em nosso país, cujas condições de atendimento estão muito aquém daquelas necessárias ao cuidado do doente”. Percebem que a remuneração do médico,

ao lado de outros profissionais da saúde, não condiz com as exigências e responsabilidades do trabalho²⁶.

Uma das saídas observadas diante dessa situação é acumular vários empregos e ingressar no quadro dos planos de saúde particulares. São as vivências de excesso de compromisso com os estudos gerando sobrecarga, caminhando para além do período da faculdade. O excesso de trabalho, que antes corresponderia às exigências do curso e às próprias, na vida profissional corresponderá às expectativas da população e até mesmo dos familiares por sucesso profissional.

Todas essas vivências ao longo da graduação, podem trazer amadurecimento, crescimento e a construção da identidade médica e pessoal, a partir da aquisição de novos recursos internos, vindos das experiências e da própria identidade. Internamente, com a elaboração desses conflitos, pode ocorrer uma integração maior entre os impulsos amorosos e destrutivos. O desejo de cuidar do outro passa a ser efetivado por recursos mais eficazes em substituição da salvação onipotente. Podem ir reconhecendo os limites do conhecimento e da atuação médica e adquirir maior confiança na capacidade de construção, tornando possível a aceitação dos aspectos destrutivos e dos limites da natureza humana, isto é, da morte²⁴.

Dessa maneira, cuidar de uma pessoa enferma adquire uma conotação mais realística, considerando os vários aspectos inerentes a sua recuperação, como a personalidade do paciente, sua família, os fatores sociais, os recursos técnicos disponíveis para o seu tratamento e as características pessoais, assim como, a forma de atuar do médico. “Cuidar de uma pessoa enferma, dentro do possível e de acordo com cada contexto”²⁶, traduz esse momento, que pode ser considerado como uma aquisição advinda da interação do curso de medicina com as transformações psíquicas do adolescente.

Entretanto, quando o estudante não dispõe de recursos pessoais para transformar as frustrações em pensamentos que tragam integração do seu ser com o seu meio, uma estagnação geradora do adoecer físico, psíquico ou social pode se instalar².

Se houver a possibilidade da Faculdade olhar para isso durante a formação do médico e auxiliar o estudante a cuidar destes aspectos, poderá prevenir o adoecer do estudante também nesse contexto. Nesse sentido, os métodos ativos em pequenos grupos podem favorecer o conhecimento dos alunos por parte do professor. Ao perceber que o adolescente está se pondo em risco, ou está apresentando algum sintoma, o professor pode atuar junto a ele, nesse momento, auxiliando-o a encontrar saídas que promovam um processo de elaboração ou orientando-o a procurar atendimento especializado.

No Brasil várias faculdades de Medicina dispõem de serviços de atendimento psicológico, psiquiátrico e psicopedagógico a estudantes de medicina. Dentre eles, o Grupo de Assistência Psicológica ao Aluno - GRAPAL da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP²⁹, o Serviço de Atendimento Psicológico e Psiquiátrico ao Estudante – SAPPE, da Universidade de Campinas UNICAMP³⁰, o Núcleo de Atendimento ao corpo Discente – NUADI, da FAMEMA, dentre outros³¹. O NUADI é constituído por uma psiquiatra, dois psicólogos e uma secretária. Realizam entrevistas iniciais, psicoterapias, atendimento psiquiátrico, atendimento familiar e orientação a docentes³¹.

O trabalho de sensibilização do estudante em relação a seus aspectos psicológicos, a motivação para a profissão, a idealização do papel do médico, as frustrações decorrentes da realidade, as suas reações vivenciais durante o curso, é considerada uma medida de atenção primária. Para tanto, Martins-Nogueira sugere, além dos serviços de atendimento psicológico e psiquiátrico, a criação de espaços de reflexão sobre esses assuntos com equipes multiprofissionais, possibilitando a troca de experiências e o compartilhamento de situações decorrentes do trabalho em saúde¹.

2.3.1 A saúde do estudante de medicina

Vários trabalhos sobre a saúde mental do estudante de medicina destacam a falta de cuidados para com a própria saúde do graduando e, posteriormente, do profissional¹⁻³⁻³²⁻³³.

O Conselho Federal de Medicina³⁴ elaborou em 2007, um estudo chamado “*A saúde dos médicos do Brasil*”, onde aborda a profissão médica e o ser médico, o bem estar do profissional e sua saúde física e mental.

Apresenta algumas patologias físicas, prevalentes na população e as relaciona com as características do trabalho médico e com a suscetibilidade dos profissionais a adoecer. Cita doenças como: síndrome metabólica, diabetes, doenças infecciosas, disfunções gástricas e a propensão dos médicos em adquiri-las em função do stress e do desgaste no trabalho³⁴.

Enfatizam que as doenças mentais como depressão, ansiedade e dependências químicas e as laborais como síndrome de *burnout* e stress acometem o médico com frequência. O stress, contínuo, ao longo de muitos anos, é descrito como o principal fator desencadeante de doenças físicas e psicológicas, que podem ter início na graduação e se estender ao longo da vida.

A fantasia de invulnerabilidade do estudante de medicina não ajuda a ter atitudes no sentido de buscar auxílio com profissionais qualificados, mesmo para sintomas físicos. Os estudantes adquirem ao longo da graduação, conhecimentos que fazem com que a automedicação seja frequente, podendo interferir na percepção de seus próprios problemas de saúde e adiar o tratamento necessário para sua recuperação³².

A dificuldade em pedir ajuda em local e horário adequados ou de fazê-lo de modo incompleto, como consultas de corredor, também é uma prática frequente entre médicos e estudantes de medicina. Em se tratando de doenças mentais, além da maioria dos estudantes não identificarem em si, quadros depressivos, quando identificam, a dificuldade de pedir auxílio também é muito grande³².

Além desses resultados aparecem também nesse estudo chamado “O estudante e o cuidado com a sua saúde física e mental: um estudo exploratório com alunos do quinto ano da UNIFESP”³², que a diferença encontrada com relação à busca por ajuda frente a uma doença física e a uma doença mental foi considerada alarmante, pois demonstra que o aluno de medicina, mesmo estando nos últimos anos de formação, apresenta-se resistente ou com uma postura preconceituosa em se tratando do adoecer mental, além do medo de ser estigmatizado pelo seu grupo. Estes aspectos podem dificultar ainda mais a procura por um psiquiatra.

Contrariando o imaginário popular e as próprias fantasias dos estudantes, os médicos não são insusceptíveis às doenças prevalentes na população em geral. Necessitam, assim como as outras pessoas, de cuidados de saúde, prática de exercícios físicos, alimentação adequada, sono suficiente, isto é, realizarem em si, tudo o que preconizam para seus pacientes³². Necessitam, igualmente, do bem estar e de qualidade de vida: familiar, pessoal, nas relações e no trabalho.

3. A FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA (FAMEMA) – CAMPO DA PESQUISA

A Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA, localizada no interior do estado de São Paulo, foi criada em 1966, por meio da Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília (FUMES) e estadualizada em 1994. Oferece dois cursos de graduação: Medicina e Enfermagem e vários outros de pós-graduação *lato sensu*, *stricto sensu*, aprimoramentos e residências³⁵.

O Curso de medicina tem duração de seis anos e o de enfermagem quatro anos, sendo que o primeiro recebe anualmente 80 estudantes e o segundo 40. O método de ensino utilizado no curso de graduação médica foi inicialmente o tradicional, centrado no professor e na transmissão de conhecimentos. As disciplinas eram organizadas e divididas em ciclo básico e profissionalizante. “Essa estrutura curricular promovia uma fragmentação nítida entre teoria e prática”³⁶.

A partir de 1997 foram propostas mudanças curriculares no curso de Medicina da FAMEMA, pioneiras no Brasil e na América Latina⁴⁰. As concepções filosóficas, ideológicas, políticas e pedagógicas dessa faculdade passam a interferir diretamente na orientação do desenvolvimento curricular, voltado para a aproximação do mundo da aprendizagem com o mundo do trabalho, buscando coerência entre a atividade profissional, formação acadêmica e respostas às necessidades sociais, integrando saberes construídos coletivamente de forma interdisciplinar³⁵.

A função de um projeto político pedagógico é revelar a intenção da instituição sobre que profissionais deseja formar em determinada sociedade. Contém o referencial adotado, os objetivos educacionais, a organização dos conteúdos e dos processos de avaliação, formulados a partir de acordos coletivos³⁷.

Com a reforma curricular, ambos os cursos de graduação, enfermagem e medicina, sofreram alterações no conteúdo, no processo de integração entre ciclo básico, clínico e profissionalizante³⁶. A necessidade de formar profissionais não apenas com competências técnico-científicas, mas com condições de lidar com situações reais da comunidade, deixando o modelo hospitalocêntrico (centrado na doença) e buscando ações e práticas voltadas para o atendimento integral, nos vários níveis de atenção do sistema de saúde (primário, secundário e terciário) foram objetivos idealizados e implementados no novo currículo³⁸. Trata-se de buscar a prevenção e a promoção em saúde.

A visão do ser humano também sofreu mudanças nesse percurso. Saiu da compreensão estritamente biológica para uma visão mais integral do ser e do adoecer (biopsicossocial). Ao serem incorporadas ao modelo de formação médica impõem a necessidade de que o profissional além do desenvolvimento de habilidades técnicas, evolua também as capacidades relacionais, que favoreçam um vínculo adequado e uma comunicação efetiva com o outro. A observação do outro e de si no contato, das características de linguagem e de comunicação, as características do vínculo que se estabelece e das ações decorrentes dessas vivências caminham no sentido de ir além dos

conhecimentos técnico científicos, em direção a ações integrais e integradas dos estudantes enquanto importantes agentes de transformações da própria formação e das instituições de saúde³⁹.

De forma sistemática as três dimensões aqui citadas podem ser consideradas da seguinte forma:

- a dimensão psicológica diz respeito à subjetividade do ser humano, aos processos mentais (cognitivos, emocionais, afetivos) que influenciam sua maneira de ser e, portanto, caracterizam-no como indivíduo singular. Diz respeito, ainda, às inter-relações deste ser humano com seus próximos, seja no grupo familiar, no trabalho ou em outros grupos que participa, influenciando e sendo influenciado pelas pessoas com quem convive.

- a dimensão biológica considera toda a constituição e dinâmica física do corpo humano. No curso de medicina a organização da aprendizagem neste sentido utiliza subsídios tanto de disciplinas como anatomia humana, embriologia, genética, fisiologia, bioquímica, farmacologia, como da ginecologia, obstetrícia, pediatria, dentre outros;

- a dimensão social considera os fatores particulares/singulares, ambientais e socioculturais peculiares de determinados grupos ou estratos sociais, para identificar os processos de saúde-doença, com vistas a promoção, prevenção e melhoria das condições de vida das pessoas e do contexto em que estão inseridos³⁵.

Na prática, essas dimensões influenciam-se mutuamente, de forma dinâmica.

Em 2003, houve uma nova mudança na organização curricular que passa a ser além de integrada, também por competência. Ou seja, o currículo do curso de medicina, em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), visa, além de uma formação centrada no estudante, que seja orientada para o desenvolvimento de competências profissionais, como articular integradamente recursos cognitivos, psicomotores e afetivos. Abordar ou resolver problemas de saúde individuais e coletivos; formar um médico capaz de tratar o paciente de maneira integral, realizando ações de prevenção,

promoção e recuperação em saúde. Além disso, busca desenvolver sujeitos com uma postura ativa, crítica, reflexiva e ética diante dos novos desafios na área de saúde.

O novo currículo é composto pelas Unidades Educacionais Sistematizadas (UES), as Unidades de Prática Profissionais (UPP), que integram os Laboratórios de Práticas Profissionais (LPP), e as Unidades Eletivas.

Segue abaixo a grade curricular do curso de medicina:

QUADRO 1 - GRADE CURRICULAR, CURSOS DE MEDICINA E ENFERMAGEM

1ª série (Medicina/Enfermagem)

Unidade de Prática Profissional 1 – UPP1	Unidade Educacional Eletiva*
Unidade Educacional Sistematizada 1 – UES1	

2ª série (Medicina/Enfermagem)

Unidade de Prática Profissional 2 – UPP2	Unidade Educacional Eletiva*
Unidade Educacional Sistematizada 2 – UES2	

3ª série (Medicina)

Unidade de Prática Profissional 3 – UPP3	Unidade Educacional Eletiva*
Unidade Educacional Sistematizada 3 – UES3	

3ª série (Enfermagem)

Unidade de Prática Profissional 3 – UPP3	Unidade Educacional Eletiva*
Trabalho de Conclusão de Curso – TCC	

4ª série (Medicina)

Unidade de Prática Profissional 4 – UPP4	Unidade Educacional Eletiva*
Unidade Educacional Sistematizada 4 – UES4	
Investigação Científica	

4ª série (Enfermagem)

Unidade de Prática Profissional 4 – UPP4	Unidade Educacional Eletiva*
Trabalho de Conclusão de Curso – TCC	

5ª série (Medicina)

Unidade de Prática Profissional 5 – UPP5	Unidade Educacional Eletiva*
--	------------------------------

6ª série (Medicina)

Unidade de Prática Profissional 6 – UPP6	Unidade Educacional Eletiva*
--	------------------------------

* A Unidade Educacional Eletiva ocorre em diferentes períodos para cada série.

Assim sendo, na graduação de médicos e enfermeiros da FAMEMA, optou-se pela não utilização do modelo tradicional e hegemônico de ensino para inovações curriculares, como o currículo integrado e por competência, e a utilização de metodologias ativas, como a Aprendizagem Baseada em Problemas e a Problematização³⁶ fundamentadas na Pedagogia Crítica.

3.1 APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS (ABP) E A PROBLEMATIZAÇÃO NO CURRÍCULO DO CURSO DE MEDICINA

A Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) é um método de ensino-aprendizagem ancorado nos referenciais do construtivismo, na construção do conhecimento centrada no estudante, no aprender a aprender, na integração das ciências básicas, clínicas e interdisciplinares³⁵.

Nas chamadas Unidades Educacionais Sistematizadas (UES), os “problemas de papel” são utilizados para a realização da tutoria, em sala, com grupos pequenos de 8 a 10 estudantes, conduzidos por um docente-tutor. O estudo do problema ocorre com discussões seguindo os passos de tutoria, partindo dos “conhecimentos e experiências prévias dos estudantes sobre o problema. Isto é importante para que (re)construam seus conhecimentos e aprendam significativamente para aplicá-los em sua prática profissional”⁴⁰ e pessoal.

Prioriza-se nesse método de ensino a autonomia no aprendizado isto é, que o estudante busque o próprio conhecimento, amparado pela instituição, pelo tutor e pelo grupo.

Como a busca pela aquisição de conhecimentos constitui um processo contínuo, que acompanhará a vida profissional de cada estudante, estes são encorajados a definir seus próprios objetivos de aprendizagem e assumir a responsabilidade de avaliar seus progressos pessoais e suas próprias necessidades de aprendizagem. Esta avaliação deve incluir a habilidade de reconhecer necessidades educacionais pessoais e desenvolver um método próprio de estudo, utilizando adequadamente a diversidade de

recursos educacionais de que dispõem avaliando criticamente os progressos obtidos.

Na ABP, o problema é utilizado como um recurso de aprendizagem para a aquisição de conhecimentos e de conceitos. É no grupo de tutoria que o estudante pode ser encorajado a argumentar, levantar hipóteses, buscar conhecimentos em fontes científicas, confrontá-las e compartilhá-las com os outros integrantes do grupo, desenvolvendo nesse processo habilidades de comunicação e de relacionamento interpessoal, além do pensamento crítico e reflexivo. Essa experiência constitui um verdadeiro laboratório de análise de problemas, que espelham a realidade do mundo do trabalho e da prática profissional³⁵.

No ensino tradicional o estudante concentra seu aprendizado no ambiente hospitalar, o que traz prejuízos à sua formação e ao atendimento das necessidades da comunidade. Dessa forma, na “Declaração de Edimburgo” (*World Federation for Medical Education, 1988*), foram feitas recomendações para uma substancial transferência do cenário de ensino médico centrado no hospital para a comunidade, visando a utilização mais ampla de ambientes e situações de ensino-aprendizagem³³.

Estabeleceram-se então pactos de trabalho coletivo entre os profissionais que compõem as equipes dos serviços de saúde, professores e estudantes dos cursos de graduação na área. Ambos visando à qualidade da atenção individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento dos trabalhadores e dos serviços. Essa parceria é conhecida como integração ensino-serviço. “O currículo integrado valoriza o espaço de articulação entre ensino, serviço e comunidade como cenário do processo ensino-aprendizagem, devendo o estudante refletir sobre sua ação e a realidade em que está inserido, buscando problematizar o cotidiano⁴¹”.

A FAMEMA, numa parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, realiza atividades de aprendizagem através das Unidades de Prática Profissional (UPPs), que são caracterizadas pelo método da Problematização. Segundo Berbel⁴², a partir da observação da realidade concreta e orientados por um professor, os estudantes levantam as dificuldades da comunidade em

que estão inseridos e transformam essas situações em problemas, com um ou vários temas. As discussões com o grupo acontecem no sentido de buscar a reflexão sobre as possíveis causas do problema, os fatores determinantes e de levantar “pontos chave” a serem aprofundados com a busca teórica em fontes confiáveis. Após essa etapa do processo, o estudante possui elementos para propor soluções para o problema e encaminhar propostas de aplicação à realidade. Conclui-se dessa forma a “dialética da ação-reflexão-ação”⁴².

Nas Unidades de Prática Profissional (UPPs), os estudantes dos primeiros e segundos anos de medicina e enfermagem são levados a vivenciar situações *in loco*, na comunidade e na Estratégia de Saúde da Família. A partir da 3ª série a UPP acontece também nos hospitais. A aprendizagem ocorre nas atividades em cenários reais, assim como o cuidado integral da pessoa.

Para apoiar as UPPs, no processo de aprendizagem, criou-se também o Laboratório de Prática Profissional (LPP). “Trata-se de uma estratégia de aprendizagem na qual as atividades são sistematizadas e previamente estruturadas pelos docentes, na forma de situações simuladas com a participação de atores”, contratados pela faculdade.

Essa situação ocorre em ambiente próprio, de forma a não prejudicar os pacientes reais e para que os estudantes possam manifestar suas dúvidas e erros, fragilidades e fortalezas. É uma forma de possibilitar o desenvolvimento de capacidades cognitivas, psicomotoras e afetivas. E de oferecer a oportunidade de aprimorá-las mediante a autoavaliação e as observações do grupo e dos professores. Posteriormente, ocorre a busca bibliográfica, ao longo da semana. Em outro momento, no Apoio, as prescrições, ou seja, as lacunas de aprendizagem levantadas no LPP, podem ser esclarecidas pelos docentes e pelo grupo, além de treinar o exame clínico entre os pares e/ou com bonecos manequins⁴³.

As tutorias, nas UES, são utilizadas até o 4º ano e a problematização, nas UPPs, até o 6º ano.

4. MÉTODO

4.1 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Considerando a questão ética que envolve a pesquisa com seres humanos, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da FAMEMA, que autorizou a sua realização sob o protocolo n.º 175/12, aprovado em 21/03/2012 (ANEXO A).

Todos os estudantes envolvidos nas etapas de coleta de dados foram esclarecidos sobre a pesquisa e garantido o sigilo com relação a identificação das pessoas envolvidas no trabalho, a preservação dos dados obtidos e a confidencialidade. A autorização foi obtida mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

4.2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

A abordagem utilizada neste estudo de campo é a qualitativa. Ela “[...] trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes”⁴⁴.

Na busca qualitativa o enfoque não é a representatividade numérica como na abordagem quantitativa, mas o aprofundamento e a abrangência da compreensão sobre um grupo de sujeitos em ação social⁴⁴.

A escolha da pesquisa qualitativa possibilita conhecer as concepções e as práticas dos estudantes de medicina sobre o cuidado integral com a própria saúde.

4.3 COLETA DE DADOS

Utilizamos dois instrumentos de coleta de dados: a análise documental, para identificarmos o que está preconizado sobre o tema em questão, e as entrevistas semiestruturadas, para analisar os sentidos e práticas que os estudantes trazem, quanto ao cuidado consigo mesmo durante essa formação.

A análise documental exploratória é um recurso metodológico que “[...] busca identificar informações factuais nos documentos à partir de questões ou hipóteses de interesse”. Documentos são “[...] quaisquer materiais escritos que possam ser usados como fonte informativa sobre o comportamento humano”⁴⁵.

As entrevistas semiestruturadas são uma modalidade de entrevista que contempla perguntas fechadas (estruturadas), onde se espera uma resposta mais diretiva dos entrevistados. E, também, questões abertas, onde a pessoa pode discorrer sobre o tema proposto livremente. Esta é uma eficaz fonte de busca de informações podendo fornecer dados como “[...] ideias, crenças, maneiras de pensar; opiniões, sentimentos, maneiras de sentir; maneiras de atuar; conduta ou comportamento presente ou futuro; razões conscientes ou inconscientes [...]”⁴⁴.

É um recurso que pode facilitar a abertura, a ampliação e o aprofundamento da comunicação.

4.3.1 PRIMEIRA ETAPA: OS DOCUMENTOS

Inicialmente realizamos uma busca nos documentos institucionais públicos, disponíveis no site da FAMEMA, como o “*Guia do Processo de Ensino-Aprendizagem: Aprender a Aprender*”³⁵. Os cadernos de série, ou manuais dos estudantes, também são documentos públicos disponibilizados na biblioteca da faculdade, porém os de 2011 ainda não estavam catalogados. Com a autorização dos coordenadores de cada série, tivemos acesso aos documentos restritos, como os casos de tutoria e o guia do tutor, além dos cadernos das respectivas séries. O intuito era identificar propostas oficiais que tratassem do tema saúde do estudante de medicina, a partir de várias leituras dos documentos.

4.3.2 SEGUNDA ETAPA: AS ENTREVISTAS

a) SUJEITOS

A amostra da pesquisa qualitativa privilegiou os sujeitos que o pesquisador pretendia conhecer, que poderiam oferecer um conjunto de experiências e expressões que foram ao encontro dos objetivos da pesquisa. O número de pessoas deveria ser suficiente para que as informações se repetissem e que também fossem valorizadas as singulares. A diversidade de sujeitos participantes do estudo possibilitou a apreensão das semelhanças e diferenças das informações⁴⁴.

Assim sendo, a segunda etapa da coleta de dados contemplou as entrevistas com os estudantes de medicina. Selecionamos três séries para realizar essa atividade, a primeira, a quarta e a sexta série, dessa forma estratificados para buscarmos compreender as concepções e as percepções sobre suas práticas, desde quem inicia o curso, de quem está relativamente no meio da graduação, até quem está em vias de se formar. Acreditamos que podem emergir vivências e olhares diferentes para com o cuidado integral com a própria saúde, além de possibilitar diferenças ao longo do processo de formação do estudante.

A partir da lista dos estudantes de cada série, disponibilizada pelos coordenadores, foram sorteados aleatoriamente os sujeitos e convidados a participar da pesquisa via e-mail. Através deste recurso de comunicação, as datas, locais e horários para a realização das entrevistas foram combinados.

As entrevistas aconteceram com nove estudantes da sexta série, dez da quarta série e seis da primeira série. O critério de encerramento dessa etapa foi a saturação das respostas, quando elas passavam a ser repetitivas.

Quanto à caracterização dos sujeitos entrevistados, a Tabela 1 traz as idades e a quantidade de estudantes por faixa etária, com quem residem e suas quantidades, estado civil e procedência atual.

TABELA 1: CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

	18 a 21	22 a 25	26 a 29	30 a 31	TOTAL
IDADE	7	10	7	1	25
RESIDE	SOZINHO	COM MAIS 1 PESSOA	REPÚBLICA (MAIS DE 3 PESSOAS)	FAMÍLIA	
ESTADO CIVIL	SOLTEIROS				
CIDADE EM QUE RESIDEM	MARÍLIA				
	5	12	3	5	25
	25				25
	25				25

É possível observar que grande parte dos sujeitos encontra-se na faixa etária entre 18 e 29 anos e residem com mais de uma pessoa. Todos são solteiros e residem em Marília.

Se categorizarmos a idade e a série, encontramos que:

TABELA 2: CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDANTES POR IDADE E SÉRIE

SÉRIE	1º. ano	4º ano	6º ano
IDADE	18 a 21 anos	20 a 29 anos	24 a 31 anos

Os estudantes da primeira série estão na faixa etária dos 18 aos 21 anos, os da 4ª série dos 20 aos 29 anos e os da 6ª série, dos 24 aos 31 anos. Isso nos ajuda a pensar que estamos lidando com adolescentes e jovens iniciando a fase adulta.

b) PROCEDIMENTO DAS ENTREVISTAS

Inicialmente foi elaborado um guia para nortear e focar as questões a serem abordadas, um roteiro de entrevista (APÊNDICE B). O roteiro foi avaliado por dois juízes, sem alterações, para verificar a adequação

das perguntas, a sequência e a abrangência da temática, a linguagem utilizada, dentre outros aspectos⁴⁶. Aconteceram três “entrevistas piloto” com estudantes do 1º, 4º e 6º anos, respectivamente, como procedimento de adequação das mesmas.

As entrevistas foram realizadas no período de abril a agosto de 2012. Escolhemos iniciar pela 6ª série em função de estarem encerrando suas atividades primeiro que os demais. E, por último, os estudantes da 1ª série porque já teriam um tempo de vivência na graduação. No entanto, em comum, todos estão vivendo ou estão por viver momentos de mudança, como a entrada ou a saída da faculdade; a aproximação da entrada no internato; a adaptação ao curso de medicina; adaptação a novas redes sociais e/ou a cidades.

As entrevistas aconteceram nas dependências da FAMEMA e tiveram a duração de 30 a 60 minutos. O roteiro continha nove questões que foram respondidas verbalmente pelos sujeitos e gravadas para posterior transcrição. Os dados pessoais foram gravados e também transcritos.

Os entrevistados foram identificados pela letra E seguida de um número que indicava a série, um ponto e outro número indicando a ordem de entrevistado, por exemplo: *E1.1*, *E4.7* ou *E6.9*. Entenda-se: estudante da primeira série, nº 1; estudante da quarta série, nº 7 ou da sexta série, número nove.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Tanto os documentos quanto as entrevistas foram analisados segundo a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática. Esta é compreendida como: “Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”⁴⁷.

Para a realização da análise de conteúdo foram seguidas as seguintes etapas:

- a) Pré-análise;
- b) Exploração do material;
- c) Tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Na análise temática, “o conceito central é o tema”, isto é, “a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado, segundo critérios da teoria que serve de guia à leitura”. Trata-se de buscar o sentido implícito das comunicações para que seja possível a partir delas realizar a categorização, descrição, inferências e a interpretação⁴⁸.

Inicialmente foram analisados os documentos e na sequência as entrevistas.

a) Na análise documental, buscando encontrar prescrições oficiais para o cuidado da saúde do estudante, iniciamos a leitura do “*Guia do Processo Ensino-Aprendizagem: Aprender a Aprender (2003)*”³⁵. Neste documento é descrita toda a proposta pedagógica do curso de medicina, como o programa do curso, a organização curricular e do conhecimento, assim como os papéis e funções dos estudantes e professores, dentre outros. Além disso, traz as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina, onde encontramos no Perfil do Formando Egresso/Profissional, no subitem conhecimento, competências e habilidades específicas, a recomendação: “Cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como médico”. Compreendemos que essa é uma forma de oficializar que o currículo da FAMEMA está em consonância com as diretrizes e que tem como propósito formar médicos que cuidem da sua saúde.

Em um segundo momento, foram lidos os cadernos de série do 1º ao 6º anos, que contêm a apresentação da proposta curricular para as respectivas séries, buscando encontrar prescrições oficiais sobre cuidado com a saúde do estudante de medicina. Nessa busca não foram identificadas referências nesse sentido nos cadernos de série do 1º ao 4º ano, nas UES, entretanto, ao serem lidos os 66 casos de tutoria e seus respectivos guias, buscando temas que pudessem contemplar cuidado com a saúde do

estudante, foram encontrados vários temas descritos, alocados em quadros e devidamente interpretados.

Nos cadernos de série do internato, 5º e 6º anos, uma citação foi encontrada, referindo-se ao reconhecimento das emoções dos estudantes e dos pacientes, assim como a comunicação adequada com eles, respeitando seus valores culturais. Vale lembrar que no internato não são utilizados mais os problemas de papel em tutorias, mas os casos reais da prática profissional, nas UPPs.

b) A análise das entrevistas consistiu na leitura repetitiva das 25 transcrições, realizadas pelo pesquisador. Isso feito, foram agrupadas as questões do roteiro que tratavam de temas/assuntos semelhantes ou que tinham um objetivo em comum e sequencialmente distribuídas todas as respostas de todas as séries. Por exemplo, abaixo das questões 1 e 2, seguiram todas as respostas do 1º, 4º e 6º anos. Foram relidas dessa forma e anotadas as ideias que sintetizavam as leituras de cada resposta dos entrevistados. Foram ainda realizadas novas leituras, buscando identificar os núcleos dos sentidos em torno do qual giravam as falas e, finalmente, a elaboração de duas temáticas.

Assim, obtivemos neste estudo, duas temáticas. A primeira elaborada através das entrevistas e a segunda encontrada à partir da articulação da análise documental e das entrevistas. São elas:

- a) O percurso: das concepções sobre o cuidado integral com a própria saúde às percepções sobre suas práticas;
- b) Um diálogo: entre a percepção dos estudantes e os documentos institucionais.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 ANÁLISE DOCUMENTAL

Os resultados da análise documental foram distribuídos em tabelas/quadros e analisados segundo os referenciais da integralidade do cuidado e da saúde do estudante de medicina.

A tabela 3 descreve o número de casos estudados, a quantidade de casos por série e a quantidade de casos que abordavam temas referentes aos cuidados com a saúde do estudante, de forma objetiva ou subjetiva. Foram avaliados 66 casos de tutoria, do ano de 2011, distribuídos da seguinte forma pelas séries:

Tabela 3 - Relação número de casos de tutoria e temas sobre cuidados com a saúde do estudante

SÉRIE	SEMESTRE	CASOS	TOTAL	CITAM TEMAS
1 ^a .	1 ^o .	8	17	12
	2 ^o .	9		
2 ^a .	1 ^o .	10	19	9
	2 ^o .	9		
3 ^a .	1 ^o .	9	18	4
	2 ^o .	9		
4 ^a .	1 ^o .	7	12	2
	2 ^o .	5		
Total		66	66	27

Percebemos que a quantidade de casos trabalhados do primeiro ao terceiro ano não tem muita alteração, diferenciando-se por um ou dois casos, com encontros tutoriais de duas vezes semanais. No quarto ano diminuem os problemas de tutoria, em função dessa atividade também ser reduzida para uma única vez por semana. No entanto, quando observamos os problemas que tratam da saúde do estudante, percebemos que há uma redução considerável ao longo dos anos e isso nos levou a questionar a razão dessa mudança. Levantamos algumas hipóteses:

- no primeiro ano os estudantes estão mais receptivos para tratar dos assuntos propostos pela faculdade;

- a faculdade tem uma preocupação maior em alertá-los sobre alguns riscos, considerando que muitos dos estudantes estão residindo na cidade sem os familiares ou terem ingressado na rede social da faculdade;

- é uma forma de amparar os estudantes que chegam e à medida que os anos vão se passando, os estudantes, já mais adaptados, podem encontrar seus próprios recursos para os desafios que se lhes apresentarem;

- o tema se perde, e a prioridade passa a ser estudar outros assuntos.

Os quadros a seguir apresentam os resultados da categorização. Elencamos o tema que traz os assuntos abordados que tratam da saúde física, psíquica ou social do estudante, durante a sessão de tutoria. No foco da discussão, realizamos uma síntese dos pontos levantados no guia do tutor referente ao caso e, na interpretação, inferimos o que poderia representar cuidados da faculdade com a saúde do estudante. Em um mesmo caso pode haver vários temas, em outros nenhum, e ainda nos demais, temas que se repetem.

Quadro 2 - Problemas de tutoria da 1ª. Série que contemplam assuntos sobre cuidados com a saúde do estudante

1.ª SÉRIE		
TEMA	FOCO DA DISCUSSÃO	INTERPRETAÇÃO
SEPARAÇÃO E ACOLHIMENTO	Processo de separação vivenciado pelos estudantes vindos de outras cidades e a entrada na faculdade. Acesso aos serviços de saúde locais.	Cuidado da faculdade com os aspectos emocionais decorrentes do processo de separação, da quebra de redes sociais anteriores e a construção de novas. Acolhimento ao estudante.
METODOLOGIA DA FACULDADE	Aprendizagem Baseada em Problemas, Problematização, Avaliação.	Cuidado em integrar o estudante a novas realidades e formas de aprendizagem e avaliação.
SOCIALIZAÇÃO	Conceito de grupo e sociabilidade. Qualidade da alimentação e atividades físicas.	Importância do grupo e das relações sociais. Cuidado com aspectos sociais, alimentação e atividades físicas.
ADOCIMENTO GRAVE, MEDOS E AUTOMEDICAÇÃO	Problemas físicos/orgânicos e encaminhamentos para os serviços de saúde.	Cuidado com aspectos emocionais e com atitudes desfavoráveis a saúde.
PREVENÇÃO DE DOENÇAS	Mecanismos de defesa frente a doenças graves e papéis culturais influenciando o autocuidado. Papel dos serviços de saúde na prevenção de doenças.	Cuidado com aspectos preventivos em saúde, como a vacinação. Orientação e ambientação dos estudantes.
HÁBITOS DE VIDA INADEQUADOS, ALIMENTAÇÃO ATIVIDADE FÍSICA E EXCESSO DE TRABALHO. STRESS	Características de personalidade e estilo de vida. Conceitos de saúde – mercado de trabalho médico e sobrecarga de trabalho. Responsabilidades do adulto.	Apresentação de estilos de vida insalubres e muitas vezes encontrados na realidade médica e de profissionais da saúde.
VIRUS E IMUNOLOGIA	Angústia e medo do estudante frente aos acidentes biológicos. Condutas caso ocorra um acidente biológico.	Cuidado com aspectos emocionais e físicos/ambientais do estudante. Biosegurança
ADOLESCÊNCIA GRAVIDEZ RESPONSABILIDADES	Adolescência e desenvolvimento da personalidade.	Cuidado em abordar assunto pertinente à fase em que os estudantes se encontram. Prevenção de gravidez na adolescência. Compulsão.

INTEGRALIDADE DO CUIDADO	SUS e suas diretrizes.	Cuidado em reforçar a importância do atendimento integrado para a saúde, diferenciando do biológico.
RELAÇÕES AFETIVAS FAMILIARES	Diferenciar tristeza de depressão	Cuidado com conflitos familiares e as repercussões emocionais.
ESTUDANTE ALCOOLIZADO E ACIDENTE	Discussão do consumo de álcool para a saúde do indivíduo, para a família e para a sociedade. Estratégias de enfrentamento.	Cuidado com uso de bebida alcoólica em excesso e o risco de acidentes. Problema aborda diretamente a incidência de consumo de álcool e outras drogas em estudantes universitários. Aspectos biopsicossociais e dependência química.
OBESIDADE	Discussão do tema em várias etapas da vida, infância, adolescência e na vida adulta.	Cuidado com a saúde física, excessos alimentares, uso de inibidores de apetite.

Quadro 3: Problemas de tutoria da 2.^a Série que contemplam assuntos sobre cuidados com a saúde do estudante

2. ^a SÉRIE		
TEMA	FOCO DA DISCUSSÃO	INTERPRETAÇÃO
RELACIONAMENTOS AFETIVOS	Discussão da ansiedade enquanto desencadeante de doenças físicas. Emoções desencadeadas em conflitos nas relações. Ambiente familiar como fator desencadeante de saúde e doença.	Sensibilização para a integração biopsicossocial.
USO DE CIGARRO	Discussão das repercussões do uso de tabaco no organismo.	Mecanismos de defesa presentes nas dependências químicas. Falta de ar e angústia de morte.
HIPERTENSÃO TABAGISMO E USO DE BEBIDA ALCOOLICA	Discussão das consequências dessas interações na vida da pessoa.	Características de personalidade e interação de dependência química e hipertensão.
PROFISSIONAL DA SAÚDE ENQUANTO PACIENTE	Discussão da relação médico paciente, sendo o médico o paciente.	Aproximação da possibilidade do médico adoecer. Trabalhar defesas: onipotência do estudante, adolescente, dificuldade de “pedir e aceitar ajuda”. Consultas de corredor. Hábitos comuns aos médicos e estudantes de medicina, na literatura.

ESTUDANTE UNIVERSITÁRIA USUÁRIA DE DROGAS	Discussão do uso de drogas lícitas e ilícitas com finalidade de diversão e os riscos à saúde. Morte de estudantes.	Aborda com clareza e objetividade o assunto. Discute mecanismos de inserção de jovens em grupos.
INTOXICAÇÃO ALIMENTAR	Discussão dos aspectos biológicos da exposição a alimentos contaminados.	Aponta outras formas de se intoxicar...
DIABETES USO DE BEBIDA ALCOOLICA E ACIDENTES.	Repercussões sociais, familiares e pessoais.	Atenta para hábitos pouco saudáveis.
ADOLESCÊNCIA: ASPECTOS BIOPSIKOSSOCIAIS	Aborda questões atuais como sexualidade, DSTs, contraceptivos, acesso aos serviços de saúde, relacionamento familiar e conflitos, uso de tabaco, comportamentos de risco em estudantes universitários da área da saúde.	Levanta questões importantes sobre vivências no período da adolescência e para estudantes universitários. Aborda o cuidado com a saúde do estudante integralmente.
ADOLESCENCIA: ASPECTOS SOCIAIS	Aborda entrada do adolescente no mercado de trabalho; educação, formação, lazer e esportes; A importância e o papel do adolescente na comunidade.	Cuida dos aspectos de trabalho e de inserção do adolescente no contexto social.

Quadro 4: Problemas de tutoria da 3.ª Série que contemplam assuntos sobre cuidados com a saúde do estudante

3.ª SÉRIE		
TEMA	FOCO DA DISCUSSÃO	INTERPRETAÇÃO
SEXUALIDADE: DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, USO DE CONTRACEPTIVOS, GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA, ABORTO, RELAÇÃO AFETIVA	Diagnóstico de DSTs e repercussões para a saúde; levantamento de estudos científicos sobre comportamento sexual de risco entre estudantes universitários dos cursos de ciências da saúde; Efeitos de uma gravidez indesejada para a relação do casal. Aborto e suas consequências psíquicas, biológicas e sociais.	Cuidado com aspectos preventivos com relação a sexualidade. Aborda aspectos da sexualidade do estudante e incentiva a levantar estudos científicos sobre comportamento sexual de risco entre estudantes universitários dos cursos de ciências da saúde.

CONFLITOS FAMILIARES ENTRE PAIS E FILHOS ADOLESCENTES.	O papel da família na vida do adolescente e sua participação no desenvolvimento da personalidade	Aborda um assunto comum a experiência da adolescência, que são os conflitos familiares e suas repercussões.
TRANSTORNOS ALIMENTARES	Discute sintoma e diagnóstico e incidência desse transtorno.	Aborda patologia comum na adolescência e trabalha a identificação dos sintomas e os recursos necessários para o tratamento.
BIOSEGURANÇA	Discute equipamentos e comportamentos de segurança no trabalho em saúde	Cuidado aspectos preventivos e procedimentos caso ocorram acidentes biológicos no trabalho.

Quadro 5: Problemas de tutoria da 4.^a Série que contemplam assuntos sobre cuidados com a saúde do estudante

CASOS DE TUTORIA 4º ANO		
TEMA	FOCO DA DISCUSSÃO	INTERPRETAÇÃO
INTEGRALIDADE DO CUIDADO	Ressalta no caso a importância da integralidade do cuidado, nos aspectos biológicos, psíquicos, sociais e da rede de serviços.	Aborda as repercussões psicossociais da paciente frente a doença e seus mecanismos de defesa. Aborda também a integração dos serviços de saúde e a importância da integralidade no cuidado.
ÉTICA MÉDICA E ERRO MÉDICO	As situações do caso exemplificam fatos que podem ocorrer no desenvolver da atividade profissional do médico. Foi inserida essa discussão à partir da solicitação dos estudantes.	Não aborda as repercussões emocionais ou psíquicas que tal situação poderia gerar. Mas trata de uma questão que envolve o estudante de medicina e o futuro profissional, assim como a relação médico-paciente e a reflexão sobre o ser médico nos serviços de saúde.

Quadro 6: Caderno de série que preconiza assuntos sobre cuidados com a saúde do estudante

INTERNATO
<p>Os estudantes do 5º e 6º passam por estágios, descritos e organizados nos cadernos de série. Observamos que as tutorias não ocorrem mais e que o enfoque está na prática, centrada principalmente no ambiente hospitalar e nos ciclos pedagógicos, isto é na problematização, também em pequenos grupos.</p> <p>Encontramos nos cadernos de série de cada estágio, no item competência profissional - aspecto afetivo, a seguinte proposição: “reconhecer e lidar com os sentimentos (amor, ódio, medo, culpa, dor, perda/luto, tristeza, insegurança...) do paciente e de si próprio, capacidade de escuta, uso de linguagem adequada e respeito aos valores culturais de cada paciente”.</p> <p style="text-align: center;">INTERPRETAÇÃO</p> <p>Compreendemos nesse item que explicitamente há uma preocupação com o estado mental do estudante de medicina e que este estado pode interferir diretamente na relação médico paciente.</p>

Os resultados obtidos neste estudo, referentes ao programa pedagógico do ano de 2011 (guia, casos e cadernos de série), apontam que a Famema tem uma preocupação com a saúde dos acadêmicos, que insere temas relacionados ao cuidado integral com a saúde do estudante de medicina nos problemas de tutoria, tanto de forma objetiva, citando diretamente o estudante de medicina, como de forma subjetiva, quando o problema pode ser utilizado indiretamente pelo grupo, levando os estudantes a refletirem sobre a própria saúde.

Por exemplo, os processos de separação de redes sociais com a mudança de cidade, em função da entrada na faculdade, a busca por referências de saúde na cidade, as formas de se proteger, como as vacinas, onde procurar ajuda em caso de necessidade física ou psíquica, dentre outros descritos no quadro 2, vão ao encontro do que a literatura aponta como sendo um acolhimento necessário aos estudantes que iniciam o curso e que precisam se adaptar a novas realidades^{26,40}.

Nesse sentido podemos considerar outros exemplos de temas que se relacionam à prevenção de doenças como hábitos de vida insalubre: má alimentação, falta ou excesso de prática de exercícios físicos, uso de substâncias químicas nocivas à saúde (tabaco, álcool e outras drogas lícitas ou ilícitas), obesidade, etc. Esses são assuntos que também encontramos na literatura referente à saúde dos médicos. Consideramos que tratar desses temas em tutoria pode ser considerado como prevenção, educação e educação em saúde³⁴. A abordagem de assuntos como relações familiares, afetivas e os conflitos inerentes a elas, enquanto fatores desencadeantes de processos de saúde-doença físicas, revelam que desde o início do curso a faculdade busca inserir a concepção biopsicossocial enquanto aspecto indissociável do ser humano²⁰.

De acordo com a análise dos documentos, constatamos também que a faculdade trabalha segundo os referenciais da integralidade do cuidado e das diretrizes curriculares, pois inclui no currículo a saúde do estudante de medicina de forma integral. Nas tutorias, os casos abordam além dos conteúdos biológicos e sociais, os emocionais, podendo auxiliar no acolhimento e na elaboração do sofrimento psíquico advindo do ingresso e da permanência na graduação^{2,40}.

As tutorias promovem um espaço que permite a reflexão sobre essas vivências, que trazem repercussões emocionais importantes para o adolescente e “para a construção da identidade do futuro médico”⁴⁰. E, além disso, oferece acolhimento ao estudante que chega ao primeiro ano.

Outro ponto a ser considerado é que o currículo insere o cuidado com o estudante e com o paciente. Embora seja na maior parte voltado para o cuidado com o outro, o que consideramos coerente com a proposta da formação em saúde, os dados mostram que a saúde do estudante de medicina também é valorizada pela faculdade de forma prescrita. Isso pode indicar uma preocupação com a melhoria das práticas em saúde, pois se o estudante estiver mais atento à si, poderá atender melhor ao outro⁴⁹.

Os temas abordados nas tutorias podem ser de grande importância para a prevenção de doenças nos estudantes, caso haja o

aproveitamento deles para a vida pessoal. O fato de se falar sobre o assunto, direta ou indiretamente, assim como sobre as mudanças na forma de aprender, propostas pelas metodologias ativas da faculdade, pode promover além de significação, representação verbal para essas experiências e a prevenção de possíveis agravos à saúde. Isso vai depender também da disponibilidade do tutor e do grupo em abordar assuntos relacionados à saúde do estudante e de estarem conscientes da importância disso.

Observamos que no internato, onde o planejamento educacional se dá por meio dos ciclos pedagógicos, isto é, a problematização a partir da vivência nos estágios, há um cuidado com a saúde mental dos estudantes, principalmente no que diz respeito à relação médico-paciente. É esperado que reconheçam seus sentimentos e também os dos pacientes e que se estabeleça uma relação de respeito entre eles, mediada pela comunicação.

A elaboração de vivências por vezes frustrantes e desconfortáveis - decorrentes do contato com o outro - através do pensamento e da linguagem verbal e não apenas a descarga dessas emoções por ações sem reflexão e de modos exclusivamente defensivos, é um processo que pode contribuir imensamente para a saúde psíquica e conseqüentemente física e social dos estudantes.

Entretanto não temos informação se essas prescrições são trabalhadas nos grupos e de que forma. Não foram identificadas referências sobre cuidados com a saúde física do estudante no internato, fase essa descrita em estudos como altamente estressante⁵⁰. Caberia aqui uma complementação dessa prescrição, com cuidados com o sono, alimentação, atividades físicas e sociais e como atender essas necessidades básicas, mesmo tendo atividades que interferem nos hábitos de vida dos estudantes como os plantões noturnos e a pressão por estudar ainda mais para os exames de residência.

Nem sempre o caso-problema cita diretamente o estudante, porém são “histórias” elaboradas a partir da realidade em que vivem, o que nos faz inferir que possa haver um processo de identificação do estudante com a situação apresentada. Considerando ainda que o método preconiza que as

discussões partam dos seus conhecimentos e experiências prévias⁴⁰, eles podem discutir os temas a partir de seus olhares diante das situações.

O estudo revela também que os temas relacionados ao cuidado com a própria saúde vão ficando mais escassos ao longo dos anos, porém no internato parecem ser retomados, pelo menos de forma prescrita. Pensamos que o ideal seria que sempre que possível fossem abertas discussões relacionadas à saúde do estudante, enquanto necessidade básica para cuidar do outro de forma mais significativa.

Também não é possível saber se isso ocorre com frequência e de forma “homogênea”, pois como são grupos pequenos e com docentes distintos, depende muito da sensibilidade do coordenador do grupo e da disposição em abrir uma reflexão sobre a saúde do estudante e de como vêm cuidando dela, a partir das situações problema apresentadas em cada série. O papel do docente é chegar minimamente ao previsto no guia/caderno de série, mas têm a liberdade de ir além.

O fato do tema cuidado integral com a própria saúde estar inserido no currículo também não garante que os discentes efetivem essas práticas em suas vidas, porém esperamos que esse estudo possa abrir um espaço de reflexão e de diálogo entre a faculdade e os estudantes sobre o tema cuidar de si, ao longo da formação médica e na vida profissional.

5.2 ENTREVISTAS

Ao realizar a análise das entrevistas com os estudantes da 1.^a, 4.^a e 6.^a séries, com relação aos conteúdos apresentados, foram identificadas temáticas exemplificadas com as falas dos estudantes, por série.

Assim, abordamos as duas temáticas do estudo.

a) O percurso: das concepções sobre o cuidado integral com a própria saúde às percepções sobre suas práticas

As entrevistas revelaram que, a maioria dos estudantes de todas as séries aqui em estudo percebe a importância de cuidar de si para manter a própria saúde e prevenir doenças, além da importância dessas atitudes para o bem cuidar de seus pacientes. Poucos não valorizam o cuidado com a própria saúde ou acreditam que haja uma discrepância muito grande entre a concepção e a prática reforçada pela reprodução de modelos e pelos sistemas de saúde e educação que não favorecem que o estudante de medicina cuide de si mesmo.

As entrevistas revelaram que alguns dos estudantes já na 1.^a série do curso de medicina, compreendem o cuidado integral com a própria saúde como cuidar das dimensões biológicas, psicológicas e sociais.

E1.1: *“Eu penso que é cuidar da parte física, com alimentação, os cuidados com esporte; a parte emocional porque a medicina é um curso estressante e que lida com várias questões que as pessoas muitas vezes não estão preparadas; e social também, pois vai exigir muito tempo de estudo e se começar a se isolar muito, vai começar a comprometer a saúde mental, não vai ajudar a construir um sujeito saudável”.*

Acreditamos que pelo fato de estarem precocemente em contato com situações que são complexas, como os próprios problemas de tutoria nos quais trabalham ou a prática profissional nas unidades de saúde, já têm condições de manifestarem uma aprendizagem significativa desse conceito. Começam a perceber também que a interrelação entre o que vivenciam na faculdade e seu jeito de ser, podem contribuir para a constituição de um sujeito que apresente cuidados consigo mesmo e possibilite aspectos mais saudáveis de vida.

A maioria dos estudantes, além de compreenderem o que vem a ser o cuidado integral com a própria saúde, percebe a importância de destinar cuidados a si, em função da especificidade do trabalho que vão exercer e das demandas que ele traz.

E1.6: *“Acho importante para a profissão que a gente vai exercer, pelo que a gente vai começar a ver por exemplo, eu no terceiro ou quarto ano vou lidar com situações difíceis, vou ficar horas sem dormir, você vai ter que dar plantão, ver gente doente, pessoas machucadas, famílias tristes, então eu acho que vai ser importante cuidar de toda parte biológica, psicológica pra gente poder enfrentar essa maratona de trabalho que é grande, mais conciliar com estudos, fazer relatórios, provas, estudar, e pra lidar com essa parte de se envolver com o paciente, com a dor do paciente, com a angústia que a família vai ter, que o paciente vai ter, eu acho importante”*

Por outro lado, tanto no primeiro ano, quanto nas séries seguintes, conseguem fazer a relação entre cuidar de si e o bem cuidar do outro.

E4.8: *“A gente teria que estar bem, não perfeito, mas o mais próximo da sanidade física e mental possível, pra conseguir ajudar (a cuidar das mazelas do outro).”*

E6.5: *“[...] cuidado integral tem muito a ver com a nossa formação, a Famema prega muito o biopsicossocial e a integralidade do cuidado: ver o paciente como um todo, nos aspectos físicos, sociais, psicológicos e tentar resolver os problemas de uma forma integral, com uma equipe multidisciplinar. E para transmitir isso ao paciente temos que receber isso, esse cuidado integral é importante, ele deve existir, o próprio estudante tem que ter iniciativa e melhorar o cuidado de si mesmo e se não conseguir, procurar um apoio”.*

Expressam o quanto a faculdade enfatiza a integralidade do cuidado, referencial esse do SUS e que é incorporado ao discurso dos estudantes fazendo parte intrínseca da sua formação profissional e pessoal.

E4.1: *“[...] o que vem a minha mente é tentar ter a noção do que a gente vê na faculdade e tentar aplicar isso, aplicar questão de promoção de saúde, prevenção de agravos mais frequentes, com práticas de vida saudáveis, evitar drogas, alimentação adequada [...] fazer uma atividade física. Principalmente por estar na área tentar usar o que a gente aprende a nossa própria vida”.*

Alguns estudantes entendem cuidar integralmente de si de forma incompleta citando apenas o cuidado com a saúde física e mental.

“E1.3: [...] cuidado com o nosso corpo, com a saúde psíquica”.

E4.10: “É cuidar da saúde física e mental. É cuidar não só do físico, mas do emocional também”.

E6.4: “Cuidado integral com a própria saúde do estudante de medicina... é isso cuidar da saúde como um todo, dos aspectos emocionais, do físico, da alimentação, do sono [...] ter hábitos de vida saudáveis”.

Enquanto uns não mencionam a dimensão social, outros ampliam o conceito incluindo a dimensão espiritual.

E4.7: “É o cuidado com os quatro pilares, o biológico, o psicológico, o social e religioso. Não só cuidado físico, ou só psicológico, ou só social... mas de tudo”.

Poucos, embora tenham a concepção do cuidado integral referente a valorização de diversas dimensões, priorizam a biológica.

E4.9: “Ah... acho que saúde é bem complexa, além da saúde mental, tem a saúde física, a gente tem que ter uma boa alimentação, tem que ter uma atividade física, ter bons relacionamentos. No estudante de medicina a gente fica com o psicológico para trás e os relacionamentos também, os estudantes são preocupados com o biológico, comer e estudar”.

E6.6: [Referindo-se aos estudantes de medicina] “Só cuidam do biológico, quando cuidam, e precisariam cuidar mais do psicológico também”.

Apesar das mudanças no ensino e na saúde preconizando a integralidade, para alguns estudantes ainda predomina a ênfase no biológico.

Um estudante da 6.^a série apresentou dificuldades em responder a pergunta relativa ao cuidado de si, respondendo o que não é cuidar-se.

E6.2: *“Cuidado integral? Como assim... Não entendi a pergunta...de verdade! Não entendi mesmo!”*

Após repetir a pergunta, a resposta foi: [Referindo-se ao cuidado de si no início da faculdade]

E6.2: *“A gente não dorme direito, a gente não se alimenta direito porque quando tem festa, quem nunca morou longe dos pais, ganha a sensação de liberdade aí quer chegar tarde, mata aula, acaba bebendo demais. Acho que passado o primeiro semestre do primeiro ano você já melhora muito; um ou outro que ainda fica meio... maluco”.*

Considera que no início do curso os estudantes não se cuidam e que isso vai se modificando ao longo da graduação. Podemos inferir que essas atitudes podem ser relativas ao processo de separação dos pais, dos amigos, de um jeito de viver e de estudar e das novas influências na constituição da identidade ao ingressar no grupo de estudantes da faculdade.

A minoria dos estudantes não valoriza o cuidado de si e justifica esse posicionamento das mais diversas formas, como por exemplo, que isso não é possível de ser vivenciado, pois ser adolescente e estar na faculdade, são aspectos incompatíveis com destinar cuidados com a própria saúde.

E1.4: *“A primeira palavra que veio... é uma ilusão. Porque o estudante de medicina apesar de estudar sobre tantas coisas sobre o corpo, fisiologia, etc, sobre as doenças não se preocupa muito com a sua saúde não. [...] Eu penso: nós somos estudantes festeiros, somos mais festeiros que os outros, conhecemos os prejuízos do álcool, do fumo e de tantas outras coisas e não deixamos de fazer uso dessas coisas”.*

O estudante reconhece que é difícil cuidar de si diante da vivência atual. Seria interessante auxiliá-lo na compreensão e no sentido dessas experiências, pois mostra dificuldades em efetivar mudanças.

E1.3: *“Vou falar por mim, mesmo que a faculdade fizesse uma conferencia sobre cuidados sobre a minha saúde acho que eu não mudaria, eu tenho dificuldade de mudar.”*

Dentre os grupos que se formam na faculdade, há os “politicamente corretos” e os “politicamente incorretos”. Neste último grupo “[...] os jovens podem beber demais, frequentemente se iniciam na *canabis*, quando já não são iniciados; usam estimulantes diversos [...]” numa busca por vezes desmedida de reconquistar momentos (perdidos) de plenitude vivenciados na infância.²

Na quarta série ainda há estudantes que compartilham dessa concepção.

E4.6: *“Eu acho que fica muito aquém do estudante de medicina, em todas as faculdades[...]. Por vários motivos, acho que pela própria dinâmica da faculdade, pela própria intensidade que as coisas acontecem, pela própria falta de maturidade. Eu acho que as pessoas acabam entrando muito jovens [...], tem que assumir muitas responsabilidades, é muita pressão, pelos plantões, pela carga horária excessiva, provas de residência, a gente começa a se preocupar muito; e as pessoas acabam achando várias válvulas de escape, umas mais saudáveis outras nem tanto. Você fica tão privado de tantos prazeres, que parece que quando tem a chance, afunda naquilo e o cuidado com a gente mesmo fica em 2º plano.”*

Percebem a faculdade como repleta de fatores que geram os mais diversos tipos de desconforto como: pressão, responsabilidade e excesso de trabalho. Ao citarem as válvulas de escape para esses fatores, nos remetemos aos estudos sobre enfrentamento do estresse ou *coping*. Dentre eles estão atitudes como “fuga, fantasia e busca de alívio”⁵⁰. Diante das várias privações de prazer e do peso da responsabilidade, procuram mecanismos compensatórios, de muita satisfação, de alívio do peso, sem considerar de forma eficaz os riscos ou danos à própria saúde e à própria vida.

Ainda dialogando com os que não valorizam o cuidado de si encontramos respostas como:

E6.3: *“Nunca pensei sobre isso não... acho que seria isso cuidar do biológico e do psicológico. Mas eu acho muito pouco cuidar da própria saúde, a gente já olha tanto pra gente mesmo, acho que tem questões sociais tão maiores, mais gritantes... acho que a gente tem que olhar o processo, porque a principal causa disso é o sistema, é o social, o elo entre o sistema, o professor e o interno [referindo-se ao estudante da 5.^a ou 6.^a série]”*.

Compreendem cuidar integralmente da própria saúde como uma atitude narcísica, tal qual nos primórdios da história do cuidado de si, segundo Foucault¹⁰. Porém integram ao olhar as relações, os serviços e a função do professor, valorizando os conceitos de integralidade das políticas de saúde, da organização dos serviços e do ensino, incluindo aí a relação com o estudante^{18,49}. A organização da realidade externa e sua relação com a organização da realidade interna, aparentemente inconscientes ao estudante, são consideradas como evidentes para o pesquisador... a relação do ambiente externo interagindo com o mundo interno, intrapsíquico. Outra forma de compreender essa colocação é que há correntes filosóficas sobre os processos de saúde e doença que consideram que o adoecer e morrer são consequências de processos que não estão diretamente ligados à assistência em saúde, mas a questões políticas, sociais e históricas que vão muito além dos diagnósticos e terapêuticas, o que também faz sentido⁵¹.

Encontramos ainda a justificativa da reprodução das práticas instituídas ou do sistema de saúde, que não favorecem mudanças no sentido de cuidar do outro nem de si, integralmente.

E4.4: *“Penso que isso é lindo, no papel, mas não acontece, não acontece do estudante para com o seu paciente, apesar do estudante ter a maior boa vontade do mundo, apesar de ele até tentar, mas aí vem o professor, aquele que já trabalha no serviço a mais tempo, já se acomodou, não quer mudar as coisas, aí já breca, o estudante vê que não dá e não aplica nem a ele mesmo.”*

Expressam a dicotomia entre o prescrito e o executado, atribuindo exclusivamente ao outro o fato de não cuidar de si. Concordamos que a força e o poder dos modelos e do sistema na constituição dos sujeitos e na execução das suas práticas é inegável. Porém, mesmo o estudante fazendo parte desse sistema, parece não perceber sua parcela de responsabilidade, seu poder de participação ativa do processo de transformação, aceitando passivamente a reprodução dos papéis, mesmo os dos quais discorda. Parece não perceber que pode ser uma pessoa ativa no seu aprendizado e ativa no seu próprio cuidado.

Alguns estudantes têm opinião divergente quanto ao papel do professor, dizendo que no internato:

E6.3:“ [...] os coordenadores dos estágios alertam para não extrapolar muito, eles tem noção de que é adoecedor...” [referindo-se aos excessos de atividades].

Ou que já foram acolhidos por eles e encaminhados para serviços especializados tanto com relação a agravos físicos quanto psíquicos.

E6.5: “[...] no primeiro ano, eu passava em UPP com uma professora da psiquiatria, e eu tive como se fosse um cisto no pescoço, esteticamente já estava bem visível e ela teve o trabalho de me encaminhar para um cirurgião de cabeça e pescoço [...] dá pra ver que ela sempre me acolheu me ajudou. Então posso dizer que tem uma preocupação, [...] eles puxam a nossa orelha, mas sempre acolhem, essa professora do 1º ano então... marcou. No dia da cirurgia ela ligou, [...] perguntou se estava tudo bem, a gente se sente mais apoiada, mais acolhida, é legal”.

Inferimos que existem profissionais que cuidam mais da própria saúde e outros que não cuidam e que isso também pode interferir na percepção do que acontece com os estudantes, podendo auxiliá-los ou não.

A desarmonia entre o cuidado do médico com a sua própria saúde pode enfraquecer a credibilidade ao orientar o paciente

E1.4: *“Imagine um médico fumando dizendo para o outro não fumar ou médico obeso dizendo para o paciente emagrecer. Acho que o paciente não vai respeitar a opinião dele, pode não aderir ao tratamento e prejudicar o plano de cuidados”.*

Ainda nesse sentido, surge o conflito interno, sobre o que se é concebido e o que é realizado na própria prática, com um aparente pesar, uma certa culpa sobre a impotência diante dessa dicotomia: a razão versus a emoção.

E6.9: *“É difícil responder, a gente sabe o que é certo fazer mas não faz, mas eu acho que é por causa da rotina, falta de tempo, a gente acaba priorizando mais o trabalho, o estudo, ou cuidando mais da saúde do outro do que da gente mesmo”.*

Sair desse conflito certamente não deve ser tarefa fácil. Acreditamos que forças inconscientes, desconhecidas racionalmente para a própria pessoa, podem determinar o comportamento do sujeito. Embora a razão, o conhecimento técnico sobre o assunto, seja plenamente consciente e também tenha sua força, não são suficientes para transformar questões internas do estudante. Segundo Ganzzinelli, há de se considerar a história de vida de cada ser, os aspectos afetivos, intelectuais e culturais, seus valores e costumes, o que pensam e como pensam, para que possa haver uma aproximação com suas práticas, pois “[...] a aquisição de saber instituído não resulta, necessariamente, em mudança de comportamento”⁵².

Os referenciais de saúde do estudante apontam para uma possibilidade de compreensão da parceria, muito cuidado do outro e o não respeito às próprias necessidades de saúde, como a dificuldade de aceitar limites, a finitude do outro e de si mesmo²⁶, aspectos onipotentes conflitando com a própria impotência de oferecer a si o que é necessário. Isso, durante algum tempo, pode representar uma parte tanto do processo de trabalho real, concreto e necessário, quanto da manifestação da constituição da autoestima.

E6.4 *“Atualmente eu fico mais no hospital, esse ano tem um estágio mais cansativo e os outros mais leves. O mais pesado é o da UTI, que dura umas 4 semanas.”*

Supomos que permanecer nesse movimento em demasia ou por longo período pode definir uma autoestima baixa, ou, olhando por outro ângulo, representar a ideia cristã, dos primórdios da história aqui mencionados, de abdicar de si mesmo em prol exclusivamente do cuidado do outro, para receber a aprovação e recompensas divinas¹⁰.

Olhando pelo vértice dos excessos, podemos encontrar o prazer em sentir-se fundamental para a sobrevivência do paciente, sem de fato considerar os recursos que o paciente também tem, num gesto aparentemente altruísta, porém demasiadamente narcísico.

Há de se considerar também o medo de errar e de causar danos reparáveis ou irreparáveis ao paciente:

E6.3: *“ Posso jogar fora os meus seis anos de faculdade se algo acontecer com um paciente”;*

E6.9: *“As vezes vou prá casa e fico preocupado com o paciente, se esqueci de pedir algo ligo...”*

O que acaba causando uma “hiper” investimento nos cuidados com o paciente, na busca da aprendizagem perfeita e em função da sensação de muita responsabilidade.

E que de fato é real, a responsabilidade sobre o outro é grande e ficará ainda maior,

E6.8: *“agora a responsabilidade é muito maior, na época do cursinho passando ou não na faculdade eu ia ser sustentada pelos meus pais, agora sinto que muito além de passar nos exames eu vou lidar com vidas, e a gente vai ter responsabilidade sobre aquela pessoa. Apesar de estar numa faculdade boa, que prepara, mas sempre fica uma insegurança”.*

No entanto se considerarmos a integralidade do cuidado, essa responsabilidade seria compartilhada com o paciente, com o serviço, com a equipe, com o sistema. Dessa forma deixaria a “carga” mais leve para o estudante e conseqüentemente o paciente se tornaria também um ser potente, participativo no seu tratamento.

Do ponto de vista social, este estudo aponta que na opinião dos estudantes quanto mais aquisição de conhecimento e maior experiência possuírem, melhores condições terão para competir no mercado de trabalho.

E4.4: *“Aí tem as atividades extra-curriculares, se eu chegar na minha residência vou ser médico e o que mais você fez, médico todos são, então tem que entrar nas atividades extracurriculares”.*

Além disso, a renda do médico ainda é considerada muito importante pelo estudante, divergindo da literatura, que dizia que esse fator já não era mais tão relevante na escolha profissional²⁶.

E1.4: *“Nós vivemos em um sociedade capitalista, o médico tem, até pelo investimento de tempo que faz nos estudos, ele quer ser bem remunerado. E isso depende do tempo em que ele trabalha. [...] é difícil baixar sua renda para cuidar de si e da família”.*

Percebemos nessa fala que há uma preocupação expressa de um conflito do mundo contemporâneo: como trabalhar e garantir o sustento e ainda assim ter qualidade de vida. Entretanto quando para garantir a manutenção da vida cotidiana ocorre a fusão do médico ou do estudante com o seu paciente ou com os estudos ou ainda com as atividades extracurriculares. O risco de adoecimento aumenta muito e o cuidado consigo mesmo fica irrisório. Segundo Martins-Nogueira, a “simbiose entre médico e o hospital onde não se discrimina quem precisa de quem, impede o profissional de desfrutar outros aspectos da vida não médica”¹. Há de se pensar se isso está a favor da manutenção da vida⁶ ou do caminho para algo mais destrutivo⁷, justificado pela busca de subsistência. Segundo De-Marco, “...em virtude das rápidas mudanças tecnológicas, as inovações dos métodos de trabalho, aos mercados extremamente competitivos, a busca incessante de metas e resultados, e em

particular do desemprego (ou subemprego)...”⁵³, o nível de stress profissional está cada vez maior. São diversas as possibilidades de tentar compreender esse movimento, que demandaria um estudo mais individualizado, uma construção compartilhada de sentidos para essas vivências, tão comuns aos estudantes de medicina.

Podemos afirmar que a maioria dos estudantes da 1.^a, 4.^a e 6.^a séries, que fizeram parte desse estudo, concebe o cuidado integral de si como dar atenção às próprias necessidades de saúde nas suas várias dimensões, incluindo a espiritual. Percebemos que na 6.^a série a maior parte dessas respostas contemplavam as várias dimensões, no entanto foram respondidas com mais ênfase na dificuldade em colocar em prática cuidados consigo mesmo. Concordamos com Millan²⁶ que no sexto ano há o agravante dos processos de separação da faculdade, de novamente terem que ir em busca de competir nesse momento por vagas na residência, da escolha da especialidade e das consequências dessas escolhas para a vida, dos conflitos internos sobre o desejo real de ser médico, do medo da responsabilidade e de falhar. Por vezes podem sentir-se mais invulneráveis, inatingíveis não favorecendo que reconheçam ou atendam suas “[...] necessidades comuns e básicas como horas regulares de sono, lazer com a família e alimentação regular [...]”⁵⁰

Em se tratando do atendimento a essas necessidades básicas de saúde e das rotinas de vida ao longo do curso de medicina, encontramos hábitos e atitudes que são muito parecidos ao longo dos anos e outras que divergem, percepções essas que serão percorridas ao longo dessa análise.

Ressaltamos que em todas as séries encontramos vários estudantes que consideram que cuidam da própria saúde citando suas atitudes e práticas voltadas para a vida. E, também, encontramos em todas as séries, pessoas que não estão satisfeitas com a forma e a quantidade de tempo que estão sendo destinadas para as ações em prol da própria saúde.

Para os estudantes da 1.^a e da 4.^a séries a rotina de vida atualmente é considerada como:

E1.2: “[...] bem corrida, muito corrida mesmo”.

Descrevem uma agenda de compromissos extensa e aparentemente extenuante:

E4.8: “Bem corrida [...] tem muita atividade, tem que estudar muito e eu pego muita atividade extra”.

Os hábitos de vida se cristalizam em função dos horários da faculdade e de suas oscilações,

E4.2: “Meus horários são bem conturbados, depende do estágio que eu estou passando”.

Já na 6.^a série a rotina de vida é considerada monótona,

E6.8: “Ultimamente minha rotina está meio monótona, muito monótona, restrita ao hospital e aos estudos”.

E6.1: “[...] basicamente a gente faz as atividades do 6º ano e estuda, só”.

Percebemos que na primeira série os estudantes apresentam uma tendência maior em assumir muitas atividades extra-curriculares, sem dimensionar bem o trabalho, o desgaste e o tempo que terão que investir em cada uma delas, ainda testando e reconhecendo os próprios limites. Alguns justificam que é para aplacar a solidão e o vazio,

E1.1: “No final do dia sinto angústia, mas meus horários são bem ocupados, sobra pouco tempo para ficar sozinho”.

Outros afirmam que é para preencher as lacunas da faculdade, para sentirem-se mais seguros diante dos métodos, que atribuem a responsabilidade da aprendizagem a eles também.

No início do curso alguns dos estudantes se referem ao cuidado com a alimentação, considerando-o satisfatório.

E1.1: “[...] saudável, como bastante verdura, legumes, arroz sempre dou preferência para o integral [...]”,

E1.2 “[...] *equilibrada, me alimento bem, minha mãe é quem faz meu almoço [...]*”

E1.4: “[...] *passei a cozinhar aqui e gosto da minha comida, consigo até variar o cardápio, essa semana perdi a preguiça de cortar verduras e estou refogando legumes[...]*”

Uma pessoa considera sua alimentação de média para ruim:

E1.6: “[...] *não como frituras, prefiro os assados, mas eu não gosto de comer legumes e verduras e em relação a quantidade [...] também é muita*”

Já no 4^o e 6^o anos, em se referindo as percepções sobre hábitos alimentares encontramos atitudes nos dois extremos. Os que consideram alimentarem-se muito bem, como:

E4.2: “[...] *faço dieta, dieta bem específica, com nutricionista, eu que preparo minhas refeições*”.

Há os que ainda tentam se alimentar em meio às várias atividades como:

E410: “*Eu tento sempre tomar café da manhã, mas eu sempre acabo perdendo hora, aí eu levo algo para comer, meio portátil, um pãozinho, um suco de caixinha, ou uma fruta. Se eu não comer eu passo mal, tenho que comer... Almoço*”.

Passando a ficar mais comum na 4^a série a fazerem as refeições rápidas, nos intervalos das atividades,

E4.4: “[...] *se cheguei em casa as 11 horas da manhã eu sei que tenho que comer rápido para estudar para o ambulatório da tarde. [...] jantar eu tenho um tempinho a mais, mas eu sei que jantar mais longo é sono a menos*”. (referindo-se a ter que estudar até mais tarde).

Chegando a ficar bem desregrada quando estão passando por determinados estágios,

E4.5: “[...] nos dias com atividades nos três períodos, manhã, tarde e noite, não janto, [...] como só porcaria, aí chego em casa e durmo”.

No 6º ano muitos estudantes referem que:

E6.1: “[...] alimentação... não cuido muito bem não, nesses últimos dois anos eu ganhei muito peso [...], a gente acaba comendo qualquer besteira mesmo, pedindo alguma coisa para comer ou indo comer em algum lugar”.

E6.2: “É péssima, de mal a pior (prioriza outras atividades como internet, ou as atividades da faculdade no período da manhã), [...] aí sento e como um pãozinho com manteiga, ou bolacha e saio correndo. Almoço o que tem na geladeira ou um lanche ou como fora, prato feito. [...]”.

Nas falas da 6.^a série percebemos que não há uma preocupação ou o pensar sobre o que se ingere. Esse aspecto fica “perdido” em meio a outras atividades mais valorizadas. Trazem as consequências da alimentação desregrada ou pouco balanceada para a saúde como:

E6.9: “[...] estou bem desleixado, engordei bastante na faculdade, desde que entrei engordei 15 kilos, a gente acaba errando na alimentação e não faz exercício, acaba engordando mesmo”, ou:

E6.4: “[...] ganhei 10 kg no primeiro ano de faculdade e até o 4º ano já tinha ganhado 22 kg. Aí comecei a ter sintomas,[...] cansaço, desânimo, procurei um endócrino e foi diagnosticado síndrome metabólica”.

Na literatura sobre a saúde dos médicos no Brasil, encontramos que uma das consequências do estresse do trabalho médico pode ser a maior suscetibilidade a diabetes e as síndromes metabólicas³⁴. Em outro estudo, sobre fatores de risco para doenças cardiovasculares em estudantes de medicina, o resultado apontou que o sedentarismo, os antecedentes familiares, sobrepeso, dieta que favorece perfil lipídico e o uso semanal de bebida alcoólica colocavam os homens em desvantagem, com relação às mulheres para desenvolverem tal doença⁵⁴. Se pensarmos na escassez de prazeres, nas privações relatadas pelos estudantes, o mecanismo compensatório de obter prazer através do alimento e da bebida pode ser uma saída encontrada para

ter satisfação imediata e alívio da tensão. Essa busca por prazer oral, essa voracidade, entretanto, pode ser ainda decorrente da ansiedade frente a muitos estímulos, internos e externos.

Outra atitude ainda relacionada à alimentação das estudantes da 6.^a série são os regimes para emagrecer, chamados por elas de “projeto formatura, ou seja, caber no vestido”. Há uma inversão, não é o vestido que tem que caber nelas, mas elas no molde do que a sociedade preconiza como modelo de beleza e saúde, que é a mulher magra. Regimes mais saudáveis também são encontrados em pessoas da 6.^a série que conseguem manter uma alimentação considerada normal, fazer todas as refeições, e, na medida do possível, balancear o que ingerem:

E6.5: “[...]restringo a alimentação, mas não deixo de comer não! Pratico mais esporte.”, até atitudes mais extremadas como

E6.3: “[...] a gente sabe que as meninas pedem inibidores de apetite para os residentes e eles dão. Elas precisam caber no vestido”.

Chama a atenção o fato de que na primeira série parece haver um prazer em cozinhar, em se alimentar e o pensar na própria dieta, no 4.^o ano isso está em fase de transição, em alerta, e que no 6.^o ano, segundo os estudantes entrevistados, os cuidados com a alimentação rareiam muito, tendo maior propensão ao adoecimento. Se formos considerar que o desencadear desse adoecer teve maior incidência na 4.^a série, pensamos que seria interessante a faculdade retomar esse assunto, que já é abordado nas primeiras séries, ao longo do curso. Não se trata de deixar todos magros, ou seja, atender às expectativas sociais de beleza, mas de buscar, junto com os próprios estudantes, sentido para essas experiências que os colocam em risco.

Outro aspecto que pode ser destacado, ao longo do curso, na questão de hábitos e necessidades básicas é a escassez do sono. Na maior parte das entrevistas encontramos mais pessoas que afirmam não dormir bem, nem o suficiente para se restabelecerem, do que alguns poucos, que não abrem mão de uma noite bem dormida.

A justificativa para o pouco sono é, principalmente, a ansiedade, anterior à entrada na faculdade e que vai se tornando cada vez mais intensa nas épocas que antecedem as provas:

E1.2: *“Sou uma pessoa bem ansiosa, então tenho dificuldade para dormir, acordo no meio da noite, dormir 8 horas seguidas é raro [...] época de prova é mais difícil ainda, nunca fui de dormir muito, mas agora está pior”.*

Estudo noturno:

E1.3: *“Me habituei a dormir pouco. Às vezes durmo umas duas ou três horas, quando o assunto da tutoria é muito importante”.*

E4.6: *“Eu sou noturno para estudar, começo as dez da noite e vou até as duas da manhã, acordo as seis e meia”.*

E6.2: *“[...] vou dormir umas duas da manhã, começo a estudar umas 8 horas, eu rendo melhor a noite.”*

Na 6.^a série a justificativa são os plantões, que começam de forma mais intensa no 5^o ano,

E6.3 *“A gente dorme muito pouco nos últimos anos de faculdade, começa no 5^o ano onde muda tudo”* (citando a entrada no hospital, as responsabilidades e aos plantões noturnos).

Alguns estudantes da 4.^a e da 6.^a séries relatam que, no início do curso, não dormiam porque iam muito às festas da faculdade. Porém a maioria dos estudantes entrevistados, da primeira série de 2012, afirma não gostar de festas ou que vão raramente às mesmas. Apenas um deles reporta que se considera festeiro.

Os estudantes da primeira série não percebem prejuízos nas atividades diurnas em função da escassez de sono, porém os da quarta série começam a perceber quando apresentam sintomas.

E4.6: *“Sim, (atrapalhou) porque eu almoçava e dormia, chegava próximo da atividade acordava e ia, se tinha alguma janela durante o dia, dormia. Ia com aquele ânimo, né. Os estágios não, (atrapalhou) mas a minha saúde sim. Fazia*

minhas atividades bem feitas. Fiquei esgotado mentalmente, prejudicava minha fisiologia mesmo”.

Afirma ter procurado o Nuadi, porque não estava se sentindo bem. Outro estudante, da mesma série, relata ainda que:

E4.10: *“Varias vezes aconteceu de sair um dia e a gente ter atividade e outra pessoa que estava fazendo anamnese e eu estava quase dormindo, não conseguia prestar atenção e o paciente percebe. Teve uma situação que eu tive insônia e a pessoa percebeu que eu estava cansada e perguntou se eu estava bem, parecia que a situação tinha se invertido”.*

Fazendo uma leitura geral sobre a questão da privação de sono, percebemos que os estudantes da primeira série envolvem-se em muitas atividades extracurriculares e, para atender as exigências de estudo, tanto do curso curricular quanto das outras atividades, invadem a noite estudando. Na quarta série deixam vários estágios extras para se dedicarem mais ao curricular, que segundo eles, solicita bastante.

E4.6: *“Eu sempre peguei muita atividade extra curricular, mas no final do 3º ano eu percebi que estava muito pesado. Fiquei só com o currículo da faculdade e a iniciação científica, que já toma bastante tempo”.*

Parece que já estão um pouco mais maduros para conseguir abrir mão de alguns compromissos ou para respeitarem seus limites e identificarem suas necessidades.

E4.5: *“Sono eu não abro mão. Durmo todas as noites 8 horas todos os dias. Se não o outro dia pra mim é imprestável, não funciona”.*

E6.8: *“Não costumo avançar a noite não, tem hora que não absorvo mais, vou dormir”.*

Os que não conseguem colocar esse limite podem adoecer. Alguns percebem e buscam ajuda. Outros, não.

Praticamente todos os estudantes entrevistados consideram-se ansiosos. Alguns consideram a ansiedade como parte da identidade ou da rotina e que isso é inerente ao curso.

E4.3: *“Eu sou ansioso, mas eu acho que é normal pela quantidade de coisa que a gente tem de fazer... acho que não vou conseguir, que não vai dar tempo de cumprir o que se tem que cumprir [...] eu fico meio ansioso, tem prova também e daí, ainda fico mais ansioso”.*

Apenas um deles nega a ansiedade:

E1.6: *“ Ansiedade não, nunca fui ansioso, não sou nervoso, nem irritado, o pessoal [...] fica tentando me irritar, prá ver se eu fico nervoso mas não fico não, sou bem tranquilo. Não fico ansioso nem antes de prova...”*

A insônia em médicos e em estudantes de medicina é uma das queixas mais frequentes e não é apenas associada ao ritmo de vida acelerado, mas como um dos sintomas da ansiedade também¹.

Vários se consideram além de ansiosos, irritados.

E6.7: *“[...] irritado também, como eu te disse sou muito crítico e fico irritado quando não concordo com o que vejo”.*

Alguns justificam que é pela falta de sono suficiente,

E6.8: *“[...] não chega a ser tristeza mas fico muito irritada, com baixa tolerância, isso já aconteceu no cursinho acho que fiquei um pouco assim, mas acho que tristeza não, é irritabilidade mesmo, falta de dormir mais.”*

E outros, por sentirem-se pressionados pelo excesso de conteúdos para estudar e o pouco tempo para isso.

O medo da reprova é considerado também um fator gerador de ansiedade, pois pelo fato de não poderem trabalhar e manterem-se financeiramente, têm medo de reprovar, de sobrecarregarem os pais ou adiarem a entrada no mercado de trabalho.

A natureza do curso também é percebida como um fator que gera medo e ansiedade, pois entram em contato com diversas patologias e muitas vezes identificam-se com os casos:

E6.4: *“Essa semana mesmo eu peguei um caso de câncer de laringe, com uma massa no pescoço e aí não teve jeito de pensar e associar o fumo ao câncer, me fez querer ainda mais parar de fumar”.*

Segundo Pereira, “a ansiedade constante propicia o surgimento de outras patologias, reduz a imunidade, diminui a qualidade de vida, predispõe a depressão e ao uso e abuso de álcool e outras drogas”⁵⁵.

Esse seria um tema bastante importante para discussões em um caso de tutoria: a ansiedade dos estudantes e suas repercussões na vida pessoal e profissional. Não apenas do ponto de vista dos riscos, mas da promoção em saúde e do que é possível ser realizado para atenuar esses sintomas.

Poucos se consideram deprimidos e contam que procuraram ajuda:

E4.10: *“Era muito trabalho, muita pressão e aí eu desandei totalmente, [...] tive uma depressão. No começo eu achava que era cansaço, que eu não estava sabendo lidar com a pressão. Daí, fui afundando muito eu perdi a vontade de fazer o que eu mais gostava [...] só queria ficar deitada assistindo tv, dormindo, dormindo e qualquer coisa era motivo pra chorar. Cheguei a pensar em suicídio. Eu mesma procurei ajuda de uma psicóloga, procurei o Nuadi. Parecia que eu precisava ser perfeita, que não podia errar”.*

Outra situação, na mesma série:

E4.9: *“[...] sempre tive problema de sono, insônia pesadelos recorrentes, sempre fui muito ansiosa e sempre chorei muito, achava que era normal. Mas no primeiro ano aqui eu chorava todos os dias, não queria viver. Fazia um esforço muito grande para ir para as atividades. Estava acima do normal. Eu procurei o Nuadi, foi diagnosticado uma depressão. Estou em tratamento e bem melhor”.*

Nos dois casos, as pessoas relatam que já haviam apresentado sintomas depressivos antes mesmo de ingressarem no curso, assim como nos casos de ansiedade. Inferimos que não foi a faculdade que gerou o adoecer, mas que pode ter sido mais um fator desencadeante para o processo. No entanto, essas pessoas procuraram ajuda em um serviço oferecido pela própria faculdade, que considera a necessidade de oferecer auxílio psicológico e psiquiátrico para os estudantes, um apoio por vezes vital para a saúde dos futuros médicos. Abrindo um parêntese, praticamente todos os estudantes entrevistados referem que sabem da existência do Nuadi (essa questão não fazia parte do roteiro de entrevistas e surgiu espontaneamente nas respostas dos estudantes), alguns poucos se referindo de forma negativa ao serviço, outros tantos considerando que se precisassem procurariam esse serviço. Vários deles, usuários ou não, falaram de forma bastante positiva do atendimento lá oferecido.

É comum encontrarmos na literatura sobre a saúde dos médicos ou dos estudantes de medicina que há prevalência de transtornos ansiosos, depressivos e uso de substâncias químicas^{3,34}. Os estudantes envolvidos na pesquisa atribuem esses sintomas ou transtornos, à rotina da faculdade, à falta de cuidados consigo mesmo e também à falta de tempo. Na sexta série enfatizam que a prioridade é estudar para as provas de residência, não é cuidar da própria saúde.

E1.4: “[...] médico não cuida da própria saúde porque não tem tempo”

Alguns percebem que estão se excedendo no estudar, no comer, nas atividades que assumem, nos prejuízos para a sua saúde. Outros se sentem sobrecarregados, porém não se percebem em condições de modificar esse quadro e há quem não perceba os excessos:

E4.1: “[...] nada de excessos, sem excessos” .

Segundo Foucault, conhecer a si mesmo pode oferecer maior liberdade, pois reconhecer seus próprios limites seria uma saída para a “escravidão assídua”¹⁰.

Poucos estudantes da primeira série procuram o auxílio de um profissional especializado, tanto para os sintomas físicos, quanto para os psíquicos. Para os sintomas físicos utilizam recursos caseiros e até mesmo medicação:

E1.4: “Uso gelo, raramente uso analgésico, só em circunstâncias que não dá para abrir mão”.

Caso não tenham efeito, procuram um médico em um serviço. Para as questões psíquicas, utilizam outras estratégias de enfrentamento, como rezar, tocar um instrumento musical, tomar uma cerveja ou conversar com amigos. Referem que se precisassem, procurariam o NUADI.

Os estudantes da 4.^a série referem que utilizam medicações como antitérmicos, antigripais e caso os sintomas não passem procuram um médico. Há pessoas diz que tem familiar médico que fazem suas prescrições quando necessário.

E4.8: “Não vou ao médico, faço consulta de corredor, depois de tentar me auto diagnosticar. Mas também quase não fico doente. Só tenho cansaço, de doença mesmo nada”.

Para as questões psíquicas, referem procurar profissionais especializados quando precisam ou utilizam outras estratégias como orar, conversar com um namorado ou namorada, comer, dormir, tentar se controlar, manter a vida regrada, com horários, pausas e lazer. Usam estratégias duvidosas e arriscadas, sem diferenciar a função social e profissional.

Os estudantes da sexta série, dizem que, caso necessário, se automedicam ou pedem prescrições para colegas residentes e adiam ao máximo a busca pelo médico.

E6.1: “Normalmente a gente se automedica. Risos. Se é alguma coisa assim, alguma dor, antes de procurar o médico a gente tenta tomar alguma coisa. Inclusive foi o que eu fiz quando tive crise, comecei a tomar remédio aí como não tinha solução dos sintomas, depois que eu já tinha tentado é que eu fui no médico”.

Uma pessoa diz já ter tido consequências para sua saúde em função dessa atitude, utilizando medicação prescrita por colega, que desencadeou uma “retocolite aguda”, diagnosticada quando o quadro já estava mais grave, por um médico especialista.

Constatamos que as pessoas entrevistadas referem ter a prática da automedicação com frequência, indo ao encontro dos achados na literatura sobre automedicação em estudantes de medicina¹ e da população em geral. Consideramos que, nessa população, a automedicação acompanha a ampliação dos conhecimentos adquiridos na graduação. Na primeira série utilizam remédios caseiros como chás e gelo, na quarta, antitérmicos, analgésicos e antiinflamatórios e na sexta série se automedicam com remédios mais fortes, prescritos por colegas ou por eles mesmos. Mas, a maioria desses estudantes de medicina afirmam procurar um médico ou serviço especializado quando apresentam sintomas físicos.

Chamou a atenção na fala dos entrevistados que a maioria dos estudantes, de todas as séries, já praticava uma atividade esportiva e que atualmente ainda a praticam. Poucos dizem não gostar ou estarem parados por enquanto. Esse dado é encontrado desde a primeira série até a sexta, porém no internato a frequência da prática esportiva é menor. Relatam gostar e praticar várias modalidades como futebol, handball, atletismo, ciclismo, voleyball, natação, kikbox, caminhadas, ginástica em academias e corrida em pista próxima a faculdade. Para alguns esse é um meio de alívio da tensão e de cuidado com a própria saúde.

Tanto na 1.^a quanto na 4.^a e 6.^a séries a autocobrança com relação ao estudo é muito frequente e a “[...] sensação de não estudarem o suficiente é muito comum”²⁴.

E1.3: “Nunca senti que estudei demais, mesmo estudando até de madrugada nunca acho que eu estudei o suficiente, mesmo porque por estudar no dia anterior eu acho que já não estudei direito”.

E4.8: “E no 4º. ano o volume de conteúdo é gigantesco. Então eu sempre tenho um conteúdo atrasado. Tenho uma lista de conteúdos atrasados [...] tento não me cobrar muito por isso, mas às vezes não dá”.

E6.6: “[...] estou o tempo todo olhando para o que falta estudar, o volume de matéria é gigantesco, e mesmo estudando a gente só vai vendo a matéria que se acumula”.

O mesmo ocorre com relação ao lazer. Nos três grupos em estudo encontramos os que conseguem manter atividades como sair com amigos, dançar, ir a barzinho para conversar, reunir amigos em casa, viajar, ir ao cinema, teatro, ler outros livros que não sejam da faculdade, ir para a internet, namorar ou simplesmente descansar. Outros ainda que reduziram bastante os contatos sociais e as atividades de lazer, sobrando muito pouco tempo para isso em função dos estudos.

Do ponto de vista social, no que diz respeito ao contato com familiares, abre-se um leque de situações, que vai do contato diário para o semanal, o mensal, chegando na minoria, a anual. Isso é atribuído à distância entre Marília e a cidade de origem e ao tempo de viagem necessário para chegar ao destino. Os últimos dizem sentir bastante falta dos pais e irmãos, mas que se acostumaram.

Há também a preocupação com o tempo de formação e a constituição familiar. Para as mulheres fica a preocupação de encontrar um parceiro a tempo de serem mães e de unirem-se, mesmo que ocorra a possibilidade de separarem-se de cidade durante a residência.

E4.9: “Mas eu tenho esse receio sim, de não encontrar alguém ou de encontrar e ser muito tarde porque eu quero ter uma família . E faço as contas e vou terminar a residência com 28, 29, casar e ter filhos vou ter mais de 30 anos, a maioria das pessoas que segue essa carreira formam família bem mais tarde, eu gostaria que fosse mais cedo”.

Para os homens a preocupação situa-se no conflito entre muito trabalho e pouco tempo para a família. É um curso longo, que justifica essa preocupação.

E4.4 “[...] eu gostaria de ter família, casar, ter filhos, gostaria de saber como faz para distribuir o tempo pra tudo isso, agora não tenho tempo nem para ficar com a minha namorada!”

E1.4: “É paradoxal, o médico ter tempo para cuidar dos outros e não ter tempo para cuidar da própria família”.

Eles estão nessa fase, saindo da adolescência e é natural que procurem um(a) parceiro(a) para constituir família, porém essa é mais uma questão que pede acolhimento e que seria de grande valia se pudesse ser abordada em algum momento do curso, pois pode ser mais um fator gerador de estresse e de ansiedade.

Nessa primeira temática, procuramos abordar as concepções que os estudantes têm sobre cuidados com a própria saúde e as percepções sobre suas práticas. Fizemos inferências e tentamos correlacionar os achados com a literatura. Os resultados dessa análise apontam que os estudantes compreendem o que é cuidar de si racionalmente, porém a percepção que têm é que nem sempre isso é possível ser vivenciado, por diversos fatores, tanto externos como internos. Os internos referem-se, na maioria das vezes, ao conflito entre saber e fazer e os externos dizem respeito às queixas com relação ao sistema, à faculdade e ao curso.

As percepções, opiniões e sugestões sobre a abordagem da faculdade quanto à saúde do estudante e os resultados encontrados na análise dos documentos institucionais são discutidos na próxima temática.

b) Um diálogo: entre a percepção dos estudantes e os documentos institucionais.

Essa temática se refere a um diálogo em que a pesquisadora realiza entre as percepções dos participantes sobre a maneira da faculdade abordar o cuidado integral com a saúde dos estudantes e o que existe nos documentos institucionais a esse respeito.

Nas entrevistas com os estudantes de medicina da primeira, quarta e sexta séries, encontramos que na maioria das vezes em que foram questionados sobre temas relacionados à saúde dos estudantes, alegavam não se recordarem ou não terem estudado vários desses assuntos ao longo da graduação. Porém, durante as entrevistas sempre se lembravam de pelo menos um tema que foi abordado em tutoria, ou conferências ou ainda em conversas com amigos e atividades extracurriculares. Elencamos esses temas e colocamos em um quadro.

QUADRO 07: TEMAS ABORDADOS NA GRADUAÇÃO NA PERCEPÇÃO DOS ESTUDANTES

TEMAS DISCUTIDOS	FALAS DOS ESTUDANTES
Stress em estudantes de medicina.	<p>E1.1: <i>“Logo no primeiro caso que abriu, foi de uma aluna estressada”.</i></p> <p>E1.1: <i>“No primeiro dia de aula tivemos uma palestra com a psicóloga do Nuadi, que falou sobre stress em estudantes de medicina”.</i></p> <p>E4.9: <i>“ [...] o caso da estudante que teve herpes, porque mudou de cidade, os aspectos psicológicos, o stress, tinha que estudar o dia inteiro.”</i></p> <p>E6.1: <i>“Me lembro que a psiquiatra do Nuadi escreveu um livro, fez uma pesquisa sobre prevalência de transtornos psiquiátricos, psíquicos em estudantes de medicina, mas não vou saber falar sobre isso agora”.</i></p>
Coping ou estratégias de enfrentamento do stress	<p>E1.5: <i>“Participei de um estudo apresentado por uma psiquiatra do Nuadi e ela também falava do coping. Vi esse assunto em (outro lugar também), de como enfrentar o stress dentro do curso de medicina, como lidar com a questão do trote, da hierarquia na área da saúde, do uso de narcóticos como uma das estratégias de enfrentamento do stress, da automedicação praticada por estudantes e profissionais da saúde. Mas em casos de tutoria só vi o stress do estudante, superficialmente e nem foi cobrado”.</i></p>

Síndrome de Burnout	E4.6: “[...] acho que a gente viu um caso de burnout do cuidador, mas bem pouco”.
Qualidade de vida em estudantes de medicina	<p>E1.2: “O que a gente conversa é sobre a residência se eu quiser ter qualidade de vida vou para tal área, se escolher outra área vou ter que viver no hospital, mas é isso” .</p> <p>E4.4: “Você só escuta qualidade de vida do paciente, integralidade do cuidado do paciente, mas nunca isso é reaplicado aqui na faculdade”.</p>
Dependência Química	<p>E1.2: “A gente já conversou sobre isso entre nós, entre amigos porque temos observado que tem um índice elevado de [...] uso de drogas, principalmente maconha e cocaína (entre estudantes) . Dentro da faculdade eu não tive acesso, nem em tutoria, nem em conferência...”</p> <p>E4.8: “Acho que teve um caso de estudante de medicina sim. Teve um, que era dependente, mas foi muito pouco abordado. [...] Teve uma conferencia uma vez, mas é muito superficial”.</p> <p>E6.1: “Dependência química, sim, vimos no primeiro ano, em tutoria, em uma conferência e no 5º ano a gente passou no Caps, que é o centro de atendimento aos dependentes de drogas”.</p>

Automedicação	<p>E4.1: <i>“Automedicação, fizeram um trabalho, passaram uma pesquisa para verificar automedicação em estudantes. Eu lembro que respondi o questionário, mas não vi o resultado”.</i></p> <p>E4.3: <i>“Também já teve, no 1º. e 2º. ano falaram bastante sobre automedicação, principalmente de...não com a gente né, mas de pacientes no geral”.</i></p> <p>E6.4: <i>“ Com os outros, não com estudantes”.</i></p>
Doenças Sexualmente Transmissíveis e Prevenção	<p>E4.5: <i>“Nós tivemos um caso agora de um estudante que namorou durante 3 anos sem usar preservativos e a moça viajou para o exterior. [...] estava namorando outra moça há 3 meses e usava preservativo. E ele contraiu aids e sífilis. O caso é real” .</i></p>
Biossegurança	<p>E4.1: <i>“Só (discutiu) casos de biossegurança, acidentes biológicos, acho que é o único tema relacionado”. (a saúde do estudante).</i></p> <p>E4.5: <i>“Teve (caso de tutoria sobre saúde do estudante) com relação a acidentes biológicos... sobre vacinas, fomos chamados para tomar a vacina e fazer exame de sorologia...”</i></p>

<p>O estudante de medicina como paciente</p>	<p><i>E4.4: “Procurei o ambulatório porque eu estava ruim, fiquei doente, eu deixei de ser estudante e passei a ser paciente. Foi só virar a cadeira, virei paciente, algum dia aqui todo mundo vai ficar doente e a assistência que eu quero é a que eu estou estudando, a da integralidade do cuidado”. “(Já estudou o tema em atividade extracurricular e viveu a experiência)</i></p>
<p>Gerenciamento da vida médica</p>	<p><i>E6.6: “Do estudante não muito mas os profissionais médicos, sim. (Discutiu com amigos). Acho que seria importante (discutir na faculdade) sim. Trazer pessoas que tem mais experiência, que conseguiram se dar bem nessa fase e como a gente poderia fazer. Querendo ou não a gente se preocupa quando vai ter uma família, casar, ter filho, agente sabe que a vida é muito puxada, porque as especializações são de 60 horas semanais às vezes mais, quando a gente começa a pensar nisso dá até uma rebaixada, o horizonte nessa parte não é tão bom, eu gosto muito do que eu faço, é o que me dá força pra levantar cedo e fazer o que tem que fazer, mas tem que se organizar muito bem pra fazer o que planeja na vida ... Sinto muita falta de alguém para nos orientar”.</i></p>

Comparando os resultados da análise documental com o que os estudantes disseram ter apreendido dos assuntos abordados sobre cuidados com a própria saúde, ao longo da graduação, na questão 7 do roteiro de entrevistas (Apêndice B), percebemos que há uma coerência entre o que a faculdade oferece e o que os estudantes apresentaram como resposta, como por exemplo stress, automedicação, biossegurança, dependências químicas, doenças sexualmente transmissíveis, prevenção de doenças e integralidade do cuidado.

No entanto no programa pedagógico de 2011, foram encontrados outros assuntos que não foram citados pelos estudantes, como alimentação e obesidade, compulsões, adolescência e aspectos biopsicossociais. Esses casos não citavam diretamente o estudante de medicina, eram casos nos quais o estudante poderia se identificar em função de serem muito próximos da realidade que vivem. Assim sendo, é possível que eles se recordem exclusivamente dos problemas em que foram citados como estudantes. Outra possibilidade é que os estudantes da 1.^a série ainda não tenham tido tempo para entrar em contato com todos esses temas. Mais um fator a ser considerado é que nesse momento da entrevista o enfoque muda, não questionamos algo da vida atual, mas algo que exige o trabalho da busca interna, da memória, do que foi absorvido ao longo da graduação, no caso da 4.^a e 6.^a séries. E também, de reconhecer que a faculdade preocupa-se com a saúde do estudante, que destina cuidados a eles, realidade esta muitas vezes negada por quem deseja cuidar do outro.

Os pontos divergentes entre a percepção dos estudantes e o que foi preconizado no currículo é a valorização desses assuntos, que são considerados pelos estudantes como abordados pelos tutores e pelo grupo de forma superficial, ou não são considerados importantes. Serão importantes apenas se tratarem de questões biológicas:

E4.9: “Eu não gostava de abordar esse assunto na tutoria, não que não seja importante, mas naquele momento é muito superficial e a gente não queria falar disso, (queria falar do biológico) mas se tivesse um psicólogo para conversar sobre isso seria interessante! Fazer uma atividade sobre isso e como

tentar passar por essas dificuldades. Meu tutor era (da área de exatas), eu nem conhecia aquela pessoa ia falar sobre mim, não sei se é o ambiente. E um tutor que nem quer ouvir o que os outros não querem falar. Foi importante, mas talvez se fosse abordado de outra forma, com um psicólogo, seria melhor”. “A fragmentação teórica persiste apesar das tentativas de integração e interdisciplinaridade nos problemas de papel da ABP”⁵⁶.

A interpretação para o que foi encontrado na análise documental, em nosso modo de ver, é que a inserção desses temas pode ser considerado um cuidado da faculdade para com o estudante, conforme já citado anteriormente, porém alguns acadêmicos entrevistados, embora considerem importante a discussão sobre os cuidados com a própria saúde, percebem a abordagem do tema, pela faculdade, como superficial. Para Komatsu: “Da intencionalidade do currículo manifesto num documento oficial, o currículo prescrito pela instituição, ao gesto: a ação concreta de desenvolvimento curricular dos professores e estudantes há um caminho a seguir que nem sempre é retilíneo, plano e bem traçado, que usualmente é íngreme, e, por vezes, pantanoso, tortuoso”⁵⁶.

Consideramos que embora tortuoso, há um caminho a ser seguido, que envolve uma relação dialógica entre currículo, instituição, estudantes e docentes, como já ocorreu em outros momentos de mudança ou de revisão curricular nessa mesma instituição. Na verdade, também não temos acesso se isso já ocorre e em que medida, pois não observamos a prática. Mas, pelo olhar dos estudantes, acreditamos que esse seja mais um passo nessa caminhada.

Entretanto, quando questionados se os conteúdos que estudam os fazem pensar na própria saúde, muitos respondem afirmativamente. E1.6: *“De uma forma não muito perceptiva, acaba influenciando (os casos de tutoria), eu parei de comer fritura aqui, não como mais muito doce, não pensei, mas já vi muito caso de hipertensão e por isso diminuí também o sal*”.

Alguns acreditam que discutir o tema nas tutorias ou em conferências é uma forma de falar sobre o cuidado de si, abrangendo todos os estudantes. E que a discussão:

E6.6: “[...] *deveria acontecer de forma leve, junto com a prática*”.

Quando acontece esse tipo de abordagem o assunto

E4.5: “[...] *cai no moralismo, no que é correto fazer e além de ficar pesado, gera o afastamento do estudante do assunto*”.

O papel do tutor nesse momento é fundamental para a condução do grupo, de forma que não seja algo imposto, mas de reflexão sobre cuidados com a própria saúde, além da saúde dos pacientes.

Outros ainda sugerem que os professores poderiam abordar o assunto de forma indireta, não citando explicitamente o estudante, pois isso gera resistência.

E1.5: “*Acho que talvez uma conferência falando de qualidade de vida do estudante, ou sobre o profissional da saúde, já relacionar [...] com outros assuntos, mas não fazer um caso só com o estudante. Ele não quer saber que pode adoecer, que é vulnerável como qualquer outra pessoa, isso precisa ficar negado*”.

Aqui temos novamente a questão da adolescência e da fantasia de que os riscos são apenas para os outros, que nada irá acontecer com eles, defesas onipotentes que não auxiliam no próprio cuidado, porém que são inerentes à fase em que se encontram e que precisam ser trabalhadas.

Alguns afirmaram que deveriam ser criados novos espaços para se conversar sobre o assunto, dentro da academia:

E1.5: “*Seria importante ter um espaço para discussão desses temas*”,

Não pelas vias clínicas, como o NUADI, sentido por esses estudantes como se já estivessem doentes, mas em tutorias e conferências. E que fosse:

E6.8: “[...] oferecido um suporte para o 6.º ano, com relação a essas questões que angustiam, um guia de onde e como procurar emprego, como lidar com situações em que a gente se envolve com o paciente, quando paciente vai a óbito, coisas que podem, com o tempo prejudicar nossa saúde”. “A gente vê bastante isso nos primeiros anos e agora que mais precisa, não tem”.

Outros acham que esse assunto é para o NUADI, não para a faculdade. Os grupos de reflexão ou oficinas de qualidade de vida poderiam ser uma forma de contemplar essa necessidade aqui explicitada.

A grande maioria refere que abordar o cuidado de si na graduação é interessante e importante e sugerem ainda discutir os hábitos de vida dos estudantes e incentivar hábitos saudáveis:

E4.5: “[...] em atividades em que o estudante tem que ensinar, eu acho que ele está [...] aprendendo também, sem perceber” a se prevenir de doenças ou a promover saúde.

Embora relatem não terem estudado oficialmente vários temas levantados nas entrevistas, apresentam suas próprias opiniões sobre a relação entre políticas de saúde, o sistema de saúde público e a saúde e o adoecer do médico e do estudante de medicina

E6.9: “O número de atendimento de pacientes também é muito grande, acho que tem paciente demais para médico de menos, então o médico acaba ficando estressado, piora sua qualidade de vida. Por exemplo, se você dá um plantão de 12 horas no pronto socorro a média de atendimentos é de 80 a 100 pacientes, é muita coisa. Aí a gente acaba não dando atenção que deveria dar para o doente, acaba comendo alguma bola, deixando passar, por causa desse número excessivo. E aí as pessoas não tem paciência, acham que está demorando muito, aí fica criando aquela situação desagradável, aquele ambiente de trabalho pesado”.

Vários estudantes acreditam que a impotência gerada pela falta de recursos e pelas precariedades do sistema também podem contribuir para o adoecer dos profissionais e, também, para a falta de qualidade de vida. Ao

discutirem as dificuldades do sistema de saúde identificam também os conflitos entre exercer a medicina trabalhando no SUS e ser médico no consultório particular, em função das limitações dos serviços públicos e da saturação do mercado para determinadas especialidades. Trazem informações e dúvidas quanto a como abrir um consultório particular e suas críticas com relação aos convênios de saúde, a renda do médico e como gerenciar o tempo de trabalho, lazer, família, e qualidade de vida, fatores esses descritos pela literatura¹⁻⁵³.

Consideramos importante elencar as referencias acerca do cuidado de si discutidas fora da faculdade, pois entendemos que esses assuntos estão latentes, pedem um espaço maior de reflexão e podem expressar as concepções e percepções dos estudantes com relação à faculdade, ao sistema de saúde e aos cuidados consigo mesmo.

E4.3: “ *É um trabalho interessante (a pesquisa) a gente não fala muito disso na faculdade, mais entre a gente mesmo*”.

Com base nos resultados obtidos nesse estudo, identificamos então uma situação problema: uma boa parcela de estudantes de medicina que cuida muito pouco da saúde como um todo, tanto nos seus aspectos biológicos, como das necessidades básicas de vida²⁴, o que inclui sono e alimentação, psíquicos, como a ansiedade e sociais, como as privações de lazer e de convívio com amigos e familiares. Tentando pensar, através dessa pesquisa, quais seriam as várias possibilidades de auxiliá-los na ampliação do atendimento às próprias necessidades de vida e de saúde, olhamos por um lado para o currículo, que aborda ações preventivas sobre a saúde do estudante e por outro, o que os estudantes concebem sobre cuidado integral com a própria saúde, o que apontam no papel do professor, da faculdade e do sistema de saúde como fatores que podem contribuir ou não com o cuidado com a saúde do estudante de medicina.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho procurou compreender as concepções dos estudantes de medicina sobre cuidado integral com a própria saúde durante a graduação e identificar, nos documentos institucionais, como a faculdade insere em seus protocolos oficiais, públicos e restritos, o tema “cuidado com a saúde do estudante”.

Para tanto buscamos nos embasar em referenciais teóricos que trazem o conceito de cuidar de si, desde os primórdios da história, passando pelos filósofos gregos, por Foucault e Heidegger, tecendo uma compreensão mais profunda de cuidar. O cuidado ao longo da história foi alternando vários sentidos e práticas, desde o pensar em como atender as necessidades físicas até relacionar-se, doar-se, preservar a si e ao outro. Ficamos com a ideia de que cuidar está intimamente relacionado ao instinto de vida, àquilo que pulsa no humano, contrapondo-se ao instinto de morte, à dissolução. A função do cuidar também pode estar comprometida, pois cuidar demais do outros, em detrimento de si mesmo, pode acarretar danos à vida da pessoa e do outro. E o inverso também, atitudes muito narcísicas, escassas de altruísmo, podem trazer danos irreparáveis ao outro e a si mesmo. Cuidar está a favor da preservação da vida, mas também pode ser atravessado por interesses políticos e econômicos que podem sobrepor essa primeira função.

A integralidade do cuidado nos trouxe o histórico do modelo biológico para a ampliação do olhar para o ser humano em suas várias dimensões. Os referenciais de saúde do estudante nos auxiliaram a compreender os aspectos inerentes ao curso de medicina e os aspectos psíquicos que estão diretamente relacionadas à formação da pessoa e do médico.

Partimos do pressuposto de que na sociedade existem indivíduos com maior exposição aos riscos de adoecer e que outros não. Na abordagem dessa pesquisa pudemos concluir que de fato isso procede. Na maioria dos casos, no relato dos estudantes de medicina, sempre havia histórias de colegas que vivenciaram situações muito perigosas. Assim como situações em que os estudantes disseram conseguir atender às suas necessidades de vida e

de saúde de uma forma bastante ponderada e adequada. Nada garante que um está mais próximo de adoecer e morrer do que outro, mas a literatura informa que há situações de crises, de adoecimento, de risco de vida muito graves, que podem aproximar-se do suicídio ou de rupturas psíquicas importantes. Assim como foi surpreendente saber que a grande maioria dos estudantes já praticava um esporte ou veio a praticá-lo na faculdade e que se dedicam a ele, gostam de cozinhar para poder conviver mais com amigos ou que são admiradores de artes, de leitura, de estudar e de aprender. Concluímos então que os acadêmicos conseguem encontrar diversas formas de lidar com o cuidado com a própria saúde, durante a graduação.

Em função do tempo da pesquisa não foi possível investigarmos as práticas dos estudantes, apenas ouvi-los. Mas esse seria, certamente, um estudo que viria acrescentar outras informações importantes e relevantes. Observá-los nas UPPs e LPPs e nas UES, nas tutorias, seria uma oportunidade singular de compreender melhor como na prática educativa, os docentes e estudantes compõem o cuidar de si ao longo da formação.

Verificamos que a faculdade contribui e poderia contribuir ainda mais para o cuidado com a saúde do estudante, pois como utiliza metodologias ativas de ensino/aprendizagem, existe a possibilidade dos professores estarem mais próximos dos estudantes nos pequenos grupos e de identificarem os momentos em que o assunto pode vir a ser trabalhado, porém constatamos que isso depende muito da sensibilização e do encontro entre essas pessoas e a condição de se aproximarem do assunto de forma produtiva.

Na análise documental percebemos uma tentativa de aproximar o estudante das possibilidades e dos riscos inerentes ao crescer e ao adolecer, nos casos de tutoria. Em que medida isso é pensado pelo estudante, foi parcialmente apreendido neste trabalho. Alguns parecem ter recursos próprios, pessoais, decorrentes da influência familiar e educacional anteriores a esse momento de vida, para enfrentar esses desafios de forma a integrar, na medida do possível, o curso de medicina e atender às necessidades de vida pessoais.

Como parece haver um currículo vivo evoluindo continuamente na faculdade, é possível repensar o que acontece ao longo dos anos relacionado

à diminuição de ações oficiais no sentido de cuidados com a saúde do estudante e com as questões biológicas ainda predominando sobre as outras. Pensar novas formas de estimular a aproximação dos estudantes das dimensões psíquicas e sociais, ainda é um desafio e os resultados deste estudo trazem indicativos da necessidade de cuidar ainda mais da integração dessas dimensões, de forma prescrita.

Citamos anteriormente o cuidado complexo, referencial posterior ao cuidado com o biopsicossocial, porém percebemos que ainda há muito que se percorrer até chegarmos a real conscientização de que o ser humano não é estritamente biológico e que o médico não precisa se restringir apenas a essa dimensão. Muitos estudantes se sensibilizam ao longo da graduação, dado também presente nesse estudo, porém sugerimos que novos espaços de abordagem de temas relacionados ao cuidado de si e do outro, possam ser criados ou reativados, como os grupos de reflexão ou oficinas de qualidade de vida, ou ainda oficinas de leitura, de literatura, de artes, de história da arte, da música, dentre outros, que possam ser espaços de enriquecimento cultural e de possibilidades para significar e ressignificar emoções, pensamentos, angústias e conflitos. Também não tivemos acesso sobre se isso já ocorre na faculdade e em caso afirmativo, de que forma. Porém não apareceram nas entrevistas, nem tampouco nos documentos oficiais.

Os estudantes demonstraram compreender racionalmente o cuidar de si, ou cuidado integral com a própria saúde, como sendo atender às necessidade biológicas, psíquicas, sociais e espirituais. Ampliam ainda o olhar para o sistema de saúde, para as questões políticas e econômicas como fatores a serem considerados na condição de cuidar integralmente da sua saúde. A integralidade do cuidado, tanto de si quanto do outro, é conhecida pelos estudantes, mas o conflito entre a prática e o conhecimento ainda persiste.

A concepção de que, quanto mais conhecimento maior a chance de entrar na residência, ou de alcançar o sonho de serem profissionais bem sucedidos, por vezes, não propicia aos estudantes que tenham melhor qualidade de vida. Isso é reforçado pela própria faculdade, que na concepção

dos estudantes, pressiona, exige e cobra em demasia demandando muito tempo por estudo e busca de informações. Percebemos que já na graduação o excesso de trabalho e de compromissos vai além dos limites, invadindo horas de sono, de alimentação, de lazer e de convívio com o outro, muito em função da organização dos estudantes e de suas próprias exigências, além das exigências do curso.

Outro dado revelador e que nos chama a atenção é que muitos estudantes têm colegas de grupo, mas poucos amigos. Não nos foi revelado, nesse estudo, se há um espaço para convivência, como restaurantes universitários, cafés ou áreas de lazer comuns nas proximidades da faculdade, mas fica aqui a ressalva de que deveria haver esse tipo de espaço para maior integração social e cultural entre os estudantes, se possível.

Outro ponto que merece ser considerado é o papel do Nuadi, enquanto importante recurso oferecido pela faculdade para que o estudante possa cuidar dos aspectos emocionais, os desdobramentos de sua vida psíquica, no sentido de promover o conhecimento de si, crescimento e amadurecimento. No entanto, não ficou claro no relato dos entrevistados, que essa também poderia ser uma função desse serviço, pois a ideia de procurar o Nuadi para alguns estudantes, representa estar doente. Questionamos como poderiam ser estimulados nesse sentido, ao longo do curso, principalmente no sexto ano, a procurarem o serviço. Nesse momento do curso, conflitos e angústias surgem decorrentes dos processos de separação, das dúvidas quanto à escolha da especialidade, de concorrer ou não aos exames de residência, dentre muitos outros e que poderiam ser trabalhados nesse espaço, de forma mais abrangente e efetiva.

Partimos do pressuposto de que cuidar de si pode promover a melhoria do cuidado com o outro, mas nem sempre isso ocorre. Nada garante que o estudante mesmo sem dormir, ou sem se alimentar, consiga durante algum tempo desempenhar bem suas tarefas acadêmicas, como nos mostraram algumas das entrevistas. No entanto, qual o potencial atingido caso essas necessidades sejam atendidas? E quando o estudante já chegou ao seu

próprio limite? É nessa hora que procura auxílio? Nesse momento podem aparecer os erros médicos?

Assim sendo, acreditamos que um trabalho que pudesse focar seu estudo na qualidade de vida do estudante de medicina seria muito importante para a instituição, um trabalho que, sobretudo, indicasse o respeito às próprias necessidades de vida e de saúde.

A escuta dos estudantes através das entrevistas propiciou ouvir como compõem aspectos de vida pessoal, seus sonhos, projetos de vida e críticas à realidade. Trouxeram sonhos: de aproveitar a vida, de ter mais amigos, de namorar, de festejar, de casar e ter filhos, formar família, de ajudar pessoas, de terem um bom padrão de vida, de ajudarem os familiares, de poder transformar um pouco o mundo melhorando o atendimento a saúde e de um dia poderem se cuidar melhor.

Finalizamos esse trabalho com a abertura para novos questionamentos como: se é possível atender as necessidades de vida e ainda assim cuidar da própria saúde, no mundo contemporâneo. E se há a possibilidade de estudar com mais prazer.

REFERÊNCIAS

1. Martins-Nogueira LA. Saúde mental os profissionais de saúde. Rev Bras Med Trab. 2003;1(1):59-71.
2. Casseb AR. Adolescência e escolha profissional. In: Guimarães KBS. Saúde mental do médico e do estudante de medicina. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007. p. 25-40.
3. Benevides-Pereira AMT, Gonçalves MB. Transtornos emocionais e a formação em medicina: um estudo longitudinal. Rev Bras Educ Méd. 2009;33(1):10-23.
4. Tocantins. Portal do Ministério Público Estadual de Tocantins. O conceito de saúde e do processo saúde-doença. Distritos sanitários: concepção e organização [Internet]. [citado 25 mar. 2013]. Disponível em: <http://www.mp.to.gov.br/static/caops/patrimonio-publico/files/files/o-conceito-de-saude-e-do-processo-saude---doenca.pdf>.
5. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4/2001. Institui diretrizes curriculares nacionais para o curso de medicina. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001; Seção 1, p. 38. Art. 5º. XVIII.
6. Seguro AO, Neves JG, Branquinho RC, Sousa E. O cuidar: a dimensão de uma palavra que tem como significado uma profissão. Rev Rede Cuid Saúde. 2008;2(2):1-14.
7. Boff L. Saber cuidar: ética do humano- compaixão pela terra. 9ª ed. Petrópolis: Vozes; 2004.
8. iDicionário Aulete [internet]. Rio de Janeiro: Lexikon; 2013. Cuidar. [acesso 10 jan. 2013]. Disponível em: <http://aulete.uol.com.br/cuidar>
9. Dicionário Houaiss. [internet]. Rio de Janeiro: Objetiva. Cuidar. [acesso 10 jan. 2013]. Disponível em: <http://houaiss.uol.com.br/busca?palavra=cuidar>
10. Foucault M. Hermenêutica do sujeito. São Paulo: Martins Fontes; 2004.
11. Grabois P. Sobre a articulação entre o cuidado de si e o cuidado dos outros no último Foucault: um recuo histórico à antiguidade. Ensaios Filosóficos. 2011;3:105-20.
12. Ventura RC. A estética da existência. Foucault e psicanálise. Cogito [Internet]. 2008 [citado 12 jan. 2013];9(9). Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1519-94792008000100014&script=sci_arttext]
13. Heidegger M. Ser e tempo. Petrópolis: Vozes; 1995.

14. Xavier C, Guimarães C. Uma semiótica da integralidade: o signo da integralidade e o papel da comunicação. In: Pinheiro R, Mattos A, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS; 2005.
15. Ayres JRJM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. Interface Comun Saúde Educ. 2004;8(14):73-92.
16. Garcia MAA, Pinto ATBCS, Odoni APC, Longhi BS, Machado LI, Linek MDS, Costa NA. Interdisciplinaridade e integralidade no ensino em saúde. Rev Ciênc Méd. 2006;15(6):473-85.
17. Feuerwerker LCM. Educação dos profissionais da saúde hoje-problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. Rev ABENO. 2003;3(1):24-7.
18. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS; 2001, p. 39-64.
19. Brasil. Senado Federal. Constituição Nacional Brasileira de 1988 [Internet]. [citado 25 mar. 2013]. Disponível em: http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf
20. Tsuji H, Silva RHA. Aprender e ensinar na escola vestida de branco: do modelo biomédico ao humanístico. São Paulo: Forte; 2010.
21. Pinheiro R, Guizardi FL. Quando dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado. In: Pinheiro R, Mattos RA. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec; 2004.
22. Koifman L, Fernandez VS, Ribeiro CDM. A construção do ato de cuidar no da formação em saúde: a ética, a prática, sujeitos e valores. In: Pinheiro R, Lopes TC. Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; 2010. Parte 3.
23. Cecilio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS; 2001. p. 113-26.
24. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 9ª.ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2002.

25. Silva AL, Ciampone MHT. Um olhar paradigmático sobre a assistência de enfermagem- um olhar para o cuidado complexo. *Revista Esc. Enferm. da USP* 2003; 37(4):13-23.
26. Millan LR, De Marco OLN, Rossi E, Arruda PCV. O Universo psicológico do futuro médico: vocação, vicissitudes e perspectivas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999.
27. Arruda PCV, Millan LR. A vocação médica. In: Millan LR, De Marco OLN, Rossi E, Arruda PCV. O universo psicológico do futuro médico: vocação, vicissitudes e perspectivas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999. Cap. 1.
28. Avancine MA, Jorge M. Medos, atitudes e convicções de estudantes de medicina perante as doenças. *Psiquiatr Med.* 2000;33(1):1-9.
29. Usp. Grupo de Assistência Psicológica ao Aluno da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Grupal [Internet]. [citado 25 mar. 2013]. Disponível em: <http://www.fm.usp.br/cedem/qv/servicos.php>
30. Unicamp. Pró-Reitoria. Serviço de assistência psicológica e psiquiátrica ao estudante [Internet]. [citado 25 mar. 2013]. Disponível em: http://www.prg.unicamp.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=173&Itemid=63&lang=pt
31. Guimarães KBS, Fernandes LHB, Silva HCM. O primeiranista de medicina In: Guimarães KBS. Saúde mental do médico e do estudante de medicina. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007.
32. Lucchese AC, Pires DBP, Dias CC, Albuquerque V, Citero VA, De Marco MA, Martins-Nogueira LA. O estudante de medicina e o cuidado com a sua saúde física e mental: um estudo exploratório com alunos do quinto ano da Unifesp [Internet]. [citado 25 mar. 2013]. Disponível em: www.unifesp.br/dpsiq/sapis/download/artigoadoecer2604.doc
33. Zonta R, Robles ACC, Grosseman S. Estratégias de enfrentamento do estresse desenvolvido por estudantes de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina. *Rev Bras Educ Méd.* 2006;30(3):147-53.
34. Conselho Federal de Medicina. A saúde dos médicos do Brasil. Brasília: CFM; 2007.
35. Faculdade de Medicina de Marília. Guia do processo de ensino-aprendizagem: “aprender a aprender”. Marília: Famema; 2002.
36. Bracciali LAD. Os sentidos da avaliação de desempenho do estudante em um currículo por competência. (Tese) São Paulo, 2009. 280 p. P. 58.
37. Chirelli MQ. O Processo de Formação do Enfermeiro Crítico-Reflexivo na Visão dos Alunos no Curso de Enfermagem da FAMEMA (disponível em

<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-24052006-154515/>,
Ano de obtenção: 2002.

38. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(5):1400-10.
39. De Marco MA. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Rev Bras Educ Méd*. 2006;30(1):60-72.
40. Moraes M. A. A., Manzini EJ. Concepções sobre a aprendizagem baseada em problemas: um estudo de caso na Famema. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2006; 30 (3): p. 126.
41. Albuquerque VS, Gomes AP, Rezende CHA, Sampaio MX, Dias OV, Lugarinho RM. A integração ensino-serviço no contexto de mudanças na formação superior dos profissionais da saúde. *Rev Bras Ed. Médica*. 2008;32(3):356-62.
42. Berbel NAN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes caminhos? *Interface Comun Saúde Educ*. 1998; 1(2):139-54.
43. Moraes MAA, Marvullo MML, Braccialli LAD, Costa MCG. O uso da simulação como estratégia avaliativa na graduação em saúde. Org.
44. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 6ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999.
45. Ludke M, André MED. A pesquisa em educação: abordagem qualitativa, SP, EPU; 1986 p. 38-44.
46. Manzini EJ. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada. In: Marquezine MC, Almeida MA, Omote S, organizadores. Colóquios sobre pesquisa em educação especial. Londrina (PR); Eduel; 2003. p. 11-25.
47. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.
48. Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R, organizadores. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 25ª ed. Petrópolis: Vozes; 2007. p. 21; 79-92.
49. Mattos RA. Integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saúde Pública*. 2004;20(5):1411-6.
50. Baldassin S. O desgaste no internato: o nascimento do coping de um médico. In: Burle KSG, organizadora. A saúde mental do médico e do estudante de medicina. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007.

51. Oliveira MAC, Egry EY, A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. Rev Esc Enf. USP, v. 34, n.1, p. 9-15, mar.2000.
52. Ganzzinelli MF, Ganzzinelli A, Reis DC, Penna CMM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. Cad Saúde Pública. 2005; 21(1):200-6.
53. Martins-Nogueira LA. A saúde do profissional da saúde In: A face humana da medicina: do modelo biológico ao biopsicossocial. Org. Mario Alfredo De Marco- ed. São Paulo – Casa do Psicólogo, 2003.
54. Coelho VG, Caetano LF, Juniro RDRL, Cordeiro JÁ, Souza DRS. Perfil lipídico e fatores de risco para doenças cardiovasculares em estudantes de medicina. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2005; 85(1): 57-62.
55. Pereira MAD. Ansiedade nos médicos. In: Guimarães KBS. Saúde mental do médico e do estudante de medicina. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007. p. 157-167.
56. Komatsu RS. Aprendizagem Baseada em Problemas na Faculdade de Medicina de Marília: sensibilizando o olhar para o idoso. Tese. Marília 2003; p. 150-189.

ANEXO A

Protocolo do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

De acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Prezado estudante de medicina,

Venho por meio desta convidá-lo(a) a participar da pesquisa “CUIDADO INTEGRAL COM A PRÓPRIA SAÚDE: CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DOS ESTUDANTES DE MEDICINA”, nível mestrado, da Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA, sob orientação da Profa. Dra. Magali Ap. Moraes e co-orientação da Profa. Elza Ribeiro Higa.

Esse estudo tem como objetivo geral analisar quais as concepções e práticas dos estudantes de medicina da Famema, da sexta, quarta e primeira séries, quanto ao cuidado integral com a própria saúde durante o curso de graduação e identificar as ações pedagógicas existentes nesse sentido promovidas pela faculdade.

Compreendemos que cuidar de si é a base para o cuidado efetivo com o outro, sendo um importante recurso para colaborar com a melhora na qualidade do atendimento ao paciente.

Utilizaremos como instrumento de coleta de dados a análise documental e entrevistas semi-estruturadas. A duração da entrevista será de 40 a 50 minutos. Os dados obtidos serão tratados pela análise de conteúdo temática e pelo referencial da integralidade do cuidado.

Caso concorde em nos auxiliar nesse trabalho, solicito que preencha os dados abaixo:

Eu, _____,

RG _____, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa "Cuidado integral com a própria saúde: concepções e práticas dos estudantes de medicina estando ciente que:

1. A decisão de participar ou não é pessoal e será totalmente respeitada;
2. As informações serão tratadas com absoluto sigilo. Não haverá necessidade de identificação, sendo garantido o anonimato;
3. Poderei ter acesso aos dados da pesquisa, que será publicada em eventos e/ou revistas científicas;
4. Os procedimentos da pesquisa não implicam em riscos ou desconfortos e poderei interromper minha participação a qualquer momento.
5. A participação não implicará em custos financeiros para mim ou para o sistema de saúde.
6. O pesquisador estará à disposição para os esclarecimentos e orientações sempre que necessário.

Tenho ciência do exposto acima, desejo participar da pesquisa enquanto sujeito/estudante.

Local e data: _____

Assinatura do participante
da pesquisa

Adriana Ap. de Oliveira Godoi Cirino
RG:23.511.982-9 //CRP: 06/57002-0
Fone:3402-1768//adrianagodoi@bol.com.br

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM ESTUDANTES DA FAMEMA

Objetivo: caracterizar as concepções e práticas dos estudantes de medicina sobre o cuidado integral com a própria saúde, durante a sua graduação.

- 1) Como é a sua rotina de vida atualmente? (sono, alimentação, atividades físicas, relacionamentos, convivência com amigos, familiares, lazer, horas de estudo...)
- 2) Você percebe quando se excede em alguma dessas atividades? O que faz?
- 3) Como você cuida da sua própria saúde? (questões preventivas ou terapêuticas, se procura auxílio médico ou de outros profissionais da saúde onde, de que forma?)
- 4) Quando sente algum desconforto ou sintoma físico, toma alguma providência? Qual?
- 5) Você tem observado em si ansiedade, tristeza, irritabilidade entre outras reações emocionais? O que faz?
- 6) O que você pensa sobre o cuidado integral com a própria saúde do estudante de medicina?
- 7) Você já participou de alguma atividade/discussão na Faculdade sobre temas relacionados à saúde dos estudantes/profissionais de medicina? (Gerenciamento da vida médica, prevalência de doenças em estudantes e/ou profissionais da saúde, qualidade de vida e estresse, Síndrome de Burnout, dependências químicas, automedicação, condições de trabalho do médico no Brasil?)

- 8) Você acha que cuidar de si se aprende na Faculdade? Por quê? Caso afirmativo: Como introduzir ou implementar o tema no currículo?
- 9) Você gostaria de acrescentar algo mais sobre o tema abordado?

Sexo ()F ou M ()

Idade: _____

Estado civil: _____

Procedência atual: _____

Série: _____

Reside com alguém? Se sim, com quem? _____