

Incidência de estresse e formação médica

Katia Burle dos Santos Guimarães¹
Faculdade de Medicina de Marília

Resumo: O objetivo deste trabalho consiste em averiguar a incidência de estresse nos estudantes de uma faculdade de Medicina e discutir suas implicações na saúde mental deles. Os sujeitos da pesquisa foram 413 estudantes da FAMEMA do ano de 2003, equivalente a 87,5% dos estudantes matriculados naquele ano. Foi aplicado o ISSL aos sujeitos da pesquisa durante os meses de abril a outubro de 2003. Observou-se presença de estresse em 57,83% dos estudantes. A incidência de estresse foi menor nos estudantes do primeiro ano; foi maior no gênero feminino; a predominância foi de sintomas psíquicos; 88,19% encontravam-se na fase de resistência e essas diferenças foram estatisticamente significantes.

Palavras-chave: Estresse; Saúde Mental; Estudante de Medicina; Formação Universitária.

Introdução

A exigência durante o período universitário, exercida sobre os estudantes, em especial na Medicina, é muito grande. Privações dos mais diferentes níveis acontecem: do sono, das horas de lazer, da atividade física, do contato com a família e tantos outros. A maneira como essas privações, somadas as exigências do curso médico, refletem-se nesses estudantes serviram de motivação para este trabalho.

A Medicina sempre fez parte da história da humanidade. Falar dela seria trabalhar com o óbvio (Nutton, 2001). Entretanto, foi-se transformando ao longo dos tempos. Por meio do saber, várias foram as mudanças que trouxeram benefícios para a humanidade. Porém, quando esse saber ficou relacionado apenas à aquisição de conhecimentos científicos e valorização de sofisticados aparelhos, o médico foi levado para longe de sua mais preciosa qualidade: a de ser humano.

As escolas médicas, sobretudo nos dias de hoje, vêm percebendo essa realidade e estão tentando diagnosticar o que aconteceu com a formação desse profissional. O aumento do tecnicismo tem levado ao afastamento da maior virtude do médico: o contato com o paciente. A propósito desse diagnóstico, Colares; Troncon; Figueiredo, Cianflone, Rodrigues, Piccinato, Peres e Coleta (2002, p. 195) afirmam que são “reconhecidas a necessidade e a importância de o educando incorporar atitudes positivas, ou construtivas, frente a um universo muito diversificado de aspectos relacionados ao exercício da Medicina”.

¹ Psicanalista, Membro Associado da SBPSP, Psiquiatra do NUADI da Faculdade de Medicina de Marília, Coordenadora e Docente do Curso de Especialização em Psicoterapia Psicanalítica do Núcleo de Psicanálise de Marília e Região.

Iniciou-se no Brasil ainda na década de 60 uma reflexão sobre o que fazer para melhorar tal situação. O universitário, em especial o estudante de Medicina, que se encontra na faixa etária de 17 a 28 anos, portanto entre a adolescência e a vida adulta, passa, por dois tipos de crise: “aquela própria dos adolescentes tardios; uma outra, própria da escolha profissional que fizeram” (Arruda 1999, p. 61).

A presença de estresse no estudante de medicina sempre foi tema de pesquisa. De diferentes maneiras, os pesquisadores vinham se preocupando com a saúde mental do futuro médico. Entretanto, parece ser consensual a idéia de que o curso médico seria um agente estressor (Adler, Werner & Korsch, 1980; Baldassin, 2003; Dineen, 1997; Firth, 1986; Kabat-Zinn et al., 1982; Lee & Graham, 2001; Millan, 2003; Mosley et al., 1994; Nogueira-Martins, 1994; Notman et al., 1984; Shapiro, Schwartz & Bonner, 1998; Silva & Rodrigues, 2004; Supe, 1998; Toews et al., 1997; Werner & Korsch, 1976;).

Como a formação médica sempre teve longa duração e o estudante tinha que lidar com esse agente estressor durante todo o tempo, as conseqüências deletérias para sua mental eram inevitáveis. Assim, surgiu o interesse pela pesquisa sobre este tema.

A FAMEMA

Tomando-se como ponto de partida a idéia de que “o sujeito se caracteriza pela sua historicidade, pela história demarcada por suas experiências imediatas e pela história inserida na tradição de sua cultura” (Souza, 1999, p. 132), pode-se observar que tanto a história da medicina quanto a história de vida do graduando configuram as vicissitudes encontradas em sua formação médica.

A escolarização, tal qual a conhecemos atualmente, é uma aquisição da Modernidade, e tem por objetivo operacionalizar o sujeito cognoscente. Entre a escola sumeriana e as universidades da Modernidade muitas foram as formas de transmissão do conhecimento utilizadas para a formação médica.

No Brasil, após a chegada de D. João VI, em 1808, foram criadas duas escolas de cirurgia: a da Bahia e a do Rio de Janeiro, que, posteriormente, D. Pedro II transformou em Faculdades de Medicina (Santos Filho, 1947).

Depois disso, várias escolas médicas foram criadas. No estado de São Paulo, em 1891, foi criada a Academia de Medicina, Cirurgia e Farmácia de São Paulo, que, em 1912, foi transformada em Faculdade de Medicina e Cirurgia. (Mazzieri, & Tolosa, 2004). Na seqüência, foram criadas a Escola Paulista de Medicina (EPM), federalizada em 1956 (Atallah, Stella, & Fagundes Neto, 2004) e a Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. (Altimari, 2004).

A Faculdade de Medicina de Marília, FAMEMA, local de nossa pesquisa, foi criada pela Lei Estadual nº 9.236, em 19 de janeiro 1966. No entanto, seu funcionamento só foi autorizado após a constituição da Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília (FMESM) que, por meio da Lei Municipal nº 1.371, iniciou seu funcionamento em 30 de janeiro de 1967 (Faculdade de Medicina de Marília, FAMEMA, 2002). Atualmente permanece como um instituto isolado de ensino superior.

A organização pedagógica da FAMEMA baseou-se nos modelos das faculdades mais tradicionais, como a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, da Escola Paulista de Medicina e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Vários

professores dessas escolas participaram efetivamente como docentes da FAMEMA e foram os responsáveis pela elaboração do currículo (Padilha, 1996).

Como a maioria das Faculdades de Medicina do Brasil, também a FAMEMA iniciou suas atividades hospitalares na Santa Casa de Misericórdia de Marília, que cedeu parte de sua enfermaria para as atividades de ensino-aprendizagem. O Hospital das Clínicas de Marília, inaugurado em abril de 1965, foi cedido à FAMEMA em 1972 (Komatsu, 2003).

A história da FAMEMA foi marcada, segundo Padilha (1996), por várias crises de caráter administrativo, político, financeiro e educacional, ocorridas nas décadas de 70, 80 e 90. A crise mais importante aconteceu em 1981. Resultou dessa paralisação uma mudança na diretoria e no estatuto da Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília, bem como na Diretoria da FAMEMA, e uma profissionalização da administração hospitalar. Em 1983, após dois anos dessas conquistas, houve nova crise e, pela primeira vez, os docentes assumiram os rumos da instituição.

Em 1981, foi desativado um convento de carmelitas que ficava vizinho ao Hospital de Clínicas de Marília. Após algumas reformas, o prédio do “Carmelo” foi inaugurado em 11 de fevereiro de 1984. Desde então, tal prédio passou a ser conhecido por toda a comunidade da FAMEMA como Carmelo. Nesse local estão as salas de aula, a Diretoria, a Biblioteca, o Laboratório Morfofuncional, a Secretaria Geral, o Auditório e, após 1997, passou a abrigar as salas de tutoria. As outras dependências da FAMEMA são o Hospital de Clínicas de Marília (HC-I), o Hospital de Clínicas de Marília (HC-II), o prédio de Ambulatórios Mário Covas e o Hemocentro, dentre outras.

A FAMEMA foi estadualizada em 1994, passando a ser uma autarquia ligada à Secretaria da Ciência e Tecnologia do Estado de São Paulo. “A estadualização tem possibilitado a reorganização institucional e a superação progressiva da crise econômico-financeira enfrentada pela mesma desde o início dos anos 90” (FAMEMA, 2002, p. 2).

O trabalho conjunto com os serviços de saúde do município de Marília sempre esteve presente na história da FAMEMA. No princípio de maneira informal e não organizada, até que o momento histórico do país levasse ao despertar da necessidade de um funcionamento profissional na relação da FAMEMA com o Serviço Municipal de Saúde.

Por meio da Fundação W. K. Kellogg foi possível a elaboração de um projeto conjunto entre a FAMEMA, a Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília e a Comunidade, denominado Projeto UNI-Marília. Em 1992, formou-se um conselho gestor com representantes de três componentes: Faculdade de Medicina de Marília, Conselho Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília. Este conselho gestor era a instância máxima de deliberação, de formulação e de condução política do Projeto UNI-Marília. Tal conselho viabilizou a integração possível e desejável entre os três componentes (Almeida, 1997).

Esse projeto tornou possível a mudança curricular, passando a utilizar a aprendizagem baseada em problemas. Esse programa inovador já tinha se desenvolvido na *McMaster Medical School* em Hamilton, Canadá. Em 1964, a *Royal Commission on Health Services* do Canadá questionara a educação médica da geração anterior, sobre o que haveria de errado com ela (Hart, 1977).

A busca por um currículo mais humanizado, aliado a mais uma crise financeira da faculdade e à aceitação da Fundação Kellogg para que a FAMEMA fizesse parte do projeto UNI, em 1997, levaram a instituição a adotar como metodologia de ensino a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP). Esse currículo “passou a ser centrado no estudante, baseado em problemas e orientado à comunidade” (FAMEMA, 2002, p. 6). A implementação desse

novo currículo foi sendo feita de maneira gradual, série a série, de tal maneira que em 2002 graduava-se a primeira turma de estudantes formada pela metodologia da ABP.

Com a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), o estudante se concentra na definição, síntese e resolução de um problema. Esta prática requer, por parte dele, um esforço intelectual e uma aprendizagem para utilização seletiva das informações obtidas. O estudante aprende a aprender e valoriza a inter-relação aprender a fazer. A ABP tenta superar “a dicotomia teoria-prática, criando condições para a ação-reflexão-ação como modelo de intervenção nos processo de ensino-aprendizagem” (Almeida, 1997, p. 132).

Segundo essa proposta, as competências definidas devem capacitar os estudantes para o processo contínuo de aprender a aprender; a atenção aos pacientes; o entendimento da saúde individual inserida em um contexto sócio-econômico-cultural de uma determinada população; as habilidades técnicas efetivas para o gerenciamento dos problemas de saúde dos pacientes e da população; o comportamento profissional ético e humanístico; a capacidade de trabalhar em equipe e atuar para a melhoria de saúde da população; o desenvolvimento da prática baseada em evidências.

Do primeiro ao quarto anos funcionam os grupos de tutoria. O grupo de tutoria é formado por um tutor, um co-tutor e oito estudantes. O tutor é um professor que auxilia um grupo a atingir seus objetivos de aprendizagem. O grupo de tutoria representa, portanto, um laboratório para aprendizagem sobre a interação e integração humana. Quinto e sexto anos continuam como internato.

O grupo de tutoria é um fórum, no qual os recursos dos membros do grupo são mais efetivos do que os resultantes da somatória das atividades individuais. Ele também promove a oportunidade para a auto-avaliação, na qual o estudante pode comparar, informalmente, seu progresso com o de seus parceiros.

A organização do conhecimento se dá por meio de três dimensões indissociáveis: a Biológica, a Psicológica e a Social, brevemente apresentadas a seguir. Podem-se entender as reações de cada pessoa a cada momento individualizando-se as situações, aprimorando-as com uma relação interpessoal, quer com pacientes, familiares, cuidadores, quer com os próprios membros de uma equipe de trabalho. É possível explorar essa perspectiva utilizando subsídios das ciências humanas, tais como da Psicologia, Psiquiatria, Sociologia, Antropologia, Filosofia, Ética, assim como do próprio cotidiano, da literatura, ou da vida real. O estudante de Medicina da FAMEMA está inserido nessa nova concepção e, portanto, dessa maneira se dará a constituição desses futuros médicos.

O NUADI

Assim como em várias faculdades de medicina (Millan, Rossi, & De Marco, 1999; Noto, Avancine, Nogueira-Martins & Zimmermann, 2001; Pasnau & Stoessel, 1994), há na FAMEMA um serviço de atendimento psicológico e psiquiátrico aos estudantes de Medicina e de Enfermagem, chamado Núcleo de Atendimento Psicológico ao Corpo Discente (NUADI). Ele foi oficialmente criado em 1994. É constituído de uma psiquiatra (a pesquisadora), uma psicóloga e uma secretária (Guimarães, 2002). Tais profissionais não exercem função docente nem estão ligadas ao Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica. O NUADI é vinculado diretamente à Direção Acadêmica.

Desde a sua criação, teve-se cuidado com o local que ele ocuparia. Deveria ser próximo da Faculdade sem, entretanto, estar dentro do Carmelo. Também não deveria funcionar dentro de nenhum dos hospitais, nem no prédio de ambulatórios ou no hemocentro. Foi então escolhido um anexo em frente ao Carmelo onde funciona também o setor responsável pelos orientadores. Essa casa é um local de fácil acesso e não causa constrangimento ao estudante que procura o serviço.

O NUADI desenvolve várias atividades: entrevista inicial, atendimento psicoterápico, atendimento psiquiátrico, encaminhamento para psicoterapia, orientação, atendimento familiar, orientação aos docentes e/ou orientadores, emergência. Vale ressaltar que o NUADI mantém um compromisso ético de confidencialidade em relação ao corpo discente. É uma norma do serviço não revelar dados e não fornecer informações para avaliações pedagógicas nem jurídicas. Observa-se procedimento semelhante em outros serviços (Avancine & Noto, 2003; Nogueira-Martins, Millan, Rossi, & De Marco, 1999).

Atualmente, é possível encontrar um espaço para compartilhar experiências emocionais difíceis dentro da própria escola médica. O NUADI tornou-se essa referência dentro da instituição. Tanto o corpo discente quanto o corpo docente contam com esse recurso. Conhecem os meios de encaminhamento e sabem que o estudante com dificuldade emocional poderá ser encaminhado ao serviço.

A medicina atual tem por objetivo o cuidado do ser humano a partir de um referencial biopsicosocial. Para que o exercício profissional seja realizado dessa maneira é fundamental que o futuro médico também receba esses cuidados durante sua formação. Por conseguinte, hoje não é mais possível pensar a faculdade sem um serviço de atendimento psicológico ao acadêmico.

Estresse e a formação médica

A atribuição de sentido às experiências foi o foco que despertou a necessidade de o psicológico desenvolver-se e, assim, termos o sujeito psíquico como o sujeito do mundo atual. Pensando neste sujeito enquanto ser subjetivo, a formação médica deveria estar comprometida, também, com os aspectos humanísticos desse estudante, pois só assim, em situação futura, ele estará preparado para exercer adequadamente sua profissão.

Do vértice psicológico, a vocação médica pode ser analisada por meio das motivações conscientes e das inconscientes (Millan et al., 1999). Do ponto de vista consciente, os estudantes relatam, na entrevista inicial realizada pelo NUADI, por ocasião do início da graduação, motivos como o gosto por ciências biológicas, a influência de algum parente, a possibilidade de atuação no campo social, o contato com gente e, raramente, o reconhecimento social. Poucos são aqueles que ainda têm a ilusão de boa remuneração financeira ou de ser um profissional liberal.

Por outro lado, a verdadeira escolha se faz inconscientemente. “É digna de nota a existência da escolha profissional baseada na vivência de angústia e impotência diante da morte; assim o médico acredita que, por meio de sua profissão, possa salvar todas as vidas e ainda evitar sua própria morte” (Millan et al., 1999, p. 76). Observa-se a onipotência, a incapacidade de tolerar limites, o medo de errar, a impossibilidade de ter dúvida. Essas atitudes provêm de mecanismos primitivos da mente. São angústias presentes em todo ser humano, como o medo do desamparo, da fragilidade e da destrutividade.

Na tentativa de conter a expressão da pulsão de morte (Freud, 1920/1976), escolhe-se a Medicina. Tenta-se, por meio da projeção² no paciente, tratar de si mesmo. Certa vez, um estudante disse que, quando entrou na Faculdade, ainda adolescente, achava que médico era “semideus”. E ele não estava brincando, falava no que piamente acreditava, e pretendia tornar-se um. Boa parte dos estudantes que iniciam a faculdade ainda está adolescendo.

Adolescer, do latim *adolescere*, significa adoecer, fazer crescer, brotar. É nessa fase, da metade para o final da adolescência que o jovem se depara com a escolha profissional. O amadurecimento vai-se dando por meio desses conflitos vivenciados pelo adolescente que está prestes a entrar na vida adulta e que se espera, vá adquirindo maturidade. “As situações que o ser humano vivencia, a partir das mudanças que possam vir a ocorrer com a chegada da maturidade são assimiladas, segundo o momento em que ele se encontra, como se situa e compreende sua existência” (Hashimoto, 1998, p. 39).

Um dos aspectos que tem chamado a atenção de estudiosos sobre a formação médica refere-se à questão do estresse, objeto deste estudo. Atualmente, o estresse é concebido como um processo, e não uma reação única, no qual o organismo reage com componentes físicos e/ou psicológicos, causados pelas alterações psicofisiológicas que ocorrem quando a pessoa se confronta com uma situação que, de um modo ou de outro, a irrita, amedronta, excita ou confunde, ou até a faça imensamente feliz. (Lipp, 2001b).

Em outras palavras, estresse é um estado de tensão que causa uma ruptura na homeostase do organismo. No processo de avaliação dos estímulos estressores, há uma atividade mental que, em parte, é racional e, em parte, emocional, não necessariamente consciente. Esse conceito, porém, é passível de críticas (Filgueiras & Hippert, 1999; Lipp, 2000a).

O estresse sempre esteve presente no ser humano ao longo de sua existência. Novas hipóteses surgem também no campo da medicina psicossomática, a partir dos trabalhos pioneiros de Hans Selye. O estresse pode afetar qualquer pessoa; com maior intensidade, aquelas cujas atividades profissionais ou escolares envolvem funções de inter-relação (Krakowski, 1984; Schmidt, 1990).

Ribeiro (1999) considera que diante do mesmo agente estressor o sujeito pode responder de diferentes maneiras. A diferença está na característica de cada indivíduo. A susceptibilidade individual faz com que uma pessoa seja mais susceptível do que outra, diante do mesmo fator estressor. Entende-se por agente estressor ou fator estressor as fontes de estresse originado de fatores externos (Selye, 1956).

Partindo-se do conhecimento de que o curso médico é um agente estressor (Baldassin, 2003; Dineen et al., 1997; Michie & Sandhu, 1994; Millan, 2003; Nogueira-Martins, 1994; Nogueira-Martins & Jorge, 1998; Silva & Rodrigues, 2004; Toews et al., 1997), este trabalho pretende averiguar a incidência de estresse nos estudantes em uma faculdade de medicina, entendendo que cada estudante responde de maneira diferente ao mesmo agente estressor.

Baseando-se no conceito de estresse de Selye (1956) podem ser encontradas as seguintes fases do estresse:

- Fase de alerta: começa quando a pessoa se confronta inicialmente com um estressor. Nesse momento, o organismo se prepara para movimento de “luta ou fuga”, com a conseqüente quebra da homeostase. Quando o estressor tem curta duração, a

² Aqui, o termo projeção é utilizado no sentido freudiano.

restauração da homeostase ocorre, e o indivíduo sai da fase de alerta sem complicações para seu bem-estar.

- Fase de resistência: quando o estressor é de longa duração, como é o caso da formação médica, o organismo tenta restabelecer sua homeostase de um modo reparador. A energia adaptativa de reserva é utilizada na tentativa de reequilíbrio. Se essa reserva é suficiente, a pessoa recupera-se e sai do processo do estresse. Caso contrário, o organismo se enfraquece e se torna vulnerável a doenças.
- Fase de exaustão: ocorre se a resistência da pessoa não for suficiente para lidar com a fonte estressora ou se aparecerem outros agentes estressores. Ocorrerá a exaustão psicológica, comumente em forma de depressão, e a exaustão física manifestar-se-á, com conseqüente aparecimento de doenças.

Além dessas fases, o instrumento utilizado nesta pesquisa, Inventário sobre Stress para Adultos de Lipp (ISSL), contempla uma outra fase, designada Quase-Exaustão, caracterizada por um enfraquecimento da pessoa que não mais está conseguindo adaptar-se ou resistir ao estressor. As doenças que começam a surgir, ainda não são tão graves como na fase de exaustão (Lipp, 2000b).

A saúde mental do jovem estudante, diante desse agente estressor constante, vai ficando comprometida. Considerando “o contínuo saúde/doença psíquica como um certo modo de posicionamento do sujeito em relação aos conflitos e contradições que o atravessam” (Costa-Rosa, 1999, p. 15), pode-se compreender a saúde mental como um estado do indivíduo cujas funções mentais se acham em situação normal, ou seja, mesmo diante de fatores internos ou externos, estressantes, o indivíduo consegue manter sua capacidade de pensamento funcionando. Atualmente pensar em saúde mental é pensar também na “implementação de recursos que tenham como resultado melhores condições de saúde para a população” (Heloani & Capitão, 2003, p. 2).

Pesquisa

Esta pesquisa, realizada na Faculdade de Medicina de Marília, em 2003, buscou averiguar os níveis de estresse nos estudantes de medicina. O objetivo deste trabalho consiste em averiguar a incidência de estresse nos estudantes de uma faculdade de medicina, identificar a fase de estresse predominante, considerando as fases de alerta, de resistência, de quase-exaustão e de exaustão e identificar o tipo de estresse predominante, considerando o estresse psicológico e o físico.

Os sujeitos da pesquisa foram os estudantes de medicina da Faculdade de Medicina de Marília que cursavam do primeiro ao sexto anos, em 2003; eram 472 jovens com idade entre 17 e 28 anos, sendo 268 (56,78%) do gênero feminino e 204 (43,22%) do gênero masculino.

Dos 472 estudantes matriculados em 2003, 413 foram convidados, aleatoriamente, a participar da pesquisa. Eram 233 (56,42%) do gênero feminino e 180 (43,58%) do gênero masculino. Todos os estudantes que foram contatados aceitaram o convite. Os sujeitos da pesquisa ficaram assim distribuídos:

Tabela 1 – Número total e percentual de estudantes e os sujeitos da pesquisa, segundo gênero, da FAMEMA, em 2003.

Estudantes Sexo	Total de Estudantes *		Sujeitos da Pesquisa	
	n	%	n	%
Feminino	268	56,78	233	56,42
Masculino	204	43,22	180	43,58
Total	472	100,00	413	100,00

Fonte : Secretaria Geral da FAMEMA

O instrumento utilizado foi o Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL). Este instrumento foi escolhido por ter sido validado pelo Conselho Regional de Psicologia (Lipp & Guevara, 1994), por ter sido usado em várias pesquisas no Brasil, (Lipp et al., 2001a), por ser de fácil aplicação e por ser adequado ao objeto deste estudo.

Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da FAMEMA, realizou-se a aplicação do ISSL entre os meses de abril e outubro do ano de 2003. Convidaram-se, aleatoriamente, os estudantes do primeiro ao sexto ano da FAMEMA, que foram abordados nas mais diversas dependências da Faculdade: no Carmelo, no Anfiteatro, no Hemocentro, no Hospital de Clínicas I (HC-I), no Hospital de Clínicas II (HC-II) e em outras dependências.

Resultados

Os resultados obtidos, pela aplicação do instrumento escolhido, serão apresentados por meio de tabelas.

Tabela 2 – Número e percentual de estudantes sujeitos da pesquisa de acordo com sua inserção na série da FAMEMA, segundo a presença ou não de estresse, em 2003.

Estresse Série	Com Estresse		Sem Estresse	
	n	%	n	%
1 ^o	30	12,66	44	25,00
2 ^o	50	21,10	25	14,20
3 ^o	41	17,30	23	13,07
4 ^o	41	17,30	35	19,89
5 ^o	33	13,92	24	13,64
6 ^o	42	17,72	25	14,20
Total	237	100,00	413	100,00

Tabela 2a – Frequências absolutas da presença de estresse entre os estudantes participantes do estudo, por série da FAMEMA, 2003.

Ano	1º	2º	3º	4º	5º	6º	Total
Sem Estresse	44	25	23	35	24	25	176
Com Estresse	30	50	41	41	33	42	237
Total	74	75	64	76	57	67	413

$$\chi^2 = 13,538, \text{ gl} = 5 \text{ e } p = 0,0188$$

Tabela 2b – Frequências relativas (%) da presença de estresse entre os estudantes participantes do estudo, por série da FAMEMA, 2003.

Ano	1º	2º	3º	4º	5º	6º	Total
Sem Estresse	59	33	36	46	42	37	43
Com Estresse	41	67	64	54	58	63	57
Total	100	100	100	100	100	100	100

Tabela 3 – Número e percentual de estudantes com estresse, de acordo com sua inserção por série da FAMEMA, segundo o tipo de sintoma predominante, em 2003.

Série	Psíquicos		Físicos		Sem Predominância	
	n	%	n	%	n	%
1º	19	12,59	08	14,04	03	10,34
2º	36	23,84	07	12,28	07	24,14
3º	22	14,57	10	17,54	09	31,02
4º	28	18,54	11	19,30	02	6,90
5º	17	11,26	12	21,05	04	13,80
6º	29	19,20	09	15,79	04	13,80
Total	151	100	57	100	29	100

Tabela 4 – Número e percentual de estudantes segundo a fase de estresse, de acordo com sua inserção na série da FAMEMA, em 2003.

Série	Alerta		Resistência		Quase Exaustão		Exaustão	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1º	1	9,09	27	12,93	2	16,67	0	0
2º	4	36,36	43	20,57	2	16,67	1	20
3º	1	9,09	39	18,66	1	8,33	0	0
4º	4	36,36	31	14,83	4	33,33	2	40
5º	0	0	31	14,83	1	8,33	1	20
6º	1	9,09	38	18,18	2	16,67	1	20
Total	11	100	209	100	12	100	5	100

Análise estatística

Por meio do teste qui-quadrado aplicado à tabela 2a, observa-se uma associação significativa entre o ano cursado pelo aluno e a ocorrência de estresse.

Considerando que a maior porcentagem de alunos sem estresse encontra-se no primeiro ano (cf. tabela 2a), utilizando novamente o teste qui-quadrado, compara-se a presença de estresse entre os alunos do 2º ao 6º ano, isto é, excluindo o 1º ano da comparação. Observa-se, por meio desse teste - $\chi^2 = 3,166$, $gl = 4$ e $p = 0,5304$, que não há diferença significativa entre a porcentagem de alunos com estresse e o fato de estar cursando do 2º ao 6º ano, isto é, a porcentagem de alunos com estresse, entre o 2º e 6º ano, é estatisticamente igual entre esses anos.

Isso mostra não haver diferença estatisticamente significativa entre os níveis de estresse encontrados no segundo, terceiro, quarto, quinto e sexto anos. Portanto, os níveis de estresse se mantêm do segundo ano até o final da graduação. A leve diminuição no quarto ano não tem significância.

Utilizando-se novamente o teste qui-quadrado, escolhe-se, então, o primeiro ano, por ser o ano em que, o teste aplicado anteriormente aponta a associação ano letivo e estresse, para comparar com todos os demais anos os resultados em relação ao estresse.

Diferença entre o primeiro e o segundo ano em relação ao estresse: $\chi^2 = 10,226$; $gl = 1$ e $p = 0,0014$, portanto, existe diferença significativa entre a porcentagem de alunos com estresse do 1º e 2º ano.

Diferença entre o primeiro e o terceiro ano em relação ao estresse: $\chi^2 = 7,602$; $gl = 1$ e $p = 0,0058$, portanto, existe diferença significativa entre a porcentagem de alunos com estresse do 1º e 3º ano.

Diferença entre o primeiro e o quarto ano em relação ao estresse: $\chi^2 = 2,703$; $gl = 1$ e $p = 0,1001$, portanto, não existe diferença significativa entre a porcentagem de alunos com estresse do 1º e 4º ano.

Diferença entre o primeiro e o quinto ano em relação ao estresse: $\chi^2 = 3,885$; $gl = 1$ e $p = 0,0487$, portanto, existe diferença significativa entre a porcentagem de alunos com estresse do 1º e 5º ano.

Diferença entre o primeiro e o sexto ano em relação ao estresse: $\chi^2 = 6,901$; $gl = 1$ e $p = 0,0086$, portanto, existe diferença significativa entre a porcentagem de alunos com estresse do 1º e 6º ano.

Isso mostra que o nível de estresse no primeiro ano é significativamente inferior àquele observado no segundo, terceiro, quinto e sexto anos. O quarto ano apresenta-se com uma porcentagem de alunos com estresse estatisticamente igual àquele observado entre os alunos do 2º, 3º, 5º, 6º anos, mas também não pode ser considerada estatisticamente superior à porcentagem de alunos com estresse do 1º ano, embora haja diferença estatística significante entre o 1º ano e o 2º, 3º, 5º e 6º anos em relação à presença de estresse. Observa-se, dessa maneira, que o quarto ano apresenta uma porcentagem de alunos com estresse estatisticamente compatível com a porcentagem de alunos com estresse no primeiro ano, mas também compatível com a porcentagem de estresse observada entre alunos dos demais anos.

Os resultados encontrados mostram de que maneira o estudante de medicina se comporta em relação ao estresse durante seu período de formação. Ao iniciar a faculdade, a incidência de estresse é menor do que durante todo o curso. Mesmo com redução dos níveis de estresse no quarto ano, ainda assim, tais níveis são menores do que no início do curso.

Discussão

O resultados obtidos mostraram a incidência de estresse em 57,38% dos estudantes participantes desta pesquisa. Saipanish (2003), usando outro instrumento, o Thai Stress Test (TST), encontrou a presença de estresse em 61,40% dos estudantes de medicina, sendo que 59% apresentavam nível médio e 2,4% nível alto de estresse.

Nesta pesquisa, primeiramente, compararam-se todos os anos para ver se, globalmente, havia alguma diferença entre eles. Depois de detectado que havia diferença entre os anos, analisados todos conjuntamente, retirou-se o primeiro ano, comparando-se do 2^o ao 6^o. A justificativa para a exclusão do 1^o ano foi o fato de ser o ano com a menor porcentagem de estresse (tabela 2a). Da análise sem o 1^o ano, isto é, do 2^o ao 6^o anos conjuntamente, resultou não haver diferença entre eles (2^o ao 6^o) quanto à porcentagem de estresse entre os estudantes (tabela 2b). Como o primeiro ano demonstrou ser o ano que, na análise conjunta, apresentava menor incidência de estresse, foi feita uma análise dois a dois, ou seja, entre o 1^o e 2^o, 1^o e 3^o e assim sucessivamente, para ver se a diferença observada globalmente, por meio do primeiro teste, se mantinha entre o primeiro ano e todos os outros anos.

Considerando que o primeiro ano tem uma incidência de estresse menor do que os outros cinco anos subseqüentes ($p < 0,05$), pode-se comparar com os resultados de Supe (1998), que encontrou dados semelhantes, mostrando que o nível de estresse era maior a partir do segundo ano, especialmente no segundo e terceiro anos. Do segundo ao sexto ano, a incidência de estresse entre os estudantes de medicina se mantinha elevada, assim como neste trabalho.

Nesta pesquisa, do total de estudantes com estresse, 63,71% têm predominância de sintomas psíquicos, corroborando a idéia de que o estudante de Medicina necessita de atendimento psicológico além de formação biomédica, tanto que, atualmente, vem aumentando o número de escolas médicas preocupadas com atendimento psicológico e psiquiátrico ao estudante de medicina. “O exercício da medicina apresenta uma elevada toxicidade psicológica. As angústias inerentes à tarefa médica são poderosas radiações contagiantes” (Nogueira-Martins, 1994, p. 31). Esse conceito também se aplica ao estudante de medicina; como se pode ver nesta pesquisa, os sintomas psíquicos são predominantes.

Dos estudantes com estresse, 88,19% encontram-se na fase de resistência. Segundo Lipp (2000b), quando alguém se encontra na fase de resistência do estresse ainda não há uma doença instalada. Sendo assim, deve-se e pode-se fazer alguma coisa para que esse processo seja interrompido, o que não significa afastar-se do agente estressor, uma vez que não apenas a duração do curso médico é longa, como também na residência e por toda a vida esse profissional estará sob estresse.

Como o estudante não pode encerrar a fonte de seu estresse, o curso de medicina, resta-lhe aprender a lidar com esse agente estressor. O fator mais importante, segundo Firth (1986), é o fato de o curso de medicina ser longo, portanto mantendo-se como um agente estressor permanente durante toda a graduação.

A maioria das pessoas experimenta os dois estágios: ter e não ter estresse e costuma sair da condição de estresse com sucesso. A volta ao equilíbrio pode ocorrer pelo término da fonte de estresse ou, mesmo em sua presença, quando se aprende a lidar com ela. Por isso, aprender a lidar com o estresse é a melhor escolha para o futuro médico, já que a fonte de estresse existirá por toda a vida.

Uma vez que, da população estudada, 48,67% encontravam-se na faixa etária entre 21 e 23 anos, no início da vida adulta, seria adequado estimular esses jovens a cuidarem de sua saúde mental. Pode-se fazer isso, pelo menos, de duas maneiras diferentes: por meio de uma

atitude consciente ou por meio de investigação do funcionamento inconsciente para, então, proceder a mudanças mais eficazes.

Michie e Sandhu (1994), diante das evidências do estresse no estudante de medicina, sugerem dois modos de atuação: como primeiro, a inserção, na graduação, de discussões feitas em pequenos grupos nos quais o estudante possa aprender a manejar o estresse; o outro, um serviço de atendimento individual e confidencial, semelhante aos que existem na FAMEMA, USP, UNIFESP e em outras faculdades de medicina no país.

Coombs, Perell e Ruckh (1990) reforçam a necessidade da escola médica contemplar três áreas, que eles consideram vitais: do conhecimento cognitivo, da prática e da emoção. Sugerem que a faculdade de medicina deva incluir em seu currículo um seminário para discussão dos aspectos emocionais do graduando.

Para ser um bom médico é preciso valorizar e acolher as dificuldades emocionais do paciente. No entanto, como afirmam Borenstein e Cook (1982) e Lee e Graham (2001), para reconhecer o sentimento do outro é preciso primeiro reconhecer o seu próprio. A existência de serviços de atendimento psicológico ao estudante de medicina permite que o futuro médico inicie o conhecimento de seu funcionamento mental na época de sua formação. Sendo assim, poderá, ao se formar, estar apto tanto do ponto de vista cognitivo quanto emocional.

Olhando o estudante de medicina por esse vértice, pode-se pensar na função formadora da faculdade, responsável por fornecer meios para a futura prática profissional. As dimensões biológica, psicológica e populacional compõem o conteúdo necessário para a formação médica. Vale lembrar que o humanismo é um instrumento terapêutico poderoso. Entretanto, o incentivo ao estudante para vir a conhecer-se por meio de um trabalho psicoterápico ainda é incipiente.

O cuidado com a saúde mental do estudante de medicina é sugestão da maioria dos trabalhos sobre esse tema. Um trabalho de prevenção pode reduzir a incidência de estresse, como mostram Adler, Borenstein e Cook (1982); Guthrie et al. (1998); Loureiro (1993); Millan et al. (1999); Nogueira-Martins (2003); Shapiro, Schwartz e Bonner (1998); Silva e Rodrigues (2004); Werner e Korsch (1976); Werner e Korsch (1980).

Além de um serviço de atendimento ao discente, sugere-se também, pelas evidências já apontadas neste trabalho, que durante a graduação haja um espaço de discussão sobre a saúde mental do estudante de medicina, a fim de que ele possa aprender a lidar com o estresse inerente ao curso médico. Seria favorável a criação de uma identidade profissional menos idealizada e mais humana.

Por meio dos resultados obtidos, pôde-se chegar às seguintes conclusões: há incidência de estresse nos estudantes do curso médico; o primeiro ano apresenta níveis de estresse significativamente menores do que os níveis apresentados pelos outros anos; o quarto ano apresenta níveis de estresse significativamente maiores do que o primeiro ano e, ao mesmo tempo, apresenta níveis de estresse menores do que o segundo, terceiro, quinto e sexto anos; o sintoma psicológico é o tipo predominante de estresse existente no estudante de medicina; a maioria dos estudantes de medicina com estresse encontra-se na fase de resistência;

Tais conclusões são fruto da investigação descrita neste trabalho e também da experiência de dez anos de trabalho num serviço de atendimento ao estudante de medicina, o NUADI. Este trabalho foi apenas uma das maneiras de dar início a uma série de pesquisas sobre a saúde mental dos estudantes de medicina; em particular, dos da FAMEMA. Uma pesquisa que, dentro de suas limitações, tentou colaborar com a compreensão daquilo que se passa com o estudante de medicina, durante sua graduação, a partir de um determinado vértice, o estresse.

Espera-se que os resultados obtidos abram outras possibilidades de pesquisa. Uma pesquisa qualitativa poderia contribuir para a elucidação dos resultados encontrados, principalmente em relação à ambivalência nos resultados do quarto ano. Outros caminhos também se colocariam como, por exemplo, a possibilidade de uma pesquisa comparando diferentes técnicas que proporcionassem ao estudante de medicina boas condições de saúde mental. Ou, pelo menos, condições emocionais mais adequadas para lidar com as situações adversas de seu curso, munindo-o de recursos vários, fortalecendo-o, enfim.

Vale lembrar que o contato com o sofrimento humano, com a morte, com a impotência, com sua ignorância, bem como outras situações difíceis, levam o estudante a buscar uma saída para chegar ao final da jornada. Muitas vezes, na inadequação em que se vê ao lidar com situações desse tipo, não consegue mais se valer de seus mecanismos de defesa que, ao se tornarem insuficientes, levam-no à estruturação de uma doença.

Outra expectativa, também aqui colocada, é a da contribuição que esse trabalho possa propiciar para a discussão junto às faculdades de Medicina, no intuito de que possam prover recursos, de vértices variados, para o cuidado da saúde mental dos futuros médicos.

Guimarães, K. B. S. (2006). Stress incidence and medical graduation. *Revista de Psicologia da UNESP*, 5(1), 41-57.

Abstract: *This paper purposes to measure the levels of stress in medical school students and to discuss the implications on their mental health. The questionnaire ISSL was assessed in 413 medical students at FAMEMA, in 2003, from April to October, and it is equivalent to 87,5% of students enrolled in that scholar year. Stress symptoms were observed in 57,83% of medical students. The incidence of stress was minor in students who were in their first year; stress incidence was higher in female genre; psycho symptoms were predominant; 88,19% of the students were in a resistance phase, and these differences were statistically significant.*

Keywords: *Stress; Mental Health; Medical Student; Graduation.*

Referências

- Adler, R., Werner, E. R., & Korsch, B. (1980). Systematic study of four years of internship. *Pediatrics*, 66 (6), 1000-1008.
- Almeida, M. J. (1997). *Educação médica e saúde: limites e possibilidades das propostas de mudança*. Tese de doutorado não publicada, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Altimari, D. C. (2004). Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. In G. Natalini & J. L. G. Amaral (Orgs.), *450 anos de história da medicina paulistana* (pp. 202-219). São Paulo: Imprensa Oficial.
- Arruda, P. C. V. (1999). As relações entre alunos, professores e pacientes. In L. R. Millan, O. L. N. De Marco, E. Rossi, & P. C. V. Arruda, P. C. V. *O universo psicológico do futuro médico: vocação, vicissitudes e perspectivas* (pp. 43-73). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Atallah, A. N., Stella, R. C. R., & Fagundes Neto, U. (2004). Escola Paulista de Medicina: Universidade Federal de São Paulo. In G. Natalini, J. L. G. Amaral, (Orgs.). *450 anos de história da medicina paulistana* (pp. 172-201). São Paulo: Imprensa Oficial.
- Baldassin, S. P. (2003). *Níveis, fontes e estratégias de enfrentamento de estresse psicológico entre estudantes de medicina*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Borenstein, D. B., & Cook, K. (1982). Impairment prevention in the training years: a new mental health program at UCLA. *JAMA*, 247(19), 2700-2703.
- Colares, M. F. A., Troncon, L. E. A., Figueiredo, J. F. C., Cianflone, A. R. L., Rodrigues, M. L. V., Piccinato, C. E., Peres, L. C., & Coleta, J. A. D. (2002). Construção de um instrumento para avaliação das atitudes de estudantes de medicina frente à aspectos relevantes da prática médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 26(3), 194-203.
- Coombs, R. H., Perell, K., & Ruckh, J. M. (1990). Primary prevention of emotional impairment among medical trainees. *Acad. Med.*, 65(9), 576-581.
- Costa-Rosa, A. (1999). Modo psicossocial: um novo paradigma nos tratamentos psíquicos em saúde coletiva. *Vertentes* 5, Assis, SP, 11-22.
- Dineen, M., Cole, M., Dally, R. J. R., Dinned, S., & Gaughran, F. (1997). Stress in medical students. *Ir. Med. J.*, 90 (5), 184-185.
- Faculdade de Medicina de Marília. (2002). *Manual FAMEMA 2002*. Marília, São Paulo.
- Filgueiras, J. C., & Hippert, M. I. S. (1999). A polêmica em torno do conceito de estresse. *Psicologia Ciência e Profissão*, 19(3), 40-51.
- Firth, J. (1986). Levels and sources of stress in medical students. *Br. Med. J.*, 292 (6), 1177-1180.
- Freud, S. (1976). Além do princípio de prazer. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud* (J. Salomão trad., Vol. 18, pp. 11-85). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1920).
- Hart, L. (1977). Medicine at McMaster: an innovative programme for undergraduates. *S. Afr. Med. J.*, Cape Town, 51(9), 282-284.

- Hashimoto, F. (1998). *Ventos de outono: uma fenomenologia da maturidade*. São Paulo: Arte & Ciência.
- Heloani, J. R., & Capitão, C. G. (2003). Saúde mental e psicologia do trabalho. *São Paulo Perspect*, 17(2), 102-108.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: the theoretical considerations and preliminary results. *Gen. Hosp. Psychiatry*, 4(1), 33-47.
- Komatsu, R. S. (2003). *Aprendizagem baseada em problemas: sensibilizando o olhar para o idoso*. Londrina: Rede Unida.
- Krakowski, A. J. (1984). Stress and the practice of medicine: III. Physicians compared with lawyers. *Psychother. Psychosom.*, 42(1), 143-151.
- Lee J., Graham, A.V. (2001). Students' perception of medical school stress and their evaluation a wellness elective. *Med. Educ.*, 35(7), 652-659.
- Lipp, M. E. N. (2000a) O stress da criança e suas consequências. In M. E. N. Lipp (Org.), *Crianças estressadas: causas, sintomas e soluções*(pp. 13-42). São Paulo: Papirus.
- Lipp, M. E. N. (2000b). *Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. E. N. (2001a). Stress: conceitos básicos. In M. E. N. Lipp (Org.), *Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco* (2a. ed., pp. 17-31). Campinas: Papirus.
- Lipp, M. E. N. (2001b)O que eu tenho é stress? De onde ele vem? In M. E. N. Lipp (Org.), *O stress está dentro de você* (4. ed., pp. 9-18). São Paulo: Contexto.
- Lipp, M. E. N.; Guevara, A. J. H. (1994). Validação empírica do inventário de sintomas de stress (ISS). *Estudos Psicologia*,v. 11(3), 43-49.
- Loureiro, S. R. *Locus* de controle: subsídios para a compreensão de alguns aspectos relativos à saúde mental do estudante do curso médico. *Medicina*,26(2), 246-257.
- Mazzieri, B. R., & Tolosa, E. M. C. (2004). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. In G. Natalini & J. L. G. Amaral (Orgs.), *450 anos de história da medicina paulistana* (pp. 152-171). São Paulo: Imprensa Oficial.
- Michie, S., & SANDHU, S. (1994). Stress management for clinical medical students. *Med. Educ.*, 28(6), 528-533.
- Millan, L. R. (2003). *Vocação médica e gênero: um estudo com primeiranistas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*, Tese de Doutorado não publicada, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

- Millan, L. R., Rossi, E., & De Marco, O. L. N. (1999). A assistência psicoterápica ao estudante de medicina. In L. R. Millan, O. L. N. De Marco, E. Rossi, & P. C. V. Arruda (Orgs.), *O universo psicológico do futuro médico: vocação, vicissitudes e perspectivas*(pp. 117-128). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Millan, L. R.; Souza, E. N.; De Marco, O. L. N.; Rossi, E.; & Arruda, P. V. (1998). O I Encontro Paulista dos Serviços de Assistência Psicológica ao Estudante Universitário. *Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. Univ. São Paulo*, São Paulo, 53, (3), 156-161.
- Mosley, T. H. Jr; Perrin, S. G.; Neral, S. M.; Dubbert, P. M.; Grothues, C. A.; & Pinto, B. M. (1994). Stress, coping, and well-being among third-year medical students. *Acad. Med.*, Washington,69(9), 765-767.
- Nogueira-Martins, L. A.(1994). *Residência médica: um estudo prospectivo sobre dificuldades na tarefa assistencial e fontes de estresse*. Tese de doutorado não publicada, Escola Paulista de Medicina, São Paulo.
- Nogueira-Martins, L. A. (2003). A saúde do profissional de saúde. In M. A. de Marco (Org.), *A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial* (pp. 93-99) São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Nogueira-Martins, L. A.; & Jorge, M. R.(1998). Natureza e magnitude do estresse na residência médica. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 44(1), 28-34.
- Nogueira-Martins, M. C. F.; Avancine, M. A. T. O.; & Noto, J. R. S. (2003). A atenção à saúde mental do estudante de graduação na UNIFESP. . In M. A. de Marco (Org.), *A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial* (pp. 239-243). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Notman, M. T.; Salt, P.; & Nadelson, C. C. (1984). Stress and adaptation in medical students: who is most vulnerable? *Compr. Psychiatry*, 25(3), 355-366.
- Noto, J. R. S.; Avancine, M. A. T. O.; Nogueira-Martins, M. C. F.; & Zimmermann, V. B. (2001). Atenção à saúde mental do estudante de medicina. *Rev. Bras. Educ. Med.*, 25(1), 71-75.
- Nutton, V. (2001). Ascensão da medicina. In R. Porter, *Cambridge: história ilustrada da medicina* (pp. 52-81). Rio de Janeiro: Revinter.
- Padilha, R.Q. (1996). *Os hospitais de ensino e a previdência social: estudo de um caso*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Pasnau, R. O.; & Stoessel, P. (1994). Mental health service for medical students. *Med. Educ.*, Oxford, 28(1), 33-39.
- Ribeiro, D. P. S. A. (1999). *Estratégias de “coping” em psicólogos de serviços básicos e ambulatoriais de saúde pública*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Saipanish, R. (2003). Stress among medical students in a Thai Medical School. *Med. Teach.*, London, 25(5), 502-506.
- Santos Filho, L.(1974). O físico e o cirurgião. In L. Santos Filho, *História da medicina no Brasil: do século XVI ao século XIX* (pp. 47-107). São Paulo: Brasiliense.

- Schmidt, I. T. (1990). *Stress ocupacional no ambiente acadêmico universitário*. Tese de doutorado não publicada, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Shapiro, S. L.; Schwartz, G. E.; & Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *J. Behav. Med.*, 21(6), 581-599.
- Silva, L. C. G.; & Rodrigues, M. M. P. (2004). Eventos estressantes na relação com o paciente e estratégias de enfrentamento: estudo com acadêmicos de medicina. *J. Bras. Psiquiatr.*, 53(3), 185-196.
- Souza, M. A. (1999). Cordialidade como mal-estar ou a violência como o recalcado. *Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.*, 2(4), 123-142.
- Supe, A. N. (1998). A study of stress in medical students at Seth G. S. Medical College. *J. Postgrad. Med.*, 44(1), 1-6.
- Toews, J. A.; Lockyer, J. M.; Dobson, D. J. G.; Simpson, E.; Brownell, A. K. W.; Brenneis, F.; MacPherson, K. M.; & Cohen, G. S. (1997). Analysis of stress levels among medical students, residents and graduate students at four Canadian schools of medicine. *Acad. Med.*, 72(11), 997-1002.
- Werner, E. R.; & Korsch, B. M. (1976). The vulnerability of the medical student: posthumous presentation of L. L. Stephens' ideas. *Pediatrics*, 57(3), 321-328.