

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Programa de Pós-graduação em Educação: Conhecimento e Inclusão Social

Carlos Eduardo Resende Sampaio

**O RECONHECIMENTO DO TRANSTORNO DEPRESSIVO ENTRE OS ALUNOS
DE UM CURSO DE MEDICINA POR PROFESSORES E POR MENTORES**

Belo Horizonte

2022

Carlos Eduardo Resende Sampaio

**O RECONHECIMENTO DO TRANSTORNO DEPRESSIVO ENTRE OS ALUNOS
DE UM CURSO DE MEDICINA POR PROFESSORES E POR MENTORES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação: Conhecimento e Inclusão Social da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Adriana Araújo Pereira Borges.

Coorientador: Prof. Dr. Renato Diniz Silveira.

Linha de Pesquisa: Políticas Públicas de Educação.

Belo Horizonte

2022

Carlos Eduardo Resende Sampaio

**O RECONHECIMENTO DO TRANSTORNO DEPRESSIVO ENTRE OS ALUNOS
DE UM CURSO DE MEDICINA POR PROFESSORES E POR MENTORES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação: Conhecimento e Inclusão Social da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Educação.

Linha de Pesquisa: Políticas Públicas de Educação.

Prof^a. Dr^a. Adriana Araújo Pereira Borges – UFMG (Orientadora)

Prof. Dr. Renato Diniz Silveira – UFMG (Coorientador)

Prof. Dr^a. Claudia Maria Generoso (Banca Examinadora)

Prof. Dr. Luiz Paulo Ribeiro – UFMG (Banca Examinadora)

Belo Horizonte, 31 de agosto de 2022.

*Dedico este trabalho, primeiramente, a Deus.
É na Sua toada que a vida se faz possível.
Dedico aos meus familiares e orientadores,
por demonstrarem que a única saída está na educação.
Aos alunos e professores por compartilharem vida e experiências.
Sem elas não seria possível.*

AGRADECIMENTOS

Em minha trajetória de vida sempre ouvi que nossa maior herança é a educação. Não é à toa que faço meu mestrado na Faculdade de Educação da UFMG. Sinto como se estivesse tomando posse de minha maior herança. Participar desse processo foi de muitas formas enriquecedor. Ainda que o caminho tenha sido, como esperado, repleto de desafios.

Inicio meus agradecimentos à Deus, por estar sempre comigo, mesmo quando estive com dificuldades em Ouvi-lo.

Agradeço a Ana por me ajudar a ficar de pé nos momentos em que as pernas fraquejaram e que a chegada parecia distante e inalcançável. Seu amor foi força todos os dias.

Agradeço aos meus pais e aos meus irmãos pelos valores que sempre me fizeram enxergar na educação a minha maior saída.

Agradeço ao resto de minha família e amigos pelo apoio e pela acolhida de sempre.

Agradeço a Eva e a Teresa pela leveza e pelos afagos diários.

Agradeço imensamente aos meus orientadores Adriana e Renato. Vocês foram suporte, inspiração e acima de tudo me ajudaram a organizar a minha falta de organização. Agradeço a Adriana por sempre estar um passo a frente e a Renato por ter me mostrado a FAE como possibilidade.

Agradeço a Faculdade de Educação por receber um psiquiatra e dar a ele a oportunidade de se ver um professor. Agradeço às pessoas que passaram pelo meu caminho nessa jornada, meus amigos e professores da FAE.

Agradeço aos meus revisores. Mais que técnicos vocês são parte de minha família.

Agradeço a Instituição de Ensino Superior que tornou essa pesquisa possível e divido com os professores e os alunos esse trabalho. Espero que vocês se sintam presentes em todo esse processo.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Educação da UFMG por ter e ser a grande estrutura que proporciona aos seus alunos e aos seus professores.

Finalizo agradecendo aos membros da banca examinadora pela disponibilidade e pelas contribuições que se mostrarão a essa pesquisa.

RESUMO

A graduação em medicina envolve vários desafios para os alunos, como a competição por uma vaga, as altas exigências do curso e os valores das mensalidades. A medicina é uma carreira muito valorizada socialmente e algumas famílias investem suas expectativas em um dos membros, que deve corresponder e se formar médico. Apesar dessa valorização, alunos universitários de medicina sofrem com diferentes apresentações de sofrimento mental, potencializados pela própria graduação. Dentre esses quadros destacam-se os transtornos de ansiedade, os transtornos depressivos e em alguns casos mais graves a presença de ideação de autoextermínio. O sofrimento mental do aluno está diretamente correlacionado com a queda de rendimento em suas atividades acadêmicas e o aumento dos casos de suicídio. A saúde mental dos estudantes tem se constituído cada vez mais como preocupação das Instituições de Ensino Superior, que têm abordado o problema de formas distintas, uma destas, a mentoria. Essa pesquisa teve por objetivo analisar se há diferenças na abordagem e na identificação dos transtornos depressivos dos alunos de medicina por professores e por mentores e se o tamanho das turmas influenciaria nesse processo. Investigou-se ainda, a contribuição da atuação do núcleo de apoio psicopedagógico da instituição por meio da percepção dos docentes. A pesquisa se deu em duas etapas, sendo a primeira marcada pelo preenchimento de um questionário por 23 professores, a fim de se conhecer o perfil do docente do curso de medicina da instituição na qual os dados foram coletados. Em um segundo momento, foram realizados dois grupos focais com um total de 10 professores e mentores, nos quais se discutiu sobre a saúde mental dos alunos do curso de medicina. Para a análise, foi utilizado o Discurso do Sujeito Coletivo, por meio do programa DSCsoft. Os resultados apontaram que tanto professores quanto mentores têm um importante papel em relação ao transtorno depressivo dos alunos. Os professores têm importância na identificação dos transtornos mentais apresentados pelos alunos, enquanto os mentores atuaram de forma mais consistente na condução dos casos. A atuação do mentor demonstrou, ainda, vínculo com a atuação do núcleo de apoio psicopedagógico, sendo as duas ferramentas indissociáveis. A presença de grupos menores de alunos foi de suma importância na identificação dos transtornos depressivos, de acordo com os docentes. Portanto, a proximidade entre docentes e alunos efetivada pela mentoria e a constituição de grupos menores de alunos, permitiu uma aproximação entre estes sujeitos, contribuindo para o bom desfecho dos casos.

Palavras-chave: Medicina, Saúde Mental, Depressão, Mentoria

ABSTRACT

Medical students usually face many challenges before being awarded a professional degree, such as entrance examinations, strict standards of education and tuition fees. As medical doctors usually top lists of most respected professions, many families set high expectations for one of their members to become a doctor. This scenario usually leads to mental distress to undergraduate medical students, which mainly includes anxiety, depression and, in the most severe cases, suicidal ideation. Mental distress often decreases academic performance and increases the risk of suicide. Students' mental health has become a great concern for many higher-educational institutions, which proposed several approaches to address this issue, such as the mentoring program. The purpose of the present study is to analyze possible differences in the identification and progress evaluation of depressive disorder in medical students by instructors and mentors, and whether the class size has an effect in this process. We have also compiled instructors' perceptions about the contribution of the psychopedagogical support center of the institution in the matter. Data collection consisted of two phases: first, 23 instructors responded a questionnaire about their role in the Medicine program; later, two focus group with a total of ten instructors and mentors discussed mental health conditions of the medical students. The Discourse of the Collective Subject was implemented in the analysis with the support of DSCsoft software. Our results show that both instructors and mentors play an important role in the response to students' depressive disorder. Instructors are particularly helpful in recognizing students' depressive disorder, while mentors are consistently important in intervening in the cases. Mentors have showed great synergy with the psychopedagogical support center in their actions. Instructors have pointed out that smaller class sizes are of great importance in the identification of depressive disorders. In conclusion, the mentoring program and class size reduction contributed to a greater proximity between instructors and students, which consequently improved the progress of several cases.

Keywords: Medicine, Mental Health, Depression, Mentoring

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Qual a sua idade?	69
Gráfico 2 – Atua em sua atividade de origem há quanto tempo? (Anos)	69
Gráfico 3 – Leciona há quanto tempo? (semestres)	70
Gráfico 4 – Possui formação complementar?	71
Gráfico 5 – Possui alguma formação específica no campo da Saúde Mental ou teve acesso a conhecimentos da área?	71
Gráfico 6 – Atualmente dá aula em qual(ais) período(s)?	72
Gráfico 7 – Tem experiência ou tem atuado como mentor?	73
Gráfico 8 – Deseja participar da segunda fase dessa pesquisa?	73

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Panorama Geral de Instrumentos Ofertados pelas Instituições	66
Quadro 2 – Categorias e Ideias Centrais	76

LISTA DE SIGLAS

ABP	Aprendizagem Baseada em Problemas
CID	Classificação Internacional de Doenças
CRM	Conselho Regional de Medicina
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
FASEH	Faculdade de Saúde e Ecologia Humana
FCM-MG	Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais
IES	Instituição de Ensino Superior
MEC	Ministério da Educação e da Cultura
NAP	Núcleo de Apoio Psicopedagógico
OMS	Organização Mundial de Saúde
PUC-MG	Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
SERES	Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNIBH	Centro Universitário de Belo Horizonte
UNIFENAS	Universidade José do Rosário Vellano

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	23
1.1 Revisão de literatura	26
1.2 Trajetória metodológica	29
2. A FORMAÇÃO DO MÉDICO NO BRASIL	34
2.1. As primeiras escolas de medicina	35
2.2 A organização do curso de medicina na atualidade	37
2.3 Professores médicos: entre a técnica e a docência	41
3. TRANSTORNO DEPRESSIVO	46
3.1 A história da depressão	47
3.2 A saúde mental e o espaço universitário	52
4. O ESPAÇO UNIVERSITÁRIO	54
4.1 A preocupação com a saúde mental dos estudantes nas universidades brasileiras: um panorama	55
4.2 Políticas de saúde mental nas universidades da região metropolitana de Belo Horizonte	59
<i>4.2.1 Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)</i>	<i>60</i>
<i>4.2.2 FAMINAS</i>	<i>61</i>
<i>4.2.3 Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS)</i>	<i>62</i>
<i>4.2.4 Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCM-MG)</i>	<i>62</i>
<i>4.2.5 Faculdade de Saúde e Ecologia Humana (FASEH)</i>	<i>63</i>
<i>4.2.6 Centro Universitário de Belo Horizonte (UNIBH)</i>	<i>64</i>
<i>4.2.7 Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG)</i>	<i>65</i>
5. O CAMPO DE PESQUISA, OS SUJEITOS E SUAS TRAJETÓRIAS	67
5.1 Campo da pesquisa: a Universidade X	67
5.2 Sujeitos da pesquisa	68
5.3 Análise dos Questionários	68
6. O QUE DIZEM OS PROFESSORES SOBRE A DEPRESSÃO ENTRE OS ALUNOS	75
6.1 Caracterização dos grupos focais	75
<i>6.1.2 Análise dos discursos dos sujeitos da pesquisa</i>	<i>76</i>

6.2 A entrada do professor na docência	76
6.3 Os docentes e a saúde mental dos alunos.....	81
6.4 A atuação do Núcleo Psicopedagógico.....	88
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
REFERÊNCIAS	97
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) para o Grupo Focal.....	1044
APÊNDICE B – Roteiro de questões disparadoras.....	1088
APÊNDICE C – Questionário.....	1099

1. INTRODUÇÃO

Durante a minha graduação em Medicina, realizada no período de 2008 a 2014, na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), não percebia qualquer vontade de lecionar ou mesmo de realizar atividades que envolvessem tal prática. Recebia, nesse período, uma forte influência dos professores que estavam insatisfeitos com tal posição e reforçavam negativamente a prática de ensino. Durante a residência em Psiquiatria, contudo, pude oferecer aos colegas que chegavam ao Instituto Raul Soares suporte e essa se tornou uma de minhas atividades favoritas dentro de minha formação. Nesse momento, parecia viável iniciar a jornada como professor. Essa vontade começou a fazer mais sentido quando fiz algumas incursões nesse universo aceitando alguns convites que surgiam dentro das universidades de medicina. Em momentos diversos, após lecionar para uma liga acadêmica ou em seminários sobre saúde mental, tinha certeza de estar no caminho certo.

Após terminar a residência, fui convidado por um preceptor para acompanhá-lo em uma matéria de formação em uma faculdade particular de medicina da cidade de Belo Horizonte. Dividiríamos a Semiologia Psiquiátrica, ficando responsável por acompanhar alunos do sétimo período em abordagens práticas junto a pacientes. Percebia que estar com os alunos no ambiente de prática me aproximava deles e aos poucos comecei a ouvir alguns relatos que me causaram preocupação.

Em diversos momentos, os alunos comentavam sobre perceber estarem desmotivados com a vida ou que sentiam tristeza por longo período. Alguns mandavam mensagens pedindo por ajuda. O que mais me chamou a atenção foi o relato de uma aluna que dizia que vinha se sentindo assim há vários semestres e que ninguém havia percebido. Afirmava, ainda, que somente na matéria da psiquiatria se sentiu acolhida a ponto de dizer isso para os professores. Acrescido a esses fatos, comecei a receber ligações de meu ex-preceptor, e agora parceiro de matéria, pedindo algumas avaliações como psiquiatra, por perceber alguns alunos vulneráveis e com discursos preocupantes.

Dessa forma, comecei a questionar-me sobre a atuação do médico, como professor, dentro de um curso de medicina. Ficamos por vários anos ensinando nossos alunos a cuidarem de seus pacientes, mas tínhamos grande dificuldade em nos oferecer e estimular o autocuidado. Em diversos momentos, fui convidado a conhecer o trabalho do Núcleo de Apoio Pedagógico da

instituição de ensino em que atuava, e percebi como o trabalho era feito com cuidado e vontade. Ao perceber as possibilidades dessa ferramenta, surgiram questionamentos que guiariam essa pesquisa: os professores estariam identificando o transtorno depressivo entre seus alunos? Como os professores vêm percebendo a saúde mental dos alunos? Existe na prática da mentoria ou tutoria algum diferencial no acolhimento desse aluno em sofrimento?

Em um segundo momento, já em outra instituição, atuei junto aos alunos no campo do internato de psiquiatria. Nessa matéria, enquanto acompanhava os alunos durante o atendimento de pacientes em sofrimento mental, questionei-os sobre a questão da depressão e do suicídio dentro do ambiente acadêmico. Recebi uma resposta quase unânime: a maioria dos professores não enxergava a saúde mental de seus alunos e, em alguns momentos, até desmereciam o relato do aluno em sofrimento mental, dizendo ser incapacidade dele de se relacionar com a pressão inerente ao curso escolhido.

A incapacidade estaria entre os alunos ou entre os professores? O que os professores estariam com dificuldade em perceber? A partir desses questionamentos, nasceu a vontade de iniciar o projeto de mestrado e tentar, por meio da pesquisa, trazer alguma resposta ao que se anunciava como insuportável para professores e alunos. O espaço da universidade tem se tornado, portanto, cada vez mais integrado ao processo de adoecimento dos graduandos, aumentando a responsabilidade dos professores. Nessa dinâmica, é importante que o docente atue de forma a amenizar o impacto dessas patologias no espaço das instituições de ensino superior. Uma resposta a esse quadro é a criação de núcleos de apoio psicopedagógicos, de mentorings e de tutorias, muito presentes, nos cursos de medicina.

Os núcleos possuem configurações diferenciadas, dependendo da instituição. Mas, a maior parte dos serviços oferta escuta para alunos e professores, procurando acolher as pessoas e manter sigilo das informações. Já o mentoring, consiste no acompanhamento de um grupo de alunos por um professor. O mentoring não tem como objetivo acolher demanda relacionada a saúde mental, mas é formado por um trabalho de supervisão dos alunos que podem ser acompanhados de forma mais próxima por um professor. A hipótese dessa pesquisa é a de que a mentoria é um diferencial importante no acompanhamento dos alunos da medicina.

A proposta desta pesquisa foi investigar se o trabalho de mentor, exercido por professores do curso de medicina de uma universidade mineira, constitui-se como um diferencial no apoio

aos alunos, principalmente no que se refere a identificação de quadros depressivos. Para tal, optou-se pela realização de uma pesquisa apoiada em metodologias qualitativas. Em um primeiro momento, os professores de medicina da instituição parceira preencheram um questionário autoaplicado que teve por objetivo conhecer melhor o perfil dos docentes, além de introduzir a metodologia da segunda etapa. Os professores foram convidados para participar da segunda etapa da pesquisa, que consistiu na realização de um grupo focal com perguntas disparadoras direcionadas à saúde mental dos alunos. Buscou-se compreender como os professores percebem a saúde mental desses alunos e qual o contato e o grau de conhecimento dos docentes em relação aos suportes possíveis aos alunos, como por exemplo, o núcleo de apoio psicopedagógico presente em diversas instituições. Além disso, o foco foi o mentoring, na tentativa de avaliar se os professores que ocupam esse lugar têm maior possibilidade de perceberem as dificuldades emocionais dos alunos e realizarem os encaminhamentos adequados.

O transtorno depressivo, como constructo da medicina e da psiquiatria, possui sua origem no fim do século XIX. A existência dessa alteração, contudo, remonta um período anterior. Descrições semelhantes ao quadro clínico conhecido hoje já estavam presentes em mitos e em diversos escritos religiosos. A Torá, principal referência Judaica, faz menção a história de Saul. Segundo a obra, Saul foi o primeiro rei de Israel, sendo conhecido pela sua força em combate. Teria saído vitorioso em diversas batalhas. Em um determinado momento, volta-se contra Deus e recebe como punição a companhia de demônios que o atormentam. Ele cai em forte melancolia, perde o reinado para Jesse, após suicidar-se.

A temática também é apresentada na mitologia grega, por meio da história de Belerofonte. Segundo o mito, o herói com a ajuda de um Pégaso abate uma fera mitológica, tornando-se rico e orgulhoso. Como punição, Zeus promove, durante um voo do herói, uma queda que o deixa desvalido. Como consequência, Belerofonte, agora incapacitado, morre vitimado pela loucura, após passar por anos experimentando a melancolia.

Com o nascimento da medicina, ainda na Grécia Antiga, o conceito de melancolia ganhou forma. A teoria dos humores ficou vigente por séculos, sendo revista de forma mais profunda apenas no século XVII. A partir desse período, o cérebro foi considerado o órgão central no processo de adoecimento causado pelo transtorno depressivo. Nos séculos seguintes, esse conceito foi se aprofundando, ganhando os caracteres atuais.

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), o transtorno depressivo afeta cerca de 4,4% da população mundial e 5,8% dos brasileiros. A OMS, em um relatório lançado em 2017, estimou que na década de 2020, a depressão tornar-se-á a doença mais incapacitante do mundo. Dados sugerem que, em um período de 10 anos, a depressão tenha aumentado cerca de 18% em sua prevalência (OMS, 2017).

Entre a população universitária, esse achado é significativamente maior do que a da população geral, chegando a cerca de 28,6% entre alunos de medicina (LEÃO *et al*, 2018). Com a pandemia do Coronavírus, deflagrada no ano de 2020, os dados tendem a aumentar. Um estudo realizado por Santomauro (2021) confirmou esse panorama ao indicar que durante a pandemia foram identificados cerca de 53 milhões de novos casos de transtorno depressivo, o que representaria um aumento de 28%. O autor reforça que o grupo mais afetado foi o de jovens e que os países que apresentaram mais casos de COVID-19 também apresentaram números mais expressivos. Portanto, as questões relacionadas à saúde mental estão na pauta do dia e merecem atenção.

1.1 Revisão de literatura

Para melhor compreensão da temática sobre a saúde mental dos alunos de medicina, faz-se necessário uma análise bibliográfica de artigos e pesquisas que abordem esse assunto. Realizou-se, então, um levantamento literário em sites de busca de artigos científicos como Scielo, Pubmed e ERIC. Para tal, foram utilizados termos como “depressão”, “professor” e “estudantes de medicina”, bem como as variantes em inglês. Os resultados encontrados não atenderam ao tema proposto. Posteriormente, pesquisou-se uma combinação desses termos. Entre os artigos disponíveis foram escolhidos seis que tinham relação direta com a questão investigada.

Em uma pesquisa realizada por Cavestro (2006), o pesquisador trouxe alguns estudos que demonstram uma prevalência de 15% a 25% em relação a transtornos psiquiátricos em alunos de medicina. Além disso, o autor aponta sobre dificuldades encontradas para se determinar números mais exatos em relação ao transtorno depressivo, uma vez que há uma inconstância nas definições metodológicas ao se determinar o quadro. Em sua pesquisa, o pesquisador investigou 342 alunos da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais. Segundo ele, nessa população universitária, a prevalência do transtorno depressivo foi significativamente maior do que na população em geral, alcançando cerca de 10,5%. Em seus dados, o pesquisador não

encontrou diferença significativa entre os períodos. O autor também discute sobre o risco de suicídio entre alunos do ensino superior, uma vez que, em diversos estudos, o risco estaria acima da população geral.

Na pesquisa de Amaral *et al* (2008), diferentemente da apresentada anteriormente, foi investigada a prevalência de sintomas depressivos em alunos de medicina da Universidade Federal de Goiás. Os pesquisadores aplicaram uma escala em 287 discentes escolhidos aleatoriamente e que tem por finalidade identificar a presença de sintomas depressivos. A presença dos sintomas depressivos não identificaria um transtorno depressivo, serviria, contudo, para uma triagem populacional. Percebeu-se que cerca de 26,8% dos alunos apresentaram sintomas que foram classificados de leves a graves. O estudo também percebeu um aumento da prevalência dos sintomas depressivos no terceiro e no quarto ano. Os pesquisadores sugerem que a presença de sintomas depressivos nessa população, apesar de gerar preocupação, ainda não estaria refletindo ações objetivas de combate a esse quadro, haja visto a pequena quantidade de material publicado com essas medidas. Denuncia também a preocupação com a questão do suicídio, uma vez que cerca de 10% dos alunos demonstraram ideiação de autoextermínio na pesquisa.

A mesma abordagem metodológica foi adotada por Maia *et al* (2020), ao investigar a prevalência de sintomas depressivos em estudantes de medicina da Universidade Estadual de Feira de Santana. Nessa pesquisa, o diferencial, além do público, foi o fato dos alunos estarem submetidos ao modelo de Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP). Um estudo apresentado pelos autores sugere que alunos submetidos a esse método didático apresentam menor chance de depressão quando comparado a métodos tradicionais. Para a análise foi fornecido um teste de autoavaliação que tinha apenas a função de rastrear sintomas depressivos. O resultado demonstrou uma prevalência próxima a encontrada em outras universidades brasileiras e entre os alunos insatisfeitos com a ABP observou-se uma maior prevalência dos sintomas depressivos. Os pesquisadores sugerem que tal fato estaria correlacionado com a maior cobrança de estudos que o método ABP geraria entre os estudantes. Morar na casa dos pais também mostrou-se estar relacionado com maior prevalência de sintomas depressivos. Nesse caso, a cobrança e as expectativas dos pais poderiam contribuir para o aumento da prevalência.

Abrão *et al* (2008) propôs, da mesma forma, a avaliação da prevalência de sintomas depressivos nos alunos de medicina da Universidade Federal de Uberlândia. Foram avaliados

400 alunos, por meio de um questionário aplicado por integrantes pertencentes ao grupo de pesquisa. Os dados encontrados chamam a atenção ao se comparar aos estudos anteriores. Segundo a pesquisa cerca de 79% dos alunos apresentam sintomas depressivos em algum grau. Percebe-se que esse dado se difere de forma significativa quando comparado a outros estudos semelhantes. Os autores não trazem nenhuma informação que vise explicar essa discrepância e completam indicando haver uma maior prevalência dos sintomas na população feminina e à medida que o curso progride.

Ao considerar esse último dado, um estudo realizado por Leão *et al* (2011) direcionado aos alunos de medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo ganha relevância. Nessa pesquisa, investigou-se o bem-estar de 156 discentes do último ano da graduação de medicina. Realizou-se essa investigação por meio da aplicação de questionários que perguntavam sobre os sintomas depressivos, os ansiosos e um específico para se determinar a qualidade de vida dos alunos. Além disso, os pesquisadores adicionaram perguntas relacionadas a satisfação dos alunos em relação aos recursos de suporte oferecidos pela instituição.

Após a análise dos dados coletados, averiguou-se que cerca de 68% dos alunos relataram ter uma boa qualidade de vida, estando 67% satisfeitos com sua saúde. Ao se considerar os sintomas depressivos e os ansiosos, chegou-se a uma taxa de 20% e 27%, respectivamente. O serviço de saúde mental era conhecido por 98% dos alunos, sendo que 26% já tinham utilizado o apoio oferecido pela instituição. Em relação a tutoria, apenas 32% frequentaram três ou mais reuniões, apesar de 78% estarem felizes com seus mentores.

Os pesquisadores sugeriram que apesar da felicidade inerente ao fim da graduação, já que o curso é longo e exigente, os alunos estão apreensivos quanto ao futuro profissional. A dificuldade em procurar os serviços de apoio poderia estar correlacionada com a visão de que os alunos acreditam que o estresse e a ansiedade estariam correlacionados com o próprio desenvolvimento do curso. Visão apoiada por diversos estudos apresentados pelos autores do artigo em questão. Os pesquisadores ressaltam também a importância de se considerar as avaliações práticas vivenciadas pelos alunos como um elemento que poderia potencializar a percepção de adoecimento.

Em outro estudo, desenvolvido pela Universidade de Medicina de Massachussets (ROSAL *et al*, 1997), foram aplicados quatro questionários antes e durante o curso para investigar os

índices de depressão. Ao entrar na escola de medicina, o estado emocional dos estudantes se assemelhava ao da população em geral. O aumento nos escores de depressão e sua persistência ao longo do tempo, contudo, sugerem que o estresse emocional durante a escola médica é de caráter crônico e persistente, e não episódico. É importante perceber que o aluno, durante o curso de medicina, será convocado a lidar com a competição entre os colegas, o contato com a doença e a morte, além de encarar as dificuldades socioeconômicas das populações atendidas.

A partir da leitura dos artigos acima, foi possível perceber a importância que o assunto possui, uma vez que a prevalência de transtornos mentais entre os discentes tem se mostrado acima daqueles encontrados na população geral. Além disso, as pesquisas, em sua maioria, estão focadas no rastreamento e na determinação do estado da saúde mental dos alunos. A atuação ou mesmo a participação dos professores nesse processo não tem sido foco das abordagens dessas pesquisas.

1.2 Trajetória metodológica

Ao se considerar tal realidade, essa pesquisa buscou analisar se o professor do curso de medicina tem conseguido identificar o transtorno depressivo entre os alunos, qual o encaminhamento realizado nos casos positivos e se há diferença entre a percepção de professores não mentores e mentores. Para alcançar tal objetivo, a metodologia escolhida consistiu na autoaplicação de um questionário e na realização de dois grupos focais. Para tentar responder à questão sobre a identificação do transtorno depressivo de alunos do curso de medicina pelos professores, foi necessário elaborar um percurso metodológico que permitisse discutir a questão, ao mesmo tempo em que fossem preservadas as identidades dos sujeitos pesquisados.

A escolha do método de investigação na área da pesquisa em educação mostra-se como uma etapa das mais complexas e importantes. Segundo Silva *et al* (2009, p. 455):

Esta escolha deve estar diretamente relacionada à natureza e aos objetivos da pesquisa, assim como também às condições estruturais que dispõe o pesquisador para responder às suas questões de investigação e apreender o seu objeto de estudo. Deve haver uma tessitura coerente em todo o delineamento do planejamento e execução de estudo.

A pesquisa em questão consistiu na utilização de métodos qualitativos sustentados por análise documental, questionário autoaplicado e pela realização de grupos focais. Cabe ressaltar que a metodologia qualitativa ainda apresenta em alguns meios uma imagem marcada por certo descrédito. Alguns ainda acreditam que a pesquisa qualitativa é marcada pela falta de rigor e pela aleatoriedade. Além disso, há também uma ideia de que esse tipo de metodologia tenderia a ser mais acessível na condução ao se comparar as práticas quantitativas. (OLLAIK; ZILLER, 2012). Esse descrédito estaria relacionado ao fato de a pesquisa qualitativa não utilizar critérios tradicionais de validação. Essa questão, contudo, não deveria ser ponto de destaque para validação desse método. Segundo Ollaik e Ziller (2012, 232):

em pesquisas qualitativas, a concepção de validade assume formas distintas, pois a discussão sobre escalas de medição não se aplica a métodos qualitativos, sendo necessária a compreensão da validade em outra perspectiva.

Segundo Koro-Ljungberg (2010), a validade na pesquisa qualitativa pode ser definida de várias formas, podendo se considerar as ações epistemológicas e teóricas, sendo assim é importante levar em conta conceitos como autenticidade, credibilidade, confirmabilidade, coerência interna, possibilidade de replicação, confiabilidade e significância. A autora ainda reforça a importância da validação, da responsabilidade do pesquisar e da aporia.

Como dito anteriormente, o objetivo central dessa pesquisa foi identificar se os professores do curso de medicina que atuam como mentores reconhecem o transtorno depressivo entre os alunos com maior facilidade, uma vez que atuam de forma mais próxima ao discente.

Primeiro, foi realizado um levantamento sobre os cursos de medicina existentes na região metropolitana de Belo Horizonte, que atualmente conta com 9 cursos de medicina, sendo 7 privados e 2 públicos. Cada Instituição possui uma abordagem particular em saúde mental direcionada aos discentes. A organização dessas ações está prevista nos Projetos Pedagógicos de cada curso. Buscou-se os projetos pedagógicos dessas instituições, sendo analisados quando disponíveis.

Os projetos pedagógicos foram acessados pelos portais das Faculdades e quando não encontrados, buscou-se outros dados disponibilizados pela instituição que contemplassem as medidas de suporte à saúde mental de seus alunos. Após a coleta, os dados foram analisados em relação ao panorama da organização do suporte mental ofertada aos alunos de medicina. Para a pesquisa de campo, foi escolhida uma instituição que tivesse um projeto de saúde mental consistente para os alunos, além da presença da tutoria ou de mentoring. Foi realizado

o contato com a instituição e após a autorização, o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG e registrado através do número 51089321.7.0000.5149, CAAE 5.078.839.

O questionário na Plataforma do Google Forms foi elaborado no formato de autoaplicação. Inicialmente, os questionários foram enviados aos professores da graduação de medicina. Esse instrumento teve por finalidade conhecer o perfil dos professores da instituição, além de filtrar os docentes que estariam dispostos a integrar os grupos focais. Essa forma de escolha dos participantes visou diminuir possíveis vieses na coleta dos dados. Os respondentes foram convidados a participar de um grupo focal formado por professores tutores e com professores que não exercem essa função.

O grupo focal é uma técnica de pesquisa qualitativa baseado na interação de integrantes de um grupo ao discutirem determinado tema de interesse comum aos participantes. Os grupos focais são utilizados em pesquisas explorativas ou avaliativas, podendo ser a fonte principal ou ainda um método complementar. Para a realização desse método deve-se escolher um local confortável e neutro, geralmente em torno de uma mesa oval ou retangular. A literatura prevê grupos de 6 a 15 participantes, além da utilização de gravadores para registro do processo (TRAD, 2009). Os grupos focais têm se tornado recurso cada vez mais comuns ao se considerar objetos de pesquisa que contemplem a ótica coletiva.

Buscou-se fazer grupo misturando mentores e não mentores. A condução dos grupos se deu por meio de questões disparadoras que estão centradas na prática do professor junto ao aluno em sofrimento mental. Uma das propostas foi identificar se há algo na abordagem do tutor que se diferencia daquela apresentada por outros professores. Posteriormente, as gravações foram transcritas e analisadas através do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), por meio de um programa de computador chamado DSCsoft. Esse instrumento permite processar os discursos por meio da criação de um banco de dados que posteriormente será estratificado e comparado. Cada discurso obtido durante a pesquisa gerará uma ficha que posteriormente será analisada pelo pesquisador.

De acordo com Nicolau, Scalda e Furlan (2015)

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) refere-se a um instrumento de pesquisa para abordagens quali-quantitativas desenvolvido no final da década de 1990 na Universidade de São Paulo (USP) pelo casal Lefevre. Pesquisas de opinião, de representação social ou, de modo mais abrangente, de atribuição social de sentido

que apresentem como base depoimentos ou outros materiais como matérias de revistas, jornais etc. podem ser associadas aos *softwares* Qualiquantisoft e QLQT Online. Ambos se relacionam à produção de DSCs e representam um significativo incremento de qualidade em pesquisa, permitindo que os resultados sejam generalizados em escala coletiva, como um depoimento sob a forma de discurso(s)-síntese. Deve-se entender por discurso um agenciamento coerente de conteúdos e de argumentos. (NICOLAU; SCALDA; FURLAN, 2015, p.243).

Segundo Gomes *et al* (2009, p. 858): “Discurso do Sujeito Coletivo consiste na organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal [...] É uma maneira de viabilizar o discurso, deixando a “realidade descrever-se mais autonomamente...” Ainda de acordo com os autores, a construção do DSC estaria fundamentada em algumas figuras metodológicas:

- As expressões chaves marcadas pela transcrição literal do discurso que identificam as ideias centrais pesquisadas;
- A ideia central que visaria descrever de forma fidedigna o sentido dos discursos analisados;
- A ancoragem é uma revelação que se dá por meio da linguística, marcando uma ideologia ou crença do autor;
- O Discurso do Sujeito Coletivo é considerado a principal figura metodológica, devendo ser escrita em primeira pessoa, sendo uma síntese dos trechos dos discursos individuais.

O DSC está fundamentado no pressuposto da Teoria das Representações Sociais. Essa construção permite a padronização de testemunhos sem que sejam validados apenas pela quantidade. Segundo Figueiredo *et al* (2013, p. 131):

As representações sociais são esquemas sociocognitivos que as pessoas utilizam para emitirem, no seu cotidiano, juízos ou opiniões; são uma forma de conhecimento, socialmente elaborado e partilhado, de uma realidade comum a um conjunto social. Esses esquemas sociocognitivos, acessíveis através de depoimentos individuais, precisam ser reconstituídos através de pesquisas sociais que comportem uma dimensão qualitativa e quantitativa.

Cabe ressaltar que os questionários e os grupos focais somente foram realizados após o aceite dos professores em participar do processo, mediante assinatura de termo de consentimento. Dessa forma, visou-se respeitar o cumprimento das normas éticas estipuladas pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP/ UFMG).

A dissertação foi dividida em 6 capítulos. O primeiro capítulo trata da formação do médico no Brasil. Nele foi discutido sobre a trajetória do médico durante sua graduação. Além disso, esse capítulo faz uma revisão histórica sobre as primeiras escolas de medicina do país. Tratou-se também da organização curricular atual da graduação do curso médico. O capítulo se encerrou discursando sobre a formação técnica e didática dos professores que atuam nas graduações.

No segundo capítulo discutiu-se os transtornos depressivos, a partir da história da depressão. Além disso, foi estabelecido os critérios atuais que definem o transtorno depressivo. Posteriormente, focou-se na integração existente entre o espaço universitário e as políticas em saúde mental. Nesse momento, contextualizou-se as principais medidas de suporte ofertadas aos alunos, ainda que de forma heterogênea.

Os resultados da pesquisa se iniciam no capítulo 3 e discursam sobre a universidade que participou da coleta de dados. Dessa forma, o campo de pesquisa foi contextualizado. Além disso, resgatou-se, de forma breve, a situação das escolas médicas do país, do estado e da região metropolitana de Belo Horizonte. Nessa caracterização levantou-se a quantidade de escolas de medicina em cada um dos entes federados. O capítulo 4, discutiu a saúde mental dos estudantes nas universidades brasileiras, ofertando um breve panorama regional, a partir da análise dos Projetos Pedagógicos das Instituições de Ensino Superior da região Metropolitana de Belo Horizonte.

O quinto capítulo faz resgate do campo de pesquisa ao retratar de forma breve a universidade participante da coleta de dados e serve como transição para o capítulo seis, no qual os resultados dos dados coletados são descritos e discutidos. Nessa descrição e discussão são resgatados os dados coletados por meio do questionário e do grupo focal. Posteriormente, buscou-se conhecer melhor o perfil dos docentes da instituição parceira e se aprofundar na temática proposta por meio dos dados gerados pelos dois grupos focais realizados.

Nas considerações finais, os temas trabalhados na dissertação foram resgatados. Os resultados foram retomados à luz dos objetivos propostos na introdução. Além disso, foram pensadas sugestões para amplificar a atuação das universidades com a graduação de medicina em relação a saúde mental de seus alunos.

2. A FORMAÇÃO DO MÉDICO NO BRASIL

A profissão médica possui características únicas ao se considerar o mercado de trabalho nos modelos atuais. Diferentemente de várias áreas, o médico já possui sua profissionalidade bem definida, ancorando-se na sua especialidade de função, no seu saber específico, no seu poder de decisão e na força de seu corpo coletivo (ROLDÃO, 2005). Tais fatos tornam a medicina um ramo de atuação considerado maduro, sendo um dos fatores que ajuda a compreender a atratividade da carreira médica.

O desenvolvimento científico associado ao saber médico, que se deu a partir do século XIX, foi de grande importância para a creditação que a área alcançou junto à sociedade. Aliado a isso, a complexidade técnica presente na medicina tornou a autorregulação possível, dando ao profissional autonomia em relação à sua prática. Mesmo estando ainda vinculado à burocracia da prática mercadológica, esse profissional possui uma independência ímpar, estando assim ancorado, principalmente, no julgamento de seus pares. Segundo Machado (1996, p. 32), “nenhuma outra profissão exercita este poder na escala em que fez a medicina, certamente porque nenhuma outra profissão se iguala a ela no grau de autonomia e autorregulação”. Dessa forma o médico é responsável pela disponibilização da assistência e pela produção do conhecimento.

Ainda que as questões mercadológicas exerçam grande atratividade, é possível perceber outros fatores importantes que justificam a escolha do aluno pelo curso de medicina. Provavelmente, o status e a imagem associados a prática médica ainda sejam os principais motivos de escolha pelo curso. Além disso, a profissão carrega uma ideia de prestígio e de poder, associada a uma possibilidade de absorção de mão de obra quase que ilimitado, não havendo taxas reais de desemprego (FERREIRA *et al*, 2000).

Ainda assim, boa parte dos alunos ainda exalta a vocação como principal elemento de escolha profissional. Um estudo conduzido por RIBEIRO (1983, apud FERREIRA, 2000) demonstrou que cerca de 73% dos alunos de medicina investigados escolheram o curso de medicina devido a ideia de vocação. Em contraste, cerca de 32% escolheram por considerar uma profissão segura, 23% uma profissão que traz boa renda e 19% devido ao prestígio associado à medicina. Esses dados demonstram que apesar da atratividade exercida pela maturidade mercadológica da medicina, essa questão ainda é pouco valorizada pelos jovens.

Essa desvalorização da rentabilidade da carreira médica pode estar correlacionada com o perfil socioeconômico dos alunos pertencentes ao curso de medicina. Um estudo desenvolvido por Ristoff (2014) demonstrou que cerca de 44% das famílias dos estudantes de medicina apresentam renda familiar mensal acima de 10 salários-mínimos, sendo que na população brasileira, apenas 7% das famílias teriam essa renda. Dessa forma, percebe-se que os estudantes de medicina que possuem um bom suporte financeiro de suas famílias, não apresentando urgência em iniciar suas atividades econômicas.

Atualmente, percebe-se uma mudança no perfil dos alunos que estão iniciando seu curso superior. A maioria dos discentes que se encontram nas faculdades públicas, provém do ensino médio também público¹. O aumento do número de vagas em Instituições públicas de Ensino Superior, aliadas a medidas afirmativas, como as cotas raciais têm ajudado a melhorar cada vez mais esse perfil.

O número de vagas em Instituições particulares de Ensino Superior também aumentou. Segundo Pereira *et al* (2021), “há predomínio de cursos e de vagas em instituições privadas. A diferença é maior quando se compara pagamento com gratuidade: quase três quartos das novas vagas de Medicina são ofertadas em cursos pagos”. Esse quadro, associado às altas mensalidades, torna o acesso ao curso restrito a uma pequena parcela da população. Segundo um levantamento realizado pelo site Melhores Escolas Médicas² os valores podem variar de três mil e setecentos reais a valores superiores a onze mil reais por mês. Em alguns casos, as famílias acabam fazendo grandes esforços para manter os alunos matriculados. A valorização social do médico está presente desde os primórdios da profissionalização, como será demonstrado adiante.

2.1. As primeiras escolas de medicina

Em meados de 1800 existiam cerca de 20 universidades na América Espanhola. A chegada de instituições universitárias nesse território se deu ainda no século XVI por meio de investidas do Estado em associação com a Igreja. Cabe ressaltar que essas instituições

¹ Mapa do Ensino Superior aponta maioria feminina e branca. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/educacao/noticia/2020-05/mapa-do-ensino-superior-aponta-para-maioria-feminina-e-branca>>. Acesso em 11 jul. 2022.

² Valores de Mensalidades das Escolas Médicas – MEM. Disponível em: <<https://melhoresescolasmedicas.com/valores-da-mensalidade/valores-das-mensalidades-das-escolas-medicadas/>>. Acesso em 11 jul. 2022.

seguiam os modelos educacionais apresentados na metrópole. A mudança de orientação se deu no século XIX, com a adoção do padrão francês de universidade napoleônica. A realidade da colônia portuguesa em território americano apresentava-se bem diferente. Graças ao monopólio sobre a educação superior, a coroa portuguesa interditava qualquer experiência de ensino superior em suas colônias. A elite intelectual brasileira era toda formada por profissionais advindos, principalmente, da Universidade de Coimbra que fornecia diplomas apenas para Teologia, Direito e Medicina (SANTOS, 2008).

A vinda da família real para o Brasil abriu uma oportunidade importante para a criação da primeira instituição de ensino superior na colônia. A mudança de política educacional estava atrelada à necessidade de sanar a demanda gerada pela transferência do trono português para solo brasileiro. A primeira instituição de ensino superior fundada no país, em 1808, foi a Escola de Cirurgia do Hospital Militar na Bahia. Essa instituição é conhecida hoje por Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (a partir de 1965). Ainda em 1808, uma instituição com as mesmas características foi fundada no Rio de Janeiro. Cabe salientar que a chegada dessas instituições marca o início do ensino superior no Brasil, junto com a formação em medicina. Após a independência, novas instituições foram fundadas nas principais cidades brasileiras, com enfoque na medicina, nas leis, nas engenharias e nas Belas Artes. O modelo adotado ainda foi de influência portuguesa, que foi suplantado pelo francês depois do advento da República (SANTOS, 2008).

A formação oferecida nas escolas cirúrgicas, segundo Machado (2018), pouco qualificava aqueles que as frequentavam, formando os chamados “cirurgiões barbeiros”. Essa realidade começa a mudar a partir de 1813, com uma reorganização dessas instituições. A constituição das academias passa a oferecer uma formação profissional em medicina com um curso de 2 anos. A consolidação dessa área como uma prática profissional amparada por uma melhor formação permitiu a fundação, em 1829, da Sociedade de Medicina. Essa instituição foi responsável pela origem das Faculdades de Medicina, com duração do curso de 6 anos, como é atualmente.

A constituição do ensino superior brasileiro, até esse momento, era marcada pela presença de escolas isoladas, com aulas organizadas em conferências, em período parcial. Como as escolas eram instituições do Estado, os professores eram selecionados por concursos públicos. A ideia de universidade estava vinculada a reunião de entidades isoladas que continuavam não conversando entre si. A organização da escola era de responsabilidade dos professores

catedráticos que elegiam um diretor. O programa da escola era de competência desse diretor que nesse elemento se assemelhava ao Herr Professor da universidade alemã (TEIXEIRA, 1989).

Diversas instituições de ensino superior pleiteiam o título de primeira universidade brasileira. A primeira, contudo, a apresentar um plano acadêmico e institucional foi a Universidade de São Paulo (USP), em 1934. Baseada no modelo napoleônico, a instituição apresentava caráter iluminista e técnico-científica, além de orientação laica. No mesmo período, foi fundada a Universidade do Distrito Federal, pela atuação de Anísio Teixeira. Essa Universidade, que apresentou o embrião da educação superior gratuita e universal, acabou extinta, após a destituição de Anísio Teixeira de suas funções como Secretário da Educação do Distrito Federal por Getúlio Vargas (TEIXEIRA, 1989).

Após o término da era Vargas, a educação superior passa por um novo fomento com a inauguração de universidades federais em todo país. O modelo dessas instituições, contudo, tentava simular aquele apresentado pela Universidade de Coimbra, considerado na época arcaico quando comparado a outros centros europeus. Esse quadro foi superado à medida que pensadores de toda Europa se erradicaram no Brasil fugindo das guerras presentes nos territórios natais.

Na década de 1960, a convite do Presidente Juscelino Kubitschek, Anísio Teixeira junto de Darcy Ribeiro implantam um projeto de educação superior no modelo norte-americano. A fundação da Universidade de Brasília (UNB) implementou um modelo marcado pela associação de pesquisa, ciência e tecnologia. Além disso, as cátedras foram substituídas por departamentos e a formação dividida em ciclo básico e ciclo profissionalizante. Esse modelo foi implementado em outras universidades, estando presente até os dias atuais. Alguns autores denunciam que a mudança não significou de fato uma melhora da integração, uma vez que os departamentos também tendiam a se isolar e a praticar uma formação particular.

2.2 A organização do curso de medicina na atualidade

É importante perceber que o modelo pedagógico de determinado curso, principalmente os da área da saúde, deve contemplar o momento social e político do país. Tradicionalmente, a medicina seguia o modelo de educação americano de Abraham Flexner. Para o estudioso, o curso médico deveria ter quatro anos, divididos em dois ciclos de dois anos (básico e clínico). O ciclo básico seria de responsabilidade das faculdades, possibilitando o aprendizado de

matérias como anatomia, fisiologia e patologia. Ao hospital estaria o encargo de transmitir os conhecimentos clínicos e propriamente profissionalizantes. Segundo ele, o estudo deveria se basear na doença, sendo o hospital um local privilegiado para isso. Além disso, apresentou uma proposta com postura marcadamente positivista. O conhecimento científico, baseado na experimentação e na observação, deveria ser privilegiado, por ser o único confiável (PAGLIOSA, 2008).

Ainda segundo Pagliosa (2008), Flexner fez fortes críticas ao ensino médico realizado com fins lucrativos, exaltando o modelo “público” como único possível. Esse modelo de educação seria sustentado por uma lógica marcada pelo patriotismo educacional e médico. Reforçou, também, a melhor distribuição de profissionais pelo território, a fim de garantir acesso da população aos serviços de saúde. Muitos encararam as propostas do estudioso como uma revolução dentro da lógica de ensino médico, mas para muitos, as mudanças propostas por ele já ocorreriam naturalmente. Os maiores críticos de Flexner exaltam que o modelo biomédico criado por ele gerou impacto importante na formação, por ser considerado por muitos reducionista.

A década de 1960 foi marcada por fortes críticas ao modelo biomédico tradicional proposto por Flexner. Vários grupos denunciaram o descompasso presente entre a formação médica e as demandas sociais. O estudante estava deslocado, durante sua formação, da realidade de seus pacientes, além dos modelos visarem a formação de especialistas. A criação da Associação brasileira de educação médica (ABEM) permitiu que essas críticas tomassem forma por meio de diversas publicações realizadas nesse período. O intuito era garantir uma mudança mais profunda no modelo educacional médico, principalmente, no enfoque a formação de generalistas. Cabe ressaltar que essas discussões vinham ganhando força em todo mundo. Um exemplo disso, foi a carta de Ottawa, de 1986, que vislumbrava uma mudança profunda no modelo médico fundamentado na cura, no médico, no hospital e na especialização em prol de um modelo marcado pela descentralização do cuidado, pela valorização da qualidade de vida e pela exaltação da atenção básica.

Mesmo após as intensas discussões em relação a mudanças de modelo, no Brasil esse quadro começou a mudar após a promulgação da Constituição de 1988 e posteriormente com a fundação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994. Mediante o modelo de saúde adotado no Brasil, era necessária uma mudança importante no currículo das faculdades de medicina. A partir dos anos 2000, várias políticas em educação foram pensadas e destinadas

visando melhorar e tornar a educação em saúde mais próxima às demandas sociais apresentadas naquele momento. Entre elas cabe ressaltar as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos da Área de Saúde, o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), o VER-SUS (estratégia de vivência do SUS para estudantes dos cursos de saúde), o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pro-saúde) e o PET-Saúde.

Atualmente o portal da UFMG dá destaque tanto ao Pró-saúde como ao PET-saúde. Esse portal define Pro-Saúde como:

O programa nacional de reorientação de formação profissional em saúde (Pró-Saúde) é um programa governamental lançado em novembro de 2005 para incentivar transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à população para abordagem integral do processo de saúde-doença. Na área de saúde há um consistente esforço para a substituição do modelo tradicional de organização do cuidado em saúde historicamente centrado na doença no atendimento hospitalar. Estabelece também mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas de medicina, enfermagem e odontologia visando a melhoria da qualidade e a solubilidade da atenção prestada ao cidadão quanto à integração da rede pública de serviços de saúde e a formação dos profissionais de saúde na graduação e na educação permanente.³

Sobre o PET-Saúde esclarece que:

O programa de educação pelo trabalho em saúde (PET-Saúde) é um programa governamental lançado em agosto de 2008 para viabilizar aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da saúde, iniciação ao trabalho, assim como estágios e vivências, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde. Através do programa a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e as universidades atuam em parceria para integração docente-assistencial, diversificação dos cenários de prática para os alunos e a articulação dos serviços próprios das instituições acadêmicas no contexto do Sistema Único de Saúde. As atividades são desenvolvidas através de grupos tutoriais coordenados por um professor universitário, formado por profissionais de saúde que já trabalham na rede municipal e por estudantes de graduação de cursos da área da saúde.⁴

Além das mudanças curriculares e políticas direcionadas ao ensino médico, várias práticas metodológicas têm sido introduzidas nos currículos das universidades. Essas mudanças visam modernizar as didáticas conhecidas como tradicionais, dando maior ênfase a métodos ativos. Atualmente a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) tem ganhado forte notoriedade nos cursos da área de saúde. O método é centrado no aluno e na resolução de situações-problemas. Nessa proposta, o professor é um facilitador do processo e deverá estimular seu

³ Portal Pró-Saúde PET-Saúde - Belo Horizonte. Disponível em: <<https://www.ufmg.br/portalthprosaudebh/>>. Acesso em 11 jul. 2022.

⁴ Portal Pró-Saúde PET-Saúde - Belo Horizonte. Disponível em: <<https://www.ufmg.br/portalthprosaudebh/>>. Acesso em 11 jul. 2022.

aluno a investigar de forma interdisciplinar por respostas às situações-problemas. Os princípios fundamentais do ABP são: a aprendizagem sustentada pela curiosidade/descoberta, a fusão entre prática e teoria, a forte valorização da interdisciplinaridade, o trabalho em grupo, a exaltação da autonomia, o respeito à capacidade do outro e os elementos de cooperação. Percebe-se que ainda são escassos os estudos comparando os currículos tradicionais e os currículos integrativos com proposições ativas, não havendo embasamento para se afirmar como essa mudança tem impactado na formação de novos médicos (GOMES; REGO, 2011).

Um estudo realizado por Lampert *et al* (2009) buscou por meio de um instrumento próprio avaliar as escolas em relação as suas práticas didáticas. A autora e seus colaboradores dividiram as escolas em tradicionais, inovadoras e avançadas de acordo com as características apresentadas por elas. Inicialmente quarenta e sete instituições aderiram ao projeto chegando ao final apenas vinte e oito. Após o preenchimento do instrumento pelas faculdades, esses passaram por uma análise e o resultado determinou a tipologia de tendência de mudança apresentada por cada uma das instituições participantes. Os 5 eixos avaliados foram o mundo do trabalho, o projeto pedagógico, a abordagem pedagógica, o cenário da prática e o desenvolvimento docente. As tipologias possíveis são avançada (A), inovadora avançada (Ia), inovadora tradicional (It) e tradicional (T).

Após análise verificou-se que aproximadamente dez por cento das escolas participantes apresentaram tipologia tradicional, mantendo as características Flexnerianas. Aproximadamente 43% corresponderam a tipologia inovadora, estando ainda no início do processo de mudança de suas metodologias. Nesse grupo, em alguns momentos, há o predomínio do modelo tradicional em outros do modelo avançado. Os outros 47% estariam identificados com a tipologia avançada, apresentando indícios sólidos de avanços na direção da mudança de paradigma. Estudos como esse demonstram que as graduações de medicina estão avançando ao se considerar o modelo didático desejado. O currículo e a didática têm permitido a saída do aluno de medicina como um profissional generalista, humanizado e reflexivo. A conquista desses objetivos, entretanto, não diminui a discussão em relação à formação dos professores da medicina, uma vez que eles são os condutores diretos do processo.

2.3 Professores médicos: entre a técnica e a docência

É importante contextualizar a formação dos professores de ensino superior para melhor compreensão da atuação dos professores da área da saúde, mais especificamente os de medicina. Tradicionalmente, o professor universitário tinha como função ministrar aulas focadas em seu conhecimento técnico em uma determinada disciplina. Não obstante, até a segunda metade do século XX, as universidades eram organizadas em grandes cadeiras de professores que se destacavam pelo seu conhecimento específico. O estabelecimento de diversos programas de formação de professores tem, todavia, alterado a atuação do docente nas Instituições de Ensino Superior (IES), uma vez que a formação pedagógica tem se tornado cada vez mais demandada (JIMÉNEZ-VASQUEZ; FIAD, 2021).

No Brasil, contudo, a formação pedagógica dos professores universitários continua sendo aquém do desejado. Segundo Pachane (2007), três fatores estariam correlacionados com esse evento. Inicialmente, a formação para o ensino superior foi constituída como uma atividade inferior. A maior preocupação do professor consistia no seu bom desempenho técnico/profissional, acreditando que aquele que sabe fazer também saberia ensinar. Em segundo lugar, a educação universitária foi fundamentada com ênfase em pesquisa. Dessa forma, o bom profissional estaria relacionado ao volume de sua produção científica. O bom pesquisador também seria um bom professor. Além disso, o próprio movimento da universidade em valorizar o pesquisador em detrimento do professor fortaleceria tal posição. Por último, a legislação atual sobre a educação superior no Brasil reforça a ideia de não ser necessário o investimento em uma formação pedagógica. Essa mentalidade predominante estaria contribuindo para uma queda significativa na qualidade dos cursos oferecidos nas universidades.

A flexibilização do sistema educacional com abertura de novas instituições de ensino superior democratizou o acesso às IES. Tal realidade está associada a uma maior heterogeneidade de alunos, exigindo um preparo do professor, em muitos casos inexistente. Essa flexibilização, também, permitiu a presença de instituições com enfoques diferentes em relação à pesquisa e ao ensino, o que estaria gerando uma formação desigual de profissionais. Além disso, a graduação não tem sido mais o ponto final de formação na maioria dos profissionais, sendo que a mentalidade dos professores não tem preparado os alunos para esse fato.

Uma melhor formação pedagógica contribuiria sobremaneira para o incremento dos cursos ofertados no ensino superior brasileiro. Masetto (1998) sugere que esse conhecimento se dividiria em alguns eixos: o processo ensino aprendizagem, a concepção e a gestão do currículo, a compreensão das inter-relações professor-aluno e aluno-professor e a tecnologia educacional. O aprofundamento dos elementos sugeridos por Masetto (1998) garantiria ao professor melhor qualificação e uma melhor compreensão da realidade político-social vivenciada por ele dentro da universidade. Atualmente, o professor se mostra à deriva em relação às discussões que atravessam a construção dos projetos das universidades e dos saberes por elas difundidos.

A discussão sobre profissionalidade também se demonstra de grande relevância ao se considerar a formação de professores e mais especificamente o professor de medicina. Roldão evoca a identidade profissional e caracteriza profissionalidade por meio desses quatro caracterizadores:

o reconhecimento social da especificidade da função associada à actividade (por oposição à indiferenciação); o saber específico indispensável ao desenvolvimento da actividade e sua natureza; o poder de decisão sobre a acção desenvolvida e consequente responsabilização social e pública pela mesma – dito doutro modo, o controlo e sobre a actividade e a autonomia do seu exercício; e a pertença a um corpo colectivo que partilha, regula e defende, intra-muros desse colectivo, quer o exercício da função e o acesso a ela, quer a definição do saber necessário, quer naturalmente o seu poder sobre a mesma que lhe advém essencialmente do reconhecimento de um saber que o legitima. (ROLDÃO, 2005, p. 109).

A caracterização da profissionalidade docente só pode ser feita mediante uma revisão histórica. Os professores só começaram a ganhar maior visibilidade social ao longo do século XIX. Período em que o conhecimento do professor foi reconhecido como um saber que deveria ser construído por uma formação específica. Mudanças políticas permitiram a popularização dos sistemas de ensino e mudaram a percepção em relação ao professor, criando uma relação de dependência. A fragilidade em relação à profissionalização do professor ainda se sustenta na escassez de poder em relação ao exercício da docência e na própria fragilidade que esse fato traz para a autorregulação dessa coletividade. A realidade revela-se bem diferente para a área da medicina.

Roldão ao considerar esses mesmos pressupostos, caracteriza a medicina como profissão bem estabelecida. Justifica tal visão ressaltando que a medicina possui especificidade em sua natureza, além de utilidade social. O exercício exige o domínio de um saber próprio que outras áreas não dominam. O profissional teria poder de decisão sobre suas ações. Por fim, o

médico pertence a um grupo que se reconhece como comunidade e se defende como tal. Por mais que o médico esteja subordinado há um controle externo e social, ele possui certa independência ao se considerar o ato médico. Mesmo bem estabelecida, a profissionalidade do médico está passando por forte crise, uma vez que várias práticas do ato médico têm sido liberadas para outras profissões. A medicina vem experimentando não só a perda de sua especificidade, mas também da prerrogativa de autorregulação, graças ao aumento da judicialização da área. É nesse encontro que a profissionalidade do professor de medicina tem sido construída. Em uma de suas práticas há uma perda de espaço enquanto na outra há um movimento de construção.

O professor da graduação de medicina possui uma trajetória única em relação a sua atuação docente. Segundo Ferreira (2016), o profissional, além de sua graduação, possui uma especialização na área. Somente após essa longa trajetória é que a maioria dos médicos ingressa na carreira de professor. Como apontado por Ferreira (2014), essa pós-graduação está totalmente focada na formação técnica, não contribuindo para a atuação do médico na carreira docente. A escolha desse modelo de pós-graduação ainda é predominante entre os médicos, principalmente ao se comparar ao mestrado e ao doutorado. As remunerações praticadas dentro da docência ainda são inferiores às praticadas pelo mercado profissional. Os médicos atraídos pela docência, por própria recomendação das Instituições de Ensino Superior, têm investido cada vez mais em mestrados. O que se percebe, contudo, é que poucos procuram pós-graduações em nível *stricto sensu*, já que a dedicação representaria para alguns profissionais perda importante de remuneração.

Ainda segundo o autor, o convite para atuar na docência não é decorrente de sua atuação dentro de sala de aula e sim devido a seu sucesso como médico. Em diversos casos, o professor inicia sua carreira como professor apenas por critérios de desempenho profissional e em outros casos pelo seu potencial de pesquisador. Como a competência para a docência é medida pela qualidade técnica, esse professor tende a não continuar sua formação pedagógica apoiando-se apenas em sua experiência prática adquirida na clínica. Em alguns casos, os professores são convidados para atuar como docentes por possuírem um nome de destaque que teria grande potencial em atrair mais alunos. Essa prática possui mais caráter mercadológico do que propriamente educacional. Essa lógica tem sido muito utilizada por escolas de medicina privadas que visam o lucro.

Por possuir uma carreira paralela de sucesso, muitas vezes, o médico considera a sua atuação como professor uma atividade secundária, fazendo com que ele não se mobilize para melhorar sua formação pedagógica. O professor médico ainda parece acreditar que se aprende a ensinar ensinando, não raro copiando professores que julgaram terem sido bons exemplos. A reprodução de métodos didáticos pode até se mostrar eficiente em alguns momentos, mas não garante uma formação discente de qualidade, nem uma formação professoral crítica.

O planejamento de uma consistente formação pedagógica, além das integrações de experiências e vivências estariam na base do aprimoramento da docência médica. A ideia é que o médico professor consiga criar uma prática de ensino reflexiva que não se sustente apenas em reproduzir conteúdo. Ele se tornaria, dessa forma, um professor médico. Além disso, espera-se que o docente tenha habilidades para discutir e debater sobre as teorias de educação para manter uma análise crítica constante sobre sua prática e dessa forma se aprimorar continuamente (COSTA, 2007).

Vários pesquisadores anunciam qual seria o perfil do professor médico ideal. Segundo, Silva e Batista (1998, p. 169, apud BROCK, 2015, p. 31) “o bom professor, longe de ser uma abstração, é uma construção contínua de todo o docente comprometido com uma formação profissional que extrapole uma mera aprendizagem de procedimentos e técnicas”. Ainda segundo Brock, os autores reforçam a importância do conhecimento técnico, dos conhecimentos didático-pedagógicos, da valorização da dimensão social e do trabalho em equipe. Já FERREIRA (2014, p. 75), cita como atributos de um bom professor de Medicina ao se considerar a opinião do próprio docente:

[...] ter formação pedagógica não é um pré-requisito para ser um “bom” professor de medicina. Todavia, comparece nas falas o reconhecimento de aspectos didáticos como: fazer-se entender, utilizar-se de uma didática que não seja apenas para a memorização, mas que conduza o aluno a desenvolver suas capacidades cognitivas como a compreensão com vistas a solucionar os problemas com os quais possa se defrontar no cotidiano. Por outro lado, o conhecimento técnico da área é considerado imprescindível. Tudo isso aliado a uma conduta ética tanto como médico como professor.

O contexto no qual o professor de medicina está inserido demonstra ser complexo e plural. A atuação do professor médico, além de envolver aspectos educacionais, envolvem também questões políticas, econômicas e sociais. Não há possibilidade de compreensão fora dessa multiplicidade. A melhor forma de iniciar esse entendimento é elucidar como o médico chega à docência no ensino superior e como ele é demandado desse lugar. Aprofundar nessa questão

pode contribuir na compreensão do motivo pelo qual, muitas vezes, um médico professor investe pouco em sua formação didática. A sua carreira profissional ainda é mais rentável e mais valorizada socialmente. Além disso, o que sustenta a sua prática professoral, em muitos casos, é exatamente o seu rigor técnico dentro da medicina. Para outros profissionais, a docência será, apenas, uma oportunidade de valorizar a carreira de origem.

O próprio aumento do número de escolas de medicina particulares tem causado impacto importante nessa lógica da formação docente. Mais que um professor com boa dinâmica acadêmica, algumas dessas instituições divulgam os nomes que compõe seu corpo docente, não pela primazia didática utilizada dentro da sala de aula, mas por entender que aquele profissional, reconhecido como de sucesso, será responsável por divulgar o nome da Instituição.

As universidades públicas e algumas instituições privadas apresentam prática mais seletiva em relação à escolha de seus docentes, realizando concursos públicos. De forma objetiva, os professores que possuem mestrado ou doutorado partem de notas superiores àqueles que possuem apenas a especialização. Essa prática contribui como ponto de partida, mas não garantirá a excelência desse profissional ao longo de sua carreira professoral. É importante que o médico professor compreenda sua responsabilidade perante seu aluno e exerça uma educação continuada que vai além de congressos. Espera-se que esse docente abandone a posição de médico professor para assumir o lugar de professor médico.

Embora tenha conhecimento sobre saúde e, mesmo que de forma incipiente, sobre saúde mental, muitos professores médicos parecem ter dificuldade de acolher alunos que apresentam quadros depressivos. Para problematizar essa questão, é necessário compreender melhor como ocorre o transtorno depressivo.

3. TRANSTORNO DEPRESSIVO

O transtorno depressivo, segundo Del Porto (1999), é decorrente de uma alteração patológica do humor que se mantém por períodos mais longos. Esse quadro é marcado, predominantemente, por sentimentos de tristeza ou vazio, podendo se manifestar também pela perda da capacidade em sentir prazer nas atividades cotidianas ou ainda fadigabilidade. A esses três marcadores podem se associar a alterações do apetite, da concentração e do sono, ideias de culpa e visões pessimistas em relação ao futuro.

Entre os fatores de risco conhecidos para o transtorno depressivo, destacam-se, entre discentes, a baixa frequência das atividades de lazer, o estresse, a insatisfação com o desempenho acadêmico e a falta de apoio emocional dentro do curso (CYBULSKI *et al*, 2017). Além disso, a entrada na universidade teria impacto sobre a saúde mental do aluno.

Atualmente, o transtorno depressivo pode ser classificado quanto a sua gravidade, de acordo com sua apresentação clínica. Essa avaliação é importante e é a responsável pela escolha e pela condução do tratamento, além de ser possível prever certos tipos de acometimento. O transtorno depressivo quando grave pode vir acompanhado de ideias de autoextermínio, achado importante nos quadros de suicídio completo. Atualmente, são considerados diversos fatores de risco para o comportamento suicida. Entre esses fatores destacam-se ser do sexo masculino, estar solteiro ou sem ocupação ou apresentar alguma condição física debilitante. Alterações psiquiátricas, entretanto, possuem grande impacto, sendo consideradas o principal fator de risco. Estima-se que 90% das pessoas com comportamento suicida apresentem transtorno mental e tendência à depressão e ao abuso de substâncias psicoativas (DUARTE, 2013).

A ideiação de autoextermínio consistiria na presença de pensamentos, ideias ou rumações sobre o próprio suicídio ou ameaças claras de se matar. Detectar a presença da ideiação é importante, pois pode representar o início de um circuito que perpassaria pelo planejamento e pelo comportamento suicida, levando ao aumento da vulnerabilidade de tais indivíduos, que estariam mais susceptíveis a tentativas de autoextermínio (KESSLER *et al*, 1999) e logo estariam em grande risco. Ao se considerar que o curso de medicina é de caráter integral, a atuação dos professores torna-se crucial, uma vez que o aluno estará durante grande parte do dia em atividades acadêmicas.

O suicídio, como tema de saúde pública, tem ganhado especial relevância frente ao aumento da sua incidência no Brasil. Estima-se que, anualmente, mais de 800 mil pessoas morrem por suicídio e que para cada morte, haja aproximadamente 20 tentativas. Ao se considerar a população de 15 a 29 anos, a taxa de suicídio aumentou quase 10% desde 2002, sendo atualmente a segunda causa de morte entre os adultos jovens⁵. Não obstante, os relatos de suicídios entre os graduandos têm ganhado notoriedade, principalmente dentro do curso de medicina.

Um portal de notícias da cidade de Belo Horizonte, BHAZ⁶, veiculou uma série de reportagens informando sobre suicídios ocorridos com alunos de uma instituição de ensino de medicina localizado na própria cidade. Segundo esse veículo, cinco alunos teriam cometido suicídio em um período de dois anos. Os dados são confirmados pelos próprios alunos da instituição envolvida que ainda denunciam o descaso dessa instituição com a saúde mental de seus alunos. Em outro momento da reportagem, uma aluna se refere a abordagem de alguns professores como “terror psicológico”.

3.1 A história da depressão

Historicamente, é difícil caracterizar a história ocidental da depressão antes do final do século XIX. Diversas fontes religiosas e filosóficas já faziam menção a termos que poderia ter significação semelhante. Em diversos mitos e passagens é possível perceber descrições que se assemelham as características que atualmente definem o transtorno depressivo. Ao se recorrer a cultura oriental, registros chineses descrevem quadros depressivos em VII A.C, mas a escassez de profundidade torna esses dados pouco confiáveis. Além disso, outros termos foram empregados durante o percurso histórico com destaque para a melancolia. (CORDÁS; EMÍLIO, 2017)

O primeiro uso do termo depressão, segundo Rousseau (2000) data do ano de 1680 e já nessa época designava tristeza e perda de interesse. Em 1750, o termo é oficializado e adicionado aos dicionários da época. Relatos de alterações de humor, entretanto, precedem o uso do termo depressão e são encontrados em diversos momentos históricos sob a alcunha de melancolia.

⁵ “Suicídio. Saber, agir e prevenir”. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/suicidio_saber_agir_prevenir.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2019.

⁶ “Estudante de medicina comete suicídio e Faminas já soma oito casos”. Disponível em: <<https://bhaz.com.br/noticias/bh/estudante-medicina-faminas-suicidio/#gref>>. Acesso em: 13 jul. 2022.

Santos (2017) complementa que o contato do ser humano com a depressão é provavelmente tão antigo quanto a existência da própria humanidade. Mesmo em períodos em que a ciência ainda não era norteadora do processo do conhecimento e sim as mitologias e as religiões, a melancolia já estava presente em diversas culturas. A explicação para a doença apresenta nova perspectiva com as teorias hipocráticas. Além de buscar explicações orgânicas para a depressão, o filósofo postulou o cérebro como o centro das emoções e criou a teoria dos humores. Nessa teoria, a doença seria um desequilíbrio entre quatro fluidos (bile, fleugma, sangue e bile negra). Os humores, além de explicarem as doenças, também estariam correlacionados com a determinação do humor do indivíduo. Baseado nessa lógica, a melancolia seria um excesso de bile negra no cérebro.

Esse modelo persistiu até a chegada da idade média. Nesse período, as alterações psíquicas foram classificadas como fenômenos pertencentes à demonologia. O termo acídia (estado de descuido) é criado para determinar quadros marcados pelo desânimo, apatia, insolências, enfraquecimentos e adquire o status de melancolia nesse período. A instauração da inquisição levou diversas pessoas com alterações mentais à morte, já que o quadro ainda estava correlacionado a demonologia (QUEVEDO, 2018).

O fim da idade média e a chegada do renascimento marca uma mudança importante de paradigma. A visão religiosa dá lugar a uma perspectiva humanista e os transtornos mentais são encarados a partir de uma abordagem biológica, filosófica e psicológica. A teoria humoral é substituída gradativamente por uma concepção anatômica. Em 1621, o inglês Robert Burton escreve a obra “A anatomia da melancolia” e estabelece que a melancolia não deveria ser confundida com a loucura. Ele ainda a define como um quadro que levaria o doente a um estado de humor entristecido permanente, marcado por medo e sofrimento. Ele também correlaciona os achados a um risco aumentado de suicídio (QUEVEDO, 2018).

No século XVIII, ainda segundo o autor, as fundamentações baseadas em abstrações são substituídas por achados empíricos. O médico William Cullen, nesse período, estabelece uma teoria na qual considerava a melancolia um desequilíbrio do funcionamento cerebral, que levaria a uma alteração da cognição e das tomadas de decisão. Em sua proposta de classificação, o médico considera a melancolia uma insanidade temporária que teria como origem uma redução da função cerebral. Ainda que a tentativa de encontrar um substrato anatômico para os transtornos mentais estivesse como meta principal, diversos filósofos tentaram contribuir, nesse século, para uma melhor definição dos transtornos.

Durante o século XIX, os esforços taxonômicos dentro da medicina levaram a uma mudança importante do entendimento do termo melancolia. Esquirol, em 1820, cunhou o termo “lipemia” para designar uma doença que causaria uma tristeza debilitante e esmagadora. Além disso, separou esse quadro da mania, caracterizada por ele como um delírio acompanhado pela excitação cerebral, da monomania que estaria marcada por delírios e emoções alegres e da demência marcada pela incoerência e confusão das ideias. O termo mostrou-se, contudo, muito amplo e ficou restrito às discussões desenvolvidas na França e Espanha (BERRIOS, 1988).

Ainda segundo Berrios (1988), em 1860, o termo depressão já estava sendo utilizado por médicos clínicos gerais que preferiam o termo ao uso da melancolia. A definição nesse período apontava para uma redução das funções emocionais e estaria ligada a uma compreensão mais fisiológica do quadro. Nos dicionários médicos da época, a expressão tinha um caráter mais de sintoma e frequentemente estava associada a outras construções clínicas.

A concepção de psiquiatria moderna é inaugurada com Emil Kraepelin. O psiquiatra alemão dividiu as patologias psiquiátricas em categorias, considerando, de forma objetiva, as apresentações das doenças e suas evoluções longitudinais. Essa organização serviu como base para construção de classificações posteriores que se sustentam até os dias de hoje. Kraepelin desenvolveu os conceitos de um quadro conhecido como psicose maníaco depressiva e a utilização dessa padronização fez com que o termo melancolia fosse gradualmente abandonado (MONTEIRO, 2007).

As teorias de Kraepelin foram hegemônicas até a Segunda Guerra Mundial. Após esse período, o fortalecimento da psicanálise, por meio dos estudos encabeçados por Sigmund Freud, deu-se concomitantemente ao desenvolvimento da psicofarmacologia. Freud resgatou o termo melancolia na criação do binômio Luto/Melancolia. Nesse binômio, Freud ressalta suas semelhanças e diferenças, evidenciando a origem comum: a perda do objeto. Ambas seriam uma reação a perda de algo, podendo ser um ente querido ou uma abstração. Sob as mesmas influências, em muitas pessoas se observa em lugar do luto uma melancolia, o que nos leva a suspeitar nelas uma predisposição. O autor, então, delimita as características da melancolia: “um desânimo profundamente penoso, a cessação de interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer atividade e uma diminuição dos sentimentos de autoestima” e conclui que esses mesmos traços estariam presentes no luto, exceto a diminuição da autoestima.

No luto, a ausência do objeto é percebida no real, sendo suficiente como prova ao sujeito. Desse modo, ele se vê obrigado a retirar os investimentos que antes eram direcionados ao que se perdeu e os desloca a outro objeto. Esse processo apresenta-se de forma penosa e até por isso exige tempo. Esse movimento não apagará as lembranças do objeto perdido. Ele permitirá que essa lembrança seja esvaziada, permitindo um novo direcionamento pulsional. Cabe ressaltar também que o sucesso do desinvestimento marca a ideia de que o objeto substituído era reconhecido pelo sujeito como portador de falhas ou mesmo um não todo. Na melancolia, o objeto é apresentado como algo absoluto e completo. Como consequência, percebemos que a elaboração simbólica será possível no luto, mas não na melancolia.

Ao estabelecer a comparação, Freud, também, dá a entender que no luto é mais fácil de se entender o motivo do sofrimento, pois o objeto perdido é externamente percebido. Na melancolia, não se sabe ao certo o que foi perdido, podendo ser algo até mesmo idealizado. Desse modo, o sujeito pode até saber que o objeto foi perdido, mas pode não saber o que se perdeu dele. Na melancolia, a perda do objeto provoca o retorno de todo o investimento direcionado ao que se perdeu para o eu. Parte voltaria por uma via identificatória e a outra em forma de sadismo. É nesse ponto que Freud correlaciona a ideia do suicídio e da melancolia. “É exclusivamente esse sadismo que soluciona o enigma da tendência ao suicídio, que torna a melancolia tão interessante – e tão perigosa” (FREUD, [1915-17]/1969, p. 257).

Como se percebe, essa energia não é utilizada para investir as lembranças do objeto, como ocorre no trabalho do luto, mas sim para realizar uma identificação do eu com o objeto. Toda base desse processo é revisitada pelo fantasma do narcisismo; isso devido ao fato de ser encontrada, na melancolia, uma escolha de objeto sobre um molde narcísico. Assim, o modelo do eu ideal é tomado como constituinte da realidade psíquica do melancólico.

Para Hassoun (2002), a eleição de um objeto para investimento feito pelo melancólico tem por objetivo a tentativa de sustentação de uma imagem de si mesmo não bem elaborada nas primeiras identificações com o outro materno e o outro paterno que foram ausentes. Em outras palavras, o melancólico procura em um outro algo que diga dele mesmo, que possa representar aquilo que lhe falta: a consistência de um traço psíquico que o identifique, não lhe possibilitado pelas figuras de identificação primária.

As duas vertentes de conhecimento mantiveram-se próximas até a década de 1970, dividindo o protagonismo na construção dos manuais Diagnósticos e Estatísticos de Transtornos

Mentais (DSMs). No primeiro DSM, a depressão apresentava correlação com eventos ambientais e era caracterizada por terminologias psicanalíticas. Na segunda versão, mantiveram-se as terminologias psicanalíticas e a correlação com eventos externos deixa de existir. Na década de 1980, há uma mudança de paradigma com a adoção da psiquiatria biológica/farmacológica como principal base para a confecção dos novos guias diagnósticos. A partir do terceiro manual, a depressão é desenvolvida como uma alteração primária do humor e decorrente de alterações estruturais cerebrais. Tal visão se mantém nas classificações atuais (FERREIRA, 2011).

Os compêndios psiquiátricos mais recentes definem os transtornos depressivos como um quadro clínico marcado por humor patológico associado a mudanças comportamentais, cognitivas e vegetativas. Não há uma etiologia bem definida, acreditando-se que as depressões sejam decorrentes de uma interação de processos biológicos, psicológicos, ambientais e genéticos. Durante cinquenta anos prevaleceu-se a teoria que acreditava que esse quadro estava correlacionado com o desequilíbrio de alguns neurotransmissores (serotonina, noradrenalina e dopamina). O avanço da tecnologia de pesquisa permitiu, contudo, perceber alterações em eixos endócrinos, além de anormalidades no sistema imunológico e na morfofisiologia cerebral (MIGUEL *et al*, 2011).

As diretrizes diagnósticas do transtorno depressivo, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) são:

Humor deprimido, perda de interesse e prazer e fadigabilidade aumentada são usualmente tidos como os sintomas mais típicos de depressão e pelo menos dois desses, mais pelo menos dois dos outros sintomas: concentração e atenção reduzidas; autoestima e autoconfiança reduzidas; ideias de culpa e inutilidade (mesmo em um tipo leve de episódio); visões desoladas e pessimistas do futuro; ideias ou atos autolesivos ou suicídio; sono perturbado; apetite diminuído devem usualmente estar presentes para um diagnóstico definitivo. A duração mínima do episódio completo é cerca de duas semanas.

É importante o entendimento dessas diretrizes, pois tal fato contribui para se evitar possíveis confusões com a definição de tristeza. Segundo Dalgalarondo (2019), a tristeza seria uma manifestação de uma afetividade conhecida por sentimento, não apresentando uma manifestação patológica *a priori*. Essa configuração da afetividade é marcada pelo caráter predominantemente intelectual, além de estar relacionado a valores e a representações sociais. A tristeza tem duração menor, podendo ser de horas a dias e geralmente está correlacionada a eventos adversos.

A contextualização do transtorno depressivo também se faz necessária no ambiente universitário. Ainda que se mantenha a apresentação geral, a incidência e a causalidade tomam caminhos próprios dentro das IES. O próprio momento transicional entre a adolescência e a vida adulta contribui para essa especificidade. Cabe a instituição se organizar em torno desse processo a fim de ofertar um suporte adequado.

3.2 A saúde mental e o espaço universitário

Diversos elementos estariam correlacionados com a presença do transtorno depressivo entre os estudantes. A entrada na universidade marca um momento de importantes transições de vida, potencialmente estressoras. Sabe-se que o distanciamento da família e as demandas acadêmicas podem estar correlacionadas com quadros de depressão e ansiedade. Além disso, a perda da identidade, a solidão e o isolamento podem contribuir para o agravamento do quadro (CURTIS, 2010).

O momento transicional, contudo, explicaria apenas o impacto na saúde mental dos alunos no momento da entrada do curso. As graduações, geralmente, são divididas em três momentos: o inicial, no qual prevalece a transição do ensino médio para o ensino superior; o médio, no qual o aluno terá contato mais próximo com a prática profissional; e o final, marcado pelo reforço prático e pelo início de desligamento com a instituição de ensino. Cada uma dessas fases possui demandas diferentes direcionadas ao discente, não havendo consenso sobre qual seria o momento de maior impacto na saúde mental do aluno (ARINÕ; BARDAGI, 2018). Tal fato revela a complexidade dos fatores envolvidos no adoecimento mental dos discentes dentro da estrutura da universidade. 8

Cabe ressaltar que o transtorno depressivo pode promover uma piora na percepção da qualidade de vida do adulto jovem (LOPEZ, 2011), tendo como possível consequência a queda em seu rendimento acadêmico e, em casos mais graves, o suicídio. A falta de uma abordagem desse quadro, dentro do período universitário, pode fazer com que o transtorno depressivo acompanhe o estudante durante grande parte de sua jornada condicionando-o, portanto, a um desempenho acadêmico inferior ao seu potencial. Dessa forma, faz-se necessário que o professor esteja sensível em relação aos elementos que inviabilizam ou dificultam o processo de aprendizagem, uma vez que os docentes estão em contato direto com os alunos. Não obstante, as universidades e faculdades, que disponibilizam o curso de

medicina, possuem núcleos de apoio psicopedagógicos, com enfoque em acolher os alunos em sofrimento mental.

Na medicina, o corpo docente é composto, prioritariamente, por médicos, preceptores e residentes. Além de ensinar a técnica envolvida na profissão, os professores são encarados pelos alunos como um referencial. O modelo ensinado, contudo, nem sempre corresponde a uma prática calcada na saúde física e mental (AQUINO, 2017). Corroborando tal fato, Lampert (2002) afirma que fora os aspectos técnicos da formação médica existem ainda, como subproduto do aprendizado, a apreensão de atitudes, valores e padrões de comportamento, num processo de identificação que pode ser imperceptível. Tal fato torna a atuação do docente médico importante para determinar como o próprio aluno percebe sua saúde física e mental durante o curso e durante sua vida profissional.

Um elemento é válido nesse contexto: como estaria a saúde mental de tais médicos/professores? Segundo o *Estudo da Mortalidade dos Médicos no Estado de São Paulo: Tendências de Uma Década*⁷ publicado em 2012, os profissionais médicos vivem menos que a população em geral. Essa diferença pode chegar a 20 anos no caso da população feminina. Os principais fatores para essa diferença estão relacionados a extensas cargas de trabalho, acidentes provocados por cansaço, depressão levando a suicídio e doenças cardiovasculares associadas a estresse. Dessa forma, vale considerar que os profissionais da área não estão conseguindo exercer para si mesmos o autocuidado e a valorização da própria saúde. Não obstante, as medidas de suporte ofertadas aos alunos também estão disponíveis aos professores.

⁷ Estudo da mortalidade dos médicos no estado de São Paulo: tendências de uma década (2000-2009). Disponível em: <<https://www.cremesp.org.br/pdfs/Mortalidade%20v%20220312.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2022.

4. O ESPAÇO UNIVERSITÁRIO

Atualmente, segundo o portal Escolas Médicas do Brasil⁸, existem mais de 2000 escolas de medicina em todo mundo, sendo mais de 300 no país. O estado com maior número de cursos é São Paulo com 68, seguido por Minas Gerais com 48 cursos. No estado, atualmente, são ofertadas quase 5000 vagas ao ano. Na região metropolitana de Belo Horizonte estariam disponíveis 8 cursos. Ainda segundo o portal, do total de instituições no país, cerca de 41% dessas escolas são públicas, enquanto 59% são privadas. O que chama atenção nesses números é que atualmente o Brasil é o segundo país com maior número de escolas, perdendo apenas para a Índia. Segundo Tonelli (2016), o Conselho Federal de Medicina (CFM) junto aos Conselhos Regionais (CRMs) vem nos últimos anos questionando o Ministério da educação sobre a política de aberturas de novas escolas médicas. Outro dado relevante demonstra que em 1950 o Brasil contava com cerca de 27 cursos de medicina, sendo em sua maioria de caráter federal. Desse período até a década de 1990, o número de cursos subiu para 105 e de 2000 até 2016 foram inauguradas cerca de 160 escolas de medicina, em sua grande maioria de caráter privado.

O aumento do número de médicos, tão desejado, vem causando, contudo, discussões políticas, sociais e educacionais, uma vez que as avaliações demonstram que a maioria dos cursos abertos não possui um ensino de qualidade. Além disso, o aumento do número de médicos não representou melhora real da saúde em todo país, uma vez que os médicos continuam concentrados nos grandes centros urbanos, conforme notícia divulgada no Portal Agência Brasil⁹. Esse quadro tem se mostrado complexo e não é apenas o número de instituições o problema. Discussões sobre o currículo e sobre a metodologia de ensino têm se mostrado relevantes ao se considerar a atuação das faculdades de medicina, mas pouco tem se debatido sobre um efeito colateral que esse movimento de abertura de novos cursos causou (COSTA, 2007). O aumento no número de cursos exigiu que as Faculdades mobilizassem muitos professores, sendo a maioria deles sem uma formação pedagógica adequada. Nesse contexto, o professor vem se mobilizando em relação a sua formação e, também, lidando com as demandas específicas do adoecimento de seus alunos.

⁸ “Escolas Médicas no Brasil X Escolas Médicas Internacionais”. Disponível em: <<https://www.escolasmedicas.com.br/escolas-medicas-brasil-e-internacionais.php>>. Acesso em 11 jul. 2022.

⁹ “Número de médicos cresce no Brasil, mas distribuição é desigual”. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-12/numero-de-medicos-cresce-no-brasil-mas-distribuicao-e-desigual>>. Acesso em: 13 jul. 2022.

4.1 A preocupação com a saúde mental dos estudantes nas universidades brasileiras: um panorama

A entrada no curso de ensino superior representa um período conturbado para os jovens, marcado pelas elevadas expectativas, além das crescentes demandas do mercado de trabalho. Esse quadro estaria correlacionado com uma alta prevalência de problemas psíquicos entre os estudantes universitários. Muitas vezes, o desconhecimento sobre esses problemas levaria a uma dificuldade de identificação e de tratamento da alteração, além de uma desvalorização dos sintomas (PADOVANI, 2014).

Estudos demonstram como os casos de depressão, de ansiedade e de estresse estão elevadas dentro da população universitária, alcançando níveis alarmantes. Bayram (2008) denuncia que a morbidade causada por problemas psicológicos nos estudantes tem sido um problema de saúde pública negligenciada pelo Estado, restando a universidades e instituições a responsabilidade de criar políticas de saúde e serviços de acolhimento aos alunos.

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina são responsáveis por nortear o modelo de formação do aluno em medicina de todo país. Esse documento, de 2001, possui em sua estrutura quais são as competências e habilidades a serem desenvolvidas pelos alunos e ofertadas pelas Instituições de Ensino, quais são os conteúdos curriculares e como o curso deve se organizar. Importante destacar que o tema de atenção no cuidado com a saúde mental do futuro médico é referido apenas uma vez, o que é alarmante, pela importância desse instrumento. Segundo a diretriz, é considerada um conhecimento, competência e habilidade específica e cabe ao aluno e futuro médico “cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como médico”.

Uma das formas de impactar positivamente a saúde mental dos alunos é a atuação dos núcleos de apoio psicopedagógicos (NAPs). Nesse contexto, mais que uma medida de escolha, os NAPs têm se tornando necessários, independente do caráter adotado pelo serviço. O trabalho desses núcleos possui caráter tanto psicológico quanto pedagógico, sendo direcionado a alunos e a professores. Nessa abordagem, a intervenção pode ser importante para auxiliar o aluno a buscar uma nova identidade, além de orientar os professores no processo de identificação e de auxílio dos alunos em dificuldade (HOIRISCH, 1993).

Historicamente, segundo Nogueira (2010 apud MOURA, 2012), a existência dos núcleos psicopedagógicos está atrelada ao surgimento da orientação educacional, desenvolvida na década de 1930, nos Estados Unidos, em resposta à ampliação dos trabalhos disponíveis aos jovens. A proposta era garantir que o indivíduo que entrasse no mercado de trabalho obtivesse êxito em sua escolha de carreira. O modelo francês, diferentemente do americano, visava conhecer o aluno em suas particularidades, tanto em ambiente formal, quanto informal. O intuito era criar relatórios que acompanhassem o desenvolvimento do aluno durante sua passagem pelo sistema. No Brasil foi adotado um sistema inspirado nos dois modelos, mesmo que a princípio excludentes, visando apoiar o bem-estar do aluno.

A orientação educacional não foi aplicada, em um primeiro momento, no ensino superior. Após a criação do Ministério da Educação, sugeriu-se o implemento de serviços que visassem o aconselhamento e a orientação de alunos do ensino superior, recebendo apoio do Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras. Diversas universidades organizaram-se nesse sentido, criando núcleos de apoio aos discentes.

Ao se considerar o ensino superior, a criação de grupos de apoio remonta o início do século XX nos Estados Unidos. O primeiro serviço criado se deu em 1910, na Universidade de Princeton. Stewart Paton desenvolveu um departamento focado na melhoria da saúde mental e física de alguns alunos que considerava mais vulneráveis. Mais duas universidades americanas desenvolveram trabalhos semelhantes visando o apoio aos discentes. Na década de 1920, foi realizada a 1ª Reunião da "American College Health Association", que trouxe entre algumas metas: evitar o fracasso educacional do aluno em decorrência do adoecimento mental e incentivar o aluno a exercer de forma plena suas capacidades intelectuais. As décadas seguintes marcam um esforço da educação de ensino superior americano em acolher melhor as demandas de seus alunos (LORETO, 1958 apud CERCHIARI, 2005).

A década de 1950 é um ponto de virada para as instituições de ensino superior europeias. Na Inglaterra, o primeiro serviço surgiu em 1927, mas apresentava uma preocupação maior com as questões somáticas dos alunos. Em 1950, já existiam cerca de 17 serviços de apoio aos discentes. Um estudo realizado por Parnell em 1951, demonstrou que a taxa de suicídio entre os estudantes de Oxford era onze vezes maior do que aquela registrada na população em geral da mesma idade. Tal fato suscitou uma mudança no perfil dos grupos de apoio, com uma maior preocupação com a saúde mental dos alunos universitários.

No mesmo ano do estudo, foi realizada a terceira conferência sobre a saúde estudantil na Inglaterra. O resultado desse encontro foi a criação do “British Student Health Association”. Esse grupo era composto por médicos e psiquiatras e trabalhavam em serviços de suporte aos alunos (LORETO, 1985 apud CERCHIARI, 2005).

Na França, a preocupação com a saúde mental se intensificou também a partir da década de 1950. Em 1955 foi criado o Comitê Universitário para Saúde Mental que detectou o aumento do adoecimento psiquiátrico no meio estudantil (HANH, 1999). Essa mesma instituição, alguns anos depois, veio a inaugurar um hospital de 15 leitos apenas para receber alunos com alterações psíquicas sugestivas de internação. Em 1956, foi criado um centro de apoio psicológico e psiquiátrico voltado para os estudantes. Diferentemente da proposta hospitalar, esse local focou seus esforços em atendimentos de regime ambulatorial. Esse serviço foi importante, uma vez que ajudou a sensibilizar instituições educacionais e de saúde pública em relação aos problemas de saúde mental dos discentes (LORETO, 1958 apud CERCHIARI 2005).

A Alemanha também iniciou o processo de cuidado à saúde mental de seus alunos a partir da década de 1950, contudo, diferente do que se viu em outros países, na década seguinte praticamente todas as instituições de ensino superior já apresentavam seu serviço em saúde mental. Em 1968, foi realizado um simpósio no qual a saúde mental dos discentes foi considerada um ramo da psiquiatria social (LORETO, 1985 apud CERCHIARI, 2005).

O pioneirismo dessa abordagem no Brasil foi do professor Galdino Loreto. Em 1957, o docente criou, na Universidade Federal de Pernambuco, serviço voltado para acolher os alunos da universidade. Acredita-se que esse serviço, caso não tenha sido o primeiro, é, certamente, um dos mais importantes do país. O professor Loreto, apesar de atuar em diversas frentes, foi mais conhecido pela sua contribuição na área da psicologia médica, sobretudo no suporte psicológico e psiquiátrico a estudantes do ensino superior, principalmente os da área de medicina (MACHADO, 2018).

Nos anos seguintes, outras Universidades brasileiras criaram serviços de apoio aos seus discentes. Na década de 1960, a Escola Paulista de Medicina e as universidades federais de Minas Gerais, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul implantaram serviços de suporte à saúde mental de seus alunos (LORETO, 1985 apud CERCHIARI, 2005). Nesse mesmo período, as primeiras publicações sobre o tema foram escritas, com destaque para o estudo realizado por

Pacheco *et al* (1962, apud HAHN *et al.* 1999). Desde então a disponibilidade desses serviços tem aumentado, demonstrando a preocupação com a saúde mental dos alunos do ensino superior. O que se percebe é uma produção ainda incipiente de dados epidemiológicos, além de uma falta de rigor metodológico em alguns dos estudos presentes (CERCHIARI, 2005). Foi nesse mesmo período que as primeiras publicações sobre o tema foram escritas, com destaque para o estudo realizado por Pacheco *et al* (1962, apud HAHN *et al.*, 1999). Desde então a disponibilidade desses serviços tem aumentado, demonstrando a preocupação com a saúde mental dos alunos do ensino superior.

Cabe salientar que, atualmente, não há uma política em saúde mental bem definida pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) para Instituições de Ensino de Medicina. O credenciamento para a abertura de uma faculdade é concedido após a instituição atender as demandas exigidas pelo MEC por meio da atuação da Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior (SERES)¹⁰. Nesse processo, a preocupação com a saúde mental do aluno favorece na pontuação final que a Instituição de Ensino Superior irá receber, mas não é considerada ferramenta mandatória no processo de autorização da atuação e no seu credenciamento. Essa falta de direcionamento na política de saúde mental permite que cada Faculdade ofereça o suporte ao adoecimento mental de seus alunos de forma particular.

Além dos núcleos de apoio psicopedagógicos, tem sido implementado em algumas instituições de ensino de medicina dois programas de acompanhamento do aluno conhecidos por *Mentoring* e por tutoria. A definição de mentor segundo Macleod (2007, p. 307 – tradução nossa) é:

Um processo pelo qual uma pessoa experiente, altamente conceituada e empática (o mentor) orienta outro indivíduo (geralmente mais jovem) (o pupilo) no desenvolvimento e reexame de suas próprias ideias, aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional. O mentor, que frequentemente (mas não necessariamente) trabalha na mesma organização ou campo que o pupilo, consegue isso por meio de conversas.

Ao contrário do *coaching*, o *mentoring* é uma estratégia de promoção de carreira gratuita baseada em um relacionamento interpessoal. O mentor se concentrará principalmente em promover e apoiar as habilidades profissionais do jovem, além de ajudar o aluno a ampliar seu

¹⁰ Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/secretaria-de-regulacao-e-supervisao-da-educacao-superior-seres>>. Acesso em: 11 jul. 2022.

e-MEC Cursos. Disponível em: <<https://emec.mec.gov.br/emec/educacao-superior/cursos>>. Acesso em: 11 jul. 2017.

potencial e alcançar objetivos pessoais. O *mentoring* também inclui dar suporte ao aluno para que ele consiga lidar com o estresse e a estabelecer um equilíbrio entre a escolha e execução de sua profissão e sua vida familiar (FREI, 2010).

Discentes submetidos a essa prática apresentam maior satisfação com a carreira. Além disso, apresentam maior desenvoltura na pesquisa e produção científica; percebem melhor suporte acadêmico e profissional; apresentam redução do risco para Síndrome de Burnout¹¹ e desenvolvem relações dentro da profissão. Em relação aos tutores, três aspectos chamam a atenção: os tutores ao atuarem como professores entendem melhor o relacionamento entre docentes e discentes; tutores tendem a perceber melhor a instituição de ensino a que pertencem, vendo-a também pelos olhos dos alunos e ainda poderão, por meio dessas relações, reavaliar seus posicionamentos e seus valores pessoais. (CHAVES, 2014).

Esse sistema teve seu início na educação da enfermagem e somente foi empregado na educação médica no final da década de 1990, com o intuito inicial de dar suporte a mulheres e minorias. Após as primeiras experiências, essa estratégia de abordagem se espalhou por diversas instituições em diversos países. Estudo realizado por Silva *et al* (2009) demonstrou que cerca de 32% das escolas de medicina brasileiras apresentam programas de tutoria, vinculados a grade de matérias do curso.

É importante salientar que grande parte das universidades brasileiras têm investido em políticas de saúde mental. Para demonstrar essa realidade, foi realizada uma pesquisa sobre os Projetos Políticos das universidades da região metropolitana de Belo Horizonte, com o objetivo de observar quais tem sido as ações dessas universidades em relação ao tema.

4.2 Políticas de saúde mental nas universidades da região metropolitana de Belo Horizonte

Atualmente, Minas Gerais possui 48 escolas médicas, sendo 9 na região metropolitana de Belo Horizonte¹². Buscou-se, então, por meio dos sites institucionais, os projetos pedagógicos dessas 9 faculdades de medicina, analisando a atuação dessas escolas em relação a saúde mental e o que está previsto como suporte institucional aos alunos. Algumas delas

¹¹ Segundo o CID 11 é uma síndrome resultante do estresse crônico no local de trabalho que não foi gerenciado com sucesso. Pode acarretar sentimentos de exaustão ou esgotamento de energia; aumento do distanciamento mental do próprio trabalho, ou sentimentos de negativismo ou cinismo relacionados ao próprio trabalho; e redução da eficácia profissional.

¹² Escolas Médicas por Estado da Federação. Disponível em: <<https://escolasmedicas.com.br/escolas-medicas-estado.php>>. Acesso: 11 jul. 2022.

disponibilizam seu Projeto Pedagógico em forma de documento ou como parte de seus sites oficiais. Outras instituições, entretanto, não trazem o mesmo documento. Nesses casos, outros documentos foram analisados, como por exemplo, o manual do aluno.

Essa coleta de dados permitiu conhecer melhor as políticas de saúde mental das universidades e faculdades da região metropolitana de Belo Horizonte. Ficou claro que algumas instituições apresentam uma estratégia mais bem consolidada, inclusive com publicações científicas na área. Outras, entretanto, ainda possuem uma abordagem mais embrionária, necessitando de maior atenção.

4.2.1 Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

A Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), preocupada com a saúde mental de seus alunos, tem se engajado gradativamente nessa temática. O destaque é dado para a Rede de Saúde Mental UFMG criada em 2014, com a finalidade de ser um espaço onde se reúnem programas de extensão, projetos de pesquisa e serviços de acolhimento aos alunos. A atuação em rede deu origem, em 2015, à Comissão Institucional de Saúde Mental da UFMG (CISME) que propôs os princípios e as diretrizes da Política em Saúde Mental da Instituição.

Atualmente, os princípios norteadores da política de saúde mental da UFMG são: a defesa da universidade para todos; o protagonismo das pessoas com sofrimento mental; o respeito à vida e aos valores éticos de convivência humana e a sintonia e a defesa do Sistema Único de Saúde. Entre as diretrizes destacam-se: a construção permanente de uma política de atenção em saúde mental; a promoção de desestigmatização e despatologização do sofrimento mental; a promoção de qualidade de vida e ambiente não adoecedor e o enfrentamento da cultura de autoritarismo, individualismo e produtivismo.

Esse movimento iniciado com a instauração da Rede de Saúde Mental UFMG culminou, em 2018, com criação da Comissão Permanente de Saúde Mental da UFMG (CPSM) que, por meio do diálogo com a comunidade acadêmica, fórmula e reforça as Políticas em Saúde Mental da UFMG. Uma de suas maiores prerrogativas é visitar as unidades acadêmicas da universidade, além de oferecer suporte aos Núcleos de Acolhimento e Escuta.

O suporte direto ao aluno em sofrimento mental é realizado por meio de uma rede de apoio ampla. A universidade possui espaços de convivência em vários campus. Na medicina, esses locais estão em diversos andares no prédio onde o curso é ofertado. A proposta é oferecer ao

discente um local de descanso e de convivência. Além desses espaços, os alunos podem buscar alguns canais de acolhimento que vinham se dando presencialmente. No contexto atual de pandemia esse trabalho vem sendo ofertado à distância por e-mails e telefones. Outro recurso ofertado são os canais de atendimentos especializados. Destacam-se o Serviço de Psicologia Aplicada presente na Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas; plantões psicológicos ofertados no prédio da pós-graduação da Faculdade de Direito e Ciências do Estado e a atuação do Núcleo de Apoio Psicopedagógico da Faculdade de Medicina (NAPEM).

Na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em 1983, surgiu uma proposta conhecida como “Projeto Padrinho”. O projeto consistia em reuniões semanais, nas quais reuniam-se grupos de 8 a 12 alunos junto a um professor treinado para discutir temas sensíveis ao curso previamente definidos. O projeto apresentou mudanças no decorrer dos anos, mas o número de grupos se reduziu até a extinção da prática na década de 1990. No ano de 2000, foi criado o projeto de tutoria dentro do curso de medicina. Esse projeto foi incorporado a uma matéria obrigatória conhecida como “Prática de Saúde B”. A ideia ao se criar a matéria baseada no modelo de tutoria foi de se criar um espaço para que alunos dispusessem de uma ferramenta de acolhimento e orientações sobre temas pertinentes ao curso e que possuem caráter estressor. Um dos objetivos da matéria consiste na observação e no encaminhamento de alunos vulneráveis ao Núcleo de Apoio Psicopedagógico ao Estudante de Medicina (NAPEM).

O NAPEM foi criado oficialmente em 2004 como Núcleo de Apoio Psicopedagógico ao estudante de Medicina, sendo esse nome mudado posteriormente para Núcleo de Apoio Psicopedagógico ao Estudante da Faculdade de Medicina. Atualmente o núcleo responde oficialmente pelo assessoramento da direção da faculdade de medicina no que diz respeito às questões psicopedagógicas. A origem do NAPEM remonta à criação dos Núcleos de Apoios Psicopedagógicos na década de 1970 pela universidade, associado à chegada de uma importante personagem, a psicóloga Emely Vieira Salazar. A professora Emely intermediou nas décadas seguintes várias tentativas de criação de um núcleo que atendesse as demandas da faculdade de medicina. As tentativas culminaram em uma reunião em 1999. Desses encontros surgiu o cerne que culminou com a tutoria na UFMG e a estrutura que fundamentou a criação do NAPEM (FIDELIS, 2014).

4.2.2 FAMINAS

A FAMINAS é uma faculdade mantida pela Lael Varella Educação e Cultura Ltda e conta atualmente com a oferta de 10 cursos, entre eles o de medicina. A instituição iniciou suas atividades em Belo Horizonte em 2003, abrindo um novo campus em Muriaé em 2005. Não foi encontrado no site da faculdade possibilidade de acesso ao projeto pedagógico para uma avaliação do suporte psicopedagógico ofertado aos alunos.

No manual do aluno oferecido pela instituição há menção sobre a atuação do Núcleo Psicopedagógico e a possibilidade de marcação de acolhimento pelo próprio site. Segundo o material disponibilizado.

O NAP é um serviço de orientação, apoio e escuta direcionado aos acadêmicos e a comunidade da FAMINAS como um todo. O Núcleo presta atendimento efetivo e constante, acolhendo o estudante que precisa de acompanhamento diferenciado e orientação em seu processo de aprendizagem, objetivando que dificuldades ou situações que interferem no desempenho acadêmico possam ser expostas a fim de encontrar direcionamento adequado. O acadêmico encontra no NAP um recurso na busca de solução para alguma situação e superação de dificuldades e o atendimento é feito mediante agendamento no site da FAMINAS, www.faminasbh.edu.br.

4.2.3 Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS)

O curso de medicina da UNIFENAS se iniciou no primeiro semestre de 2003. A instituição baseou suas atividades na Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL) e em uma “educação orientada para a sociedade”. Cabe ressaltar que o modelo curricular apresentado pela UNIFENAS contempla o modelo tradicional baseado em 12 períodos. Nos quatro primeiros, o estudante terá contato com a prática em ambientes protegidos. A partir do quinto período, o aluno apresentará contato direto com pacientes nos diversos locais de parcerias.

O Projeto Pedagógico apresentado pela instituição prevê diversos elementos de estrutura de ensino, mas não faz menção direta aos projetos de apoio psicopedagógicos presentes na instituição, o que não representa a ausência de oferta desse tipo de serviço ao aluno.

4.2.4 Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCM-MG)

A Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCM-MG) foi criada em 1950, sendo mantida atualmente pela Fundação Educacional Lucas Machado (FELUMA), de caráter

filantrópico. A FELUMA ainda é a mantenedora de outros institutos de grande importância na condução do curso de medicina oferecido pela FCM-MG. A oferta de cursos dessa instituição está centrada em graduações que oferecem formação para profissionais apenas da área da saúde (medicina, psicologia, fisioterapia e enfermagem).

O Projeto Pedagógico do curso de medicina da FCM-MG prevê alguns recursos direcionados ao suporte psicopedagógico de seus alunos. Destaque para os atendimentos psicopedagógicos oferecidos pela instituição. Segundo o Projeto Psicopedagógico:

O serviço de atendimento psicopedagógico é prestado pelo Núcleo de Ensino, que conta com uma psicóloga em sua equipe. O atendimento é realizado mediante agendamento, que pode ser feito pelo próprio estudante a partir de demanda espontânea ou motivado por encaminhamento dos docentes e coordenadores dos cursos de graduação e/ou familiares de nossos alunos. Além disso, há serviço de apoio para a escuta dos estudantes relativo a demandas de ordem social, que influenciem na vida acadêmica, como, por exemplo, reuniões com os Diretórios Acadêmicos dos cursos de graduação para elaboração de normas de convivência entre os estudantes e trabalhos conjuntos com a participação da psicóloga e da assistente social, de forma a tratar de maneira integral a situação do estudante.

O Projeto Pedagógico ainda prevê um projeto conhecido como Acolher para PertenSer. O Acolher para PertenSer teve início em 2016 e foi direcionado para os estudantes dos primeiros anos dos cursos de graduação da FCM-MG. Com o intuito de criar uma rede de interação e troca de informações, os estudantes foram cadastrados pelo Núcleo e a partir do cadastro foi criado um grupo de e-mails ao qual são encaminhados textos de reflexão, realizado acompanhamento sobre a percepção dos estudantes sobre o que acontece ao longo do semestre/ ano letivo e compartilhadas informações. Ainda são identificados talentos que permitam a cada estudante ajudar ou receber ajuda de seus pares, nas áreas pessoal e teórico-técnica. A proposta é que após a experiência do primeiro ano o projeto seja aprimorado e atue como primeiro passo para a instituição de um programa de monitoramento do estudante, que contribuirá com o estabelecimento de uma cultura de pertencimento institucional e que poderá, em momento futuro, contribuir para a implementação de uma política de acompanhamento de egresso.

4.2.5 Faculdade de Saúde e Ecologia Humana (FASEH)

A FASEH foi fundada em 2001, disponibilizando além da medicina, biomedicina, direito, enfermagem, engenharia civil, engenharia de produção, nutrição e fisioterapia. A instituição define sua atuação como centrada na formação de profissionais que apresentarão plenas capacidades de atuar em consonância com o demandado atualmente pela sociedade.

Não foi possível acesso ao Projeto Pedagógico da instituição pelo site, porém há a disponibilidade de um manual para o aluno que apresenta informações sobre o suporte psicopedagógico ofertado pela FASEH. Segundo o material disponibilizado:

O NAPI é um setor constituído para atender as demandas psicopedagógicas da(os) estudantes da Faseh visando contribuir para a superação de dificuldades de modo que a(o) estudante tenha orientações, acompanhamento e recursos para alcançar melhor desempenho em seu processo de aprendizagem e plena participação na vida acadêmica... Portanto tem como suas principais ações:

- Apoio Psicopedagógico para comunidade acadêmica (estratégias de aprendizagem, gestão de tempo, técnicas de estudos etc.).
- Atendimento Educacional Especializado – Inclusão de Pessoas com deficiência;
- Suporte, orientação e treinamentos docentes e administrativo;
- Rodas de conversas, oficinas, palestras e intervenções para comunidade acadêmica e público externo: Aprendizagem, educação Inclusiva e diversidade;
- Acolhimento e encaminhamento em saúde mental.

4.2.6 Centro Universitário de Belo Horizonte (UNIBH)

O Centro Universitário de Belo Horizonte foi fundado há mais de 50 anos e disponibiliza cerca de 40 cursos, incluindo o de medicina. Atualmente, essa instituição pertence a uma multinacional da área da educação, que possui outras instituições de ensino superior em todo Brasil. Como elementos norteadores de seu projeto, a UNIBH destaca o engajamento, a transparência, o respeito, a inovação e a empatia.

A instituição disponibiliza em seu site o projeto pedagógico do curso de medicina. Nesse documento faz diversas referências ao respeito e a valorização do indivíduo e grande ênfase ao acesso tecnológico disponível na estrutura da instituição. Não foi encontrado, entretanto,

nenhuma menção a um suporte psicopedagógico mais direcionado aos alunos. No site da instituição, entretanto, há menção ao Núcleo de Apoio Psicopedagógico e Inclusão (NAPI). Na descrição disponibilizada do instrumento, a instituição reforça seu compromisso com a equidade e com o suporte ao desenvolvimento de habilidades pelos alunos.

4.2.7 Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG)

A fundação da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG) data de 12 de dezembro de 1958 e sua história se confunde com a de Dom Antônio dos Santos Cabral¹³, mais conhecido como Dom Cabral. Sua trajetória como figura religiosa se iniciou na região do nordeste, onde atuou em diversos cargos, chegando a bispo de Natal em 1917. Nesse cargo, Dom Cabral encabeçou diversas causas: o restabelecimento da estrada de ferro Mossoró e a linha de navegação do Lóide Brasileiro para os pequenos portos do Rio Grande do Norte. Além disso, participou da fundação da Escola de Comércio de Natal, do Instituto de Proteção às Moças Solteiras e do Curso Comercial Feminino e a Sociedade Propagadora do Ensino Popular. Percebe-se já nesse período grande preocupação do religioso com a questão educacional.

Em 1921, Dom Cabral é transferido para a diocese de Belo Horizonte, que na época apresentava poucos recursos financeiros. Foi por meio de recurso próprio que o terreno, onde hoje está construída a PUC-MG, foi comprado por Dom Cabral. Na capital mineira, o clérigo realizou diversos trabalhos, com destaque “a tarefa de evangelizações das nações”, no qual foram criadas associações para leigos e a fundação da Universidade Católica de Minas Gerais.

A criação da universidade tinha como intuito oferecer uma educação humanista para os alunos que se formavam no ensino médio, naquele período saídos em sua maioria de escolas religiosas. Esse processo se iniciou com a fundação da Sociedade Mineira de Cultura que ficaria responsável pela manutenção do que viria a ser a universidade. Após a criação da Sociedade, incorporou-se a Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras Santa Maria e a Faculdade Mineira de Direito. Posteriormente, foram incorporadas a Escola de Enfermagem Hugo Werneck, a Faculdade de Ciências Médicas e a Escola de Educação Física. Com a chegada da Escola de Serviço Social estava pronta a estrutura que viria ser a Universidade

¹³ “Dom Antônio dos Santos Cabral – Arcebispo Emérito – in memoriam”. Disponível em: <<https://arquiocesebh.org.br/arquiocese/organizacao/governo/dom-antonio-dos-santos-cabral/>>. Acesso em: 11 jul. 2022.

“Cabral, Antônio dos Santos”. Disponível em: <www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-biografico/cabral-antonio-dos-santos>. Acesso em: 11 jul. 2022.

Católica de Minas Gerais. A designação de pontifícia foi alcançado em 1983 com o desenvolvimento de novas tecnologias e com a criação de cursos de pós-graduação. As cidades do Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre já possuíam instituições semelhantes.

Atualmente a PUC-MG atua em 8 cidades de Minas Gerais: Belo Horizonte, Betim, Contagem, Poços de Caldas, Arcos, Ganhães, Serro e Uberlândia. A instituição apresenta cerca de 57 mil estudantes e 1700 professores. O curso de medicina é ofertado em Betim, Contagem e Poços de Caldas. A PUC-MG inaugurou seu primeiro curso de medicina em 2012, no campus Betim. Atualmente a PUC-MG conta com diversas ferramentas de suporte ao aluno.

Diversas instituições de ensino superior em medicina utilizam o modelo da tutoria como ferramenta de suporte ao discente. O modelo mais tradicional prevê uma matéria obrigatória localizada em algum momento dos 6 anos de graduação. No programa de *Mentoring*, o mentor acompanha o aluno durante o curso inteiro, tendo atividades em todos os períodos.

Ainda que as universidades estejam se mobilizando para a criação de serviços de apoio à saúde mental dos alunos, percebe-se uma heterogeneidade das iniciativas. Essa realidade faz com que cada instituição conceba seu recurso. Dessa forma, a análise direcionada as medidas adotadas por uma Instituição de Ensino Superior não representará uma coletividade. A análise dos Projetos pedagógicos foi importante para a escolha da universidade estudada e uma contextualização dessa instituição se faz necessária. Segue abaixo um quadro com panorama geral dos instrumentos de suporte a saúde mental dos alunos ofertados pelas instituições pesquisadas.

Quadro 1 – Panorama Geral de Instrumentos Ofertados pelas Instituições

UFMG	Rede de Saúde Mental/Comissão Permanente de Saúde Mental da UFMG/NAPEM
FAMINAS	NAP
UNIFENAS	-
FCM-MG	Acolher para PertemSer /Serviço de atendimento psicopedagógico
FASEH	NAPI
UNIBH	NAPI
PUC-MG	MENTORING/NAP

Fonte: Dados da pesquisa.

5. O CAMPO DE PESQUISA, OS SUJEITOS E SUAS TRAJETÓRIAS

5.1 Campo da pesquisa: a Universidade X

Duas Universidades foram consideradas para participarem das coletas de dados. Uma por possuir um programa tradicional de suporte ao discente com uma longa história de atuação e a outra por apresentar certo ineditismo em relação a um programa mais amplo e moderno. Como o objetivo dessa pesquisa visa avaliação da atuação de mentores e professores não mentores, optou-se pela instituição com a estrutura de mentoria já bem estabelecida. A outra instituição possui na tutoria sua principal ferramenta de atuação durante a graduação, mas o formato de matéria em um único período.

Como um de seus diferenciais, a Universidade X desenvolveu um programa de *Mentoring* que acompanha o aluno durante todos os períodos, tendo atividades constantes. Somado a esse dispositivo, a universidade, em seu curso de medicina, possui um núcleo de apoio psicopedagógico conhecido como Núcleo de Apoio Psicopedagógico (NAP). Esse grupo foi implementado oficialmente em 2017 com a presença de dois subnúcleos: um direcionado ao suporte ao professor e outro de apoio ao aluno.

Segundo a própria ementa¹⁴ do NAP, o *mentoring* é descrito como:

O Programa de *Mentoring* desenvolvido na Universidade X tem como meta a coordenação de uma série de atividades e de ações que visam, de uma maneira geral, apoiar o discente no processo pedagógico formal no curso de Medicina de forma longitudinal, estando com ele os doze períodos de sua trajetória. Assim sendo, cada turma tem o seu Mentor pré-estabelecido, e cabe a ele acompanhar uma turma, em média de sessenta alunos, por seis anos. O *Mentoring* tem como desafio ampliar a rede de suporte discente, no sentido de colaborar mais efetivamente para o seu desenvolvimento de forma mais ampla, tanto profissional quanto pessoal.

Ainda segundo a ementa:

[...] o NAP (Núcleo de Apoio Pedagógico) é o órgão que organiza o planejamento das estratégias de ensino-aprendizagem que privilegiem as diretrizes curriculares já definidas pelas nossas políticas nacionais de formação médica. O NAP fornece apoio e norteia situações cotidianas do aprendizado, pois cabe a ele ampliar as possibilidades diante de impasses ao avanço da implantação de uma lógica, na qual o centro da formação é o próprio processo de aprender. Além disso, este núcleo potencializa as ações da comunidade acadêmica com uma visão de conjunto, contribuindo para o paradigma da integralidade entre diversos cenários e atores.

¹⁴ Informações disponibilizadas pela própria Instituição em material interno. Não foi citado pois identifica a instituição participante.

5.2 Sujeitos da pesquisa

Inicialmente, duas instituições de ensino superior com curso de medicina foram convidadas a participarem da pesquisa. Uma por apresentar um curso tradicional e medidas bem estabelecidas de suporte em saúde mental aos discentes. A outra instituição pelo seu destaque em discussão sobre saúde mental e pelo programa de *mentoring*. Após diálogo com representantes das duas instituições, uma declinou o convite, enquanto a outra mostrou-se interessada em participar. Definida a Universidade, os professores do curso de medicina foram convidados a participar da pesquisa pelos veículos oficiais da Universidade participante, sendo abordados pelo e-mail profissional e pessoal e por um programa de troca de mensagens.

A divulgação disponibilizada nesses locais foi padronizada e tinha em seu conteúdo a apresentação do projeto e a descrição das metodologias investigadas. Todos os 65 professores do curso receberam o link para participarem da pesquisa. Os docentes convidados contemplaram todos os períodos e matérias presentes no curso.

5.3 Análise dos Questionários

O questionário foi autoaplicado com tempo de resposta esperado de 5 minutos. O intuito das perguntas foi estabelecer o perfil do professor da Instituição de Ensino Superior parceira, além de estabelecer vínculo com os profissionais que viriam a participar dos grupos focais.

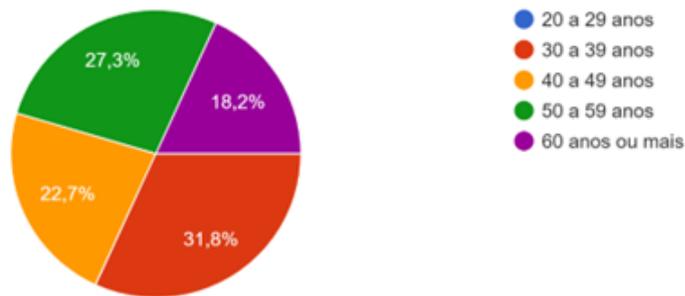
O questionário possui 15 perguntas, divididas em 5 áreas. As principais tiveram como intuito conhecer assuntos determinados da vida profissional do professor, compreender alguns pontos da carreira acadêmica e averiguar quais professores teriam desejo em participar dos grupos focais. As perguntas apresentaram caráter misto, sendo algumas objetivas e outras discursivas (respostas curtas).

Dos 65 professores contatados, 23 responderam ao questionário, englobando professores médicos e de outras áreas. Desses professores, apenas um acessou o questionário e discordou em preenchê-lo. Dos professores convidados, portanto, aproximadamente 38% abriram e preencheram o questionário. Desses, 95,7% concordaram com o preenchimento. Dessa forma, menos da metade dos professores respondeu ao questionário enviado, não sendo possível inferir os motivos dessa baixa adesão.

Na sequência do questionário, foi perguntado aos professores idade e tempo de atuação em sua área de origem, demonstrando um público com idades acima de 30 anos e em sua maioria na faixa dos 30 aos 39. Ainda assim é possível perceber uma distribuição mais homogênea em relação às idades como exposto no gráfico abaixo.

Gráfico 1 – Qual sua idade?

22 respostas

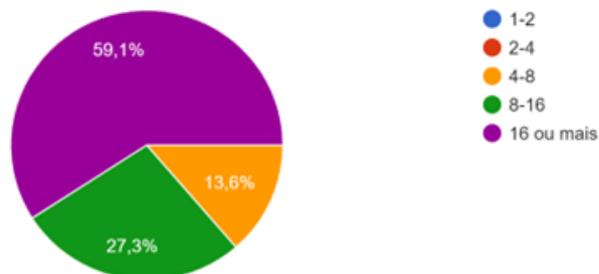


Fonte: Dados da pesquisa.

Cabe um destaque ao número de professores com 50 anos ou mais, representando uma boa parcela da amostra, chegando 45,5% de todos os participantes. A docência não é uma das primeiras opções dos médicos, que optam em sua maioria pela clínica. Mas depois de terem acumulado experiência e terem realizado um percurso na clínica, a docência passa a ser interessante, pois é a oportunidade de transmitir conhecimento aos mais jovens.

Gráfico 2 – Atua em sua atividade de origem há quanto tempo (anos)?

22 respostas



Fonte: Dados da pesquisa.

Quase 60% dos professores da amostra possuem mais de 16 anos de atuação em sua atividade de origem. Não há professores com 1 a 4 anos de experiência. Possivelmente, a carreira acadêmica ainda não é percebida por muitos profissionais da área da saúde (principalmente

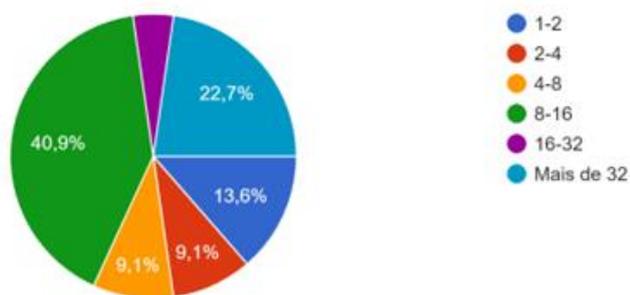
médicos) como sendo uma possibilidade tão rentável quanto sua atuação de origem, o que causaria um aumento da rotatividade dos professores. Essa realidade é denunciada por Batista (1998) que além de constatar a baixa remuneração dos professores, informa que apenas 30% dos docentes da medicina retiram mais de 50% de sua renda da sala de aula. A experiência percebida na atividade de origem não é acompanhada a experiência na carreira acadêmica.

Os dados demonstram uma parcela significativa de profissionais que iniciaram a vida acadêmica recentemente. A grande maioria apresenta uma atuação marcada por um período de atuação docente inferior a 16 semestres (ou 8 anos), chegando a aproximadamente 73% da amostragem. A parcela mais representativa está situada entre os profissionais com experiência entre 8 e 16 semestres.

É importante destacar que a pesquisa ocorreu em uma instituição cujo curso de medicina completa 10 anos. Desse ponto de vista, docentes que tem 8 anos na instituição podem ser considerados longevos na docência, o que aponta para uma satisfação nesse papel de transmissores de conhecimento, mesmo que financeiramente, o ganho seja inferior à clínica.

Gráfico 3 – Leciona há quanto tempo (semestres)?

22 respostas

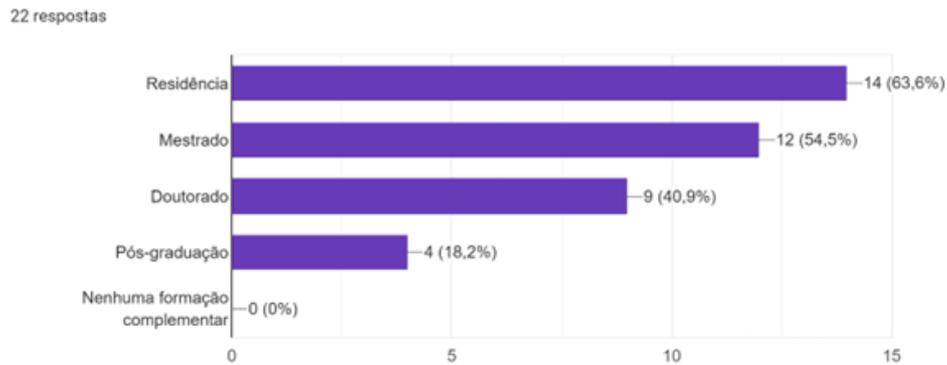


Fonte: Dados da pesquisa.

Sobre a formação dos docentes, destaque para a presença de doutorado entre aproximadamente 41% dos professores, mestrado quase 55% dos participantes, não tendo nenhum docente sem pós-graduação *strictu-sensu*. O próprio modelo de contratação reforça essa política. Professores sem mestrado, mas com alguma pós-graduação podem ser contratados por um tempo limitado, mas não podem ser efetivados. Docentes com mestrado ou doutorado podem participar dos concursos ofertados pela instituição sendo assim, efetivados. A presença da seleção de docentes via concurso, reforça o compromisso da

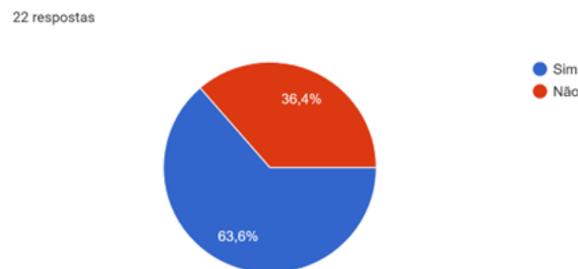
instituição com a qualidade de seus profissionais. Ainda sobre a formação, a minoria apresentou formação formal na área de saúde mental, chegando próximo dos 36%.

Gráfico 4 – Possui formação complementar?



Fonte: Dados da pesquisa.

Gráfico 5 – Possui alguma formação específica no campo da Saúde Mental ou teve acesso a conhecimento da área?



Fonte: Dados da pesquisa.

Ao serem questionados sobre as formações regulares ou complementares em saúde mental, os professores citaram predominantemente formação formal na área da psiquiatria e da psicologia por meio de residência e pela própria graduação, representando 6 das 14 respostas apresentadas. Foram citadas também formação em psicanálise, atividade na área de álcool e drogas, na medicina de família, na geriatria e construtivismo social. Dois professores demonstraram ter conhecimentos por apresentarem interesse na área, não apresentando nenhuma formação específica. Um professor citou seu processo de análise como um elemento de formação em saúde mental, tendo outro apresentado experiências práticas como plantonista em um hospital psiquiátrico. Esses dois padrões de respostas sustentadas pelas formações formais e informais demonstram que a área da saúde mental estaria acessível a todos os professores, independente da área de atuação inicial. Cabe ressaltar que a psicanálise também foi citada de forma relevante. A formação em psicanálise não é restrita aos profissionais de

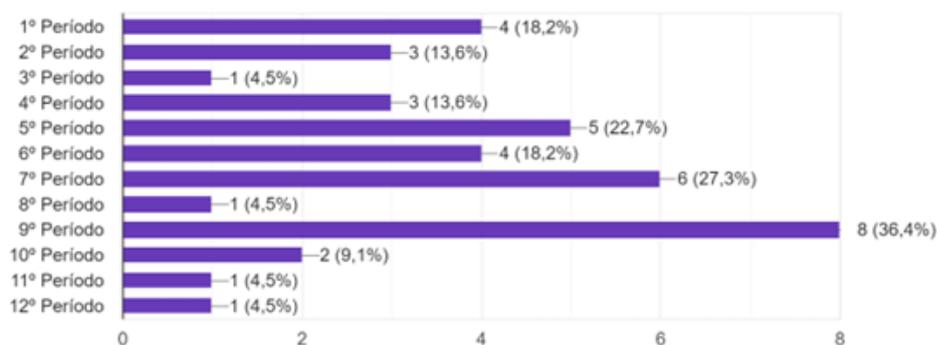
saúde, estando acessível a qualquer profissional de curso superior. Dessa forma, poderia ser considerada como uma ferramenta possível para os docentes que não desejam se aprofundar na área da psicologia e da psiquiatria, mas possuem interesse em saúde mental.

Quanto à área de atuação, verificou-se vários participantes com formações diferentes. Os destaques ficaram para a área de saúde mental e pediatria. Dentro da saúde mental foram 6 professores, sendo 4 psiquiatras e 2 psicólogos. O maior interesse demonstrado por profissionais dessa área pode ser explicado pela temática da pesquisa focada na saúde mental dos alunos e na atuação de professores diante desse quadro. Quanto aos pediatras, com 4 respostas ao questionário, possivelmente, o interesse advém do fato de muitos alunos ainda estarem na adolescência¹⁵, principalmente nos primeiros semestres do curso.

O curso de medicina, em seus currículos tradicionais, está dividido em três ciclos, seguindo o modelo Flexneliano. O curso é composto por ciclo básico, ciclo clínico e de internatos, como corrobora Franco *et al* (2014). A partir do quinto período diversas matérias são ofertadas com números reduzidos de alunos dentro da sala¹⁶. Ao se considerar o período do curso de medicina em que o professor atua, o questionário demonstrou uma distribuição que contempla todos os períodos, mas com destaque para o quinto, o sétimo e o nono período. A amostra contou ainda com docentes que atuavam no sexto e primeiro período. Ao se considerar a distribuição por ciclos, 11 professores atuam na fase básica, 16 na clínica e 12 nos internatos. Cabe salientar que alguns professores atuam em mais de uma matéria e em mais de um ciclo.

Gráfico 6 – Atualmente dá aula em qual(ais) período(s)?

22 respostas



Fonte: Dados da pesquisa.

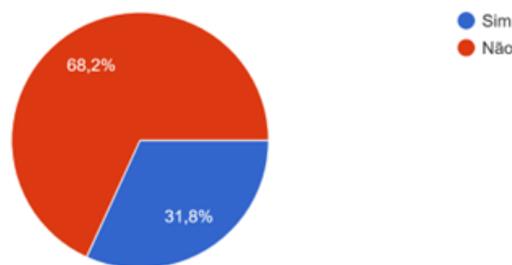
¹⁵ Segundo a OMS a adolescência se dá dos 10 aos 19 anos. Disponível em: <<https://www.who.int/pt>>. Acesso em: 11 jul. 2022.

¹⁶ Informação retirada do Projeto Pedagógico da Universidade X.

Por fim, o questionário investigou quais professores atuam ou já atuaram como mentores e quais docentes estariam dispostos a participar da segunda etapa da pesquisa por meio do grupo focal. Dos 22 professores, que aceitaram preencher a ferramenta de pesquisa proposta, 15 (68,2%) não possuíam experiência com a mentoria, enquanto 7 (31,8%) afirmaram possuir experiência como mentor. Cabe ressaltar que o curso possui cerca de 12 mentores, já que cada turma possui um professor responsável por essa prática. Percebe-se, portanto, uma boa adesão dos docentes que atuam como mentores, o que reforça um possível compromisso que esses profissionais possuem com a saúde mental dos discentes. Em relação à participação dos grupos focais, 21 docentes mostraram desejo em dar sequência, participando da segunda etapa da coleta e dados. Dois docentes demonstraram não desejar participar do grupo focal.

Gráfico 7 – Tem experiência ou tem atuado como mentor?

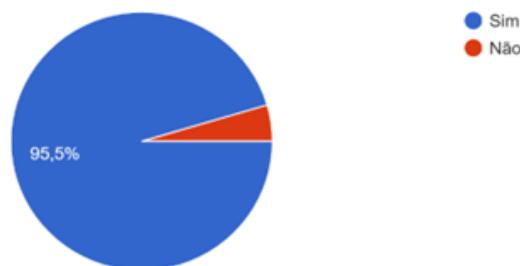
22 respostas



Fonte: Dados da pesquisa.

Gráfico 8 – Deseja participar da segunda fase dessa pesquisa?

22 respostas



Fonte: Dados da pesquisa.

Em suma, após a apresentação dos resultados do questionário foi possível perceber um perfil de professor com uma idade de atuação diversificada, apesar de um pequeno predomínio de docentes acima dos 50 anos. Destaca-se a presença de uma maioria com boa experiência em sua atividade de origem (médicos, biomédicos, psicólogos, entre outros). Esse tempo de

atuação como profissional da saúde não acompanha o tempo de docência. Foi possível perceber um contingente de professores com uma menor experiência de docência quando comparado a atuação de base. Esse dado pode demonstrar uma entrada mais tardia na docência ou mesmo uma maior rotatividade de profissionais. Ao se considerar o salário médio de um médico (maioria dos professores abordados) e de um professor ainda há uma grande diferença, sendo possivelmente um fator importante de baixa adesão da classe na docência.

A instituição possui uma totalidade de profissionais com formação complementar, sendo a maioria com mestrado ou residência. Em relação à saúde mental, cerca de 60% dizem ter alguma formação nessa área. Nesse item, além dos profissionais que atuam na área, alguns professores relataram que a formação se deu de forma informal, por interesse. Também chamou a atenção a presença da psicanálise como elemento mediador dessa formação, seja por formação ou por estar em análise. Os professores que mais aderiram a pesquisa foram da área da psicologia, da pediatria e da psiquiatria, provavelmente pelo interesse na área e pela população de alunos ainda serem, muitas vezes, adolescentes.

Os professores mentores foram a minoria, mas ainda assim apresentaram boa representatividade com cerca 32% dos questionários respondidos. Segundo a própria instituição, a função desses docentes é acompanhar os alunos durante os seis anos, de forma a tornar-se uma referência nas questões pedagógicas, mas também pessoais. Entre essas atribuições, estaria a identificação e o encaminhamento do aluno em sofrimento mental para o NAP ou para uma rede de suporte. A atuação desses profissionais, nesses casos, está intimamente ligada à sua capacidade de acolher e de identificar situações de risco ou mesmo patológicas.

6. O QUE DIZEM OS PROFESSORES SOBRE A DEPRESSÃO ENTRE OS ALUNOS

6.1 Caracterização dos grupos focais

Em posse dos e-mails dos professores que demonstraram vontade em participar do grupo focal, foi enviado um e-mail com a apresentação do termo de consentimento livre esclarecido, além de duas datas programadas para a realização dos grupos focais. Cerca de sete docentes se manifestaram interessados em participar do primeiro grupo e cinco do segundo grupo. Não foi realizado nenhum tipo de distinção de participação, além da disponibilidade do próprio professor.

Os dois encontros foram realizados virtualmente, ainda devido às questões relacionadas à pandemia de Covid-19. O primeiro grupo se deu no dia 24 de fevereiro de 2022 das 19h30min às 21h, com a presença de seis dos sete professores convidados. Dos participantes, apenas um era ou já tinha experiência como mentor. No segundo grupo foram quatro participantes dos cinco convidados, sendo todos mentores. O encontro se deu dia 23 de março de 2022 das 11h às 12h30min. Entre os participantes há representantes dos ciclos básico, clínicos e de internatos, contemplando assim todas as fases do curso de medicina. Os grupos foram conduzidos pelos pesquisadores e o roteiro utilizado necessitou ser adaptado de acordo com a disponibilidade de tempo apresentada pelos participantes. Os participantes foram identificados por números, a fim de se manter o anonimato dos docentes. Focou-se na escolha dos professores pela docência, a atuação e a percepção dos participantes diante do sofrimento do aluno, além da atuação do Núcleo de Apoio Psicopedagógico.

Após a transcrição das interações apresentadas nos grupos, marcadas pelas frases, expressões e experiências compartilhadas, além da consideração dos objetivos da pesquisa, os dados foram analisados com a ajuda do software DSCsoft.

Dessa forma, criou-se três categorias:

- 1- A entrada do professor na docência;
- 2- Os docentes e a saúde mental dos alunos;
- 3- A atuação do Núcleo de Apoio Psicopedagógico.

Em um segundo momento, após a determinação das categorias, o conteúdo foi organizado por meio de três figuras metodológicas: as Ideias Centrais, as Expressões-Chave e os Discursos

do Sujeito Coletivo. Após alimentar o programa de suporte com os dados coletados, determinou-se as Ideias Centrais como apresentadas no quadro abaixo.

Quadro 2 – Categorias e Ideias Centrais

1. A entrada do professor na docência
IC1- A docência como possibilidade de troca com o aluno IC2- A docência como herança de família IC3- A docência como transmissão do conhecimento IC4- A docência como uma conexão com a pesquisa IC5- Docência por convite IC6- A docência como possibilidade de melhorar a qualidade do médico
2. Os docentes e a saúde mental dos alunos
IC1- Medicina é um curso exigente IC2- Importância da Mentoria IC3- Interesse do professor em relação a saúde mental dos alunos IC4- Pandemia como fator de piora IC5- Turmas menores favorecem a identificação do sofrimento mental dos alunos IC6- Alta prevalência da ansiedade IC7- Formação como facilitador na identificação IC8- Imaturidade dos jovens atuais
3. A atuação do Núcleo de Apoio Psicopedagógico
IC1- Necessita conhecer melhor o núcleo IC2- Experiência de encaminhamento IC3- Mentor como mediador entre professor e NAP IC4- NAP como um diferencial para a saúde mental do aluno IC5- NAP atua como uma rede ampla de suporte

Fonte: Dados da pesquisa.

6.1.2 Análise dos discursos dos sujeitos da pesquisa

Para efetuar a análise das respostas do grupo focal, foram selecionadas as Expressões-Chave, ou seja, os trechos mais significativos destas respostas. Para cada Expressão Chave corresponde uma Ideia Central (**IC**) que sintetiza o conteúdo discursivo manifestado nas Expressões Chave. A partir das ideias centrais, são construídos os discursos síntese, na primeira pessoa do singular, que são os Discursos do Sujeito Coletivo (**DSC**), onde o pensamento de um grupo ou coletividade pode ser apresentado como um discurso individual (Lefevre, Pestana, Corneta, 2002)

6.2 A entrada do professor na docência

IC 1 – A docência como possibilidade de troca com o aluno.

DSC- Mas o que eu gostava, o que eu acho que me identifico mais com essa área que eu tenho amado cada vez mais com o tempo passando é a possibilidade da troca com os alunos. E por mais que todo mundo tenha falado de..., eu não consigo não chamar de menino, eu que sou bem próximo deles também, não consigo não chamar de meninos.

IC 2 – A docência como herança de família

DSC- Bem, eu também não vou negar a linhagem porque metade da minha família é de professores e a outra metade é de médico. Então acaba que foi um pouco da fusão.

Sou filha de professora, tenho irmãos professores, e acabou que eu estou seguindo um pouquinho aí essa veia familiar de ser professora.

IC 3 – A docência como transmissão do conhecimento

DSC- Eu achei que era uma hora de repassar os conhecimentos. É... eu acho que tem 10 anos, por aí, eu acho que eu estou na educação. E aos 50 anos eu fiz o meu mestrado em Saúde Pública na federal também, e é isso, queria repassar!

IC 4 – A docência como uma conexão com a pesquisa

DSC- Quando eu graduei, eu já tinha um desejo, eu achava assim a pesquisa e o ambiente acadêmico me agradavam, porque eu achava que tinha um crescimento contínuo. Quando eu procurei lá o pessoal da farmácia, eles me receberam muito bem, fiz lá, conheci minha atual orientadora que me levou para a faculdade de medicina, onde eu estou concluindo o meu doutorado também e aí a docência foi uma consequência, né?

IC 5 – Docência por convite

DSC- Eu comentei com ela que estava terminando o meu mestrado, e ela falou não, você vai trabalhar comigo e tal, então eu coloco aí até o meu agradecimento para a Participante ter me levado para a UNIVERSIDADE X. E realmente assim, estou amando o que eu estou fazendo, estou realmente me encontrando também dentro dessa área aí. Eu também entrei nesse caminho da docência através de um convite. Então, a minha identificação com a docência começou quando em 2007 eu estava na atenção primária, em uma unidade de saúde. E a referência técnica de saúde da criança na época era o Welson, e... é a gente tinha um trabalho de equipe muito forte e tal, e eu precisei da atuação da referência naquela época. Então eu convidei o Welson para poder lá, dar um treinamento para os ACSs¹⁷. E aí acabou que ele estava me observando, e pediu para eu dar uma aula que ele não podia dar naquele momento lá! E acabou que ele gostou, e ele achou que eu tinha habilidade e tal e me convidou para assumir a função de referência técnica de saúde da criança naquela época. Aí acabou que ele me chamou e eu fui. Gostei, dei semiologia pediátrica lá. Me identifiquei e desde então assim, me identifico muito e quero seguir a carreira de docente mesmo. Eu, eu, eu não escolhi ser docente, eu fui escolhido por incrível que pareça! Sério! Eu nunca pensei em ser professor! E aí a docência, eu diferente da Participante, eu quando fiz o mestrado, eu fiz pensando na docência assim, porque é... dar aula foi um convite, uma oportunidade maravilhosa que foi a Participante que colocou na minha vida e aí pra eu desfrutar melhor assim, para eu ter acesso a essa oportunidade, o mestrado se fazia necessário.

IC 6 – A docência como possibilidade de melhorar a qualidade do médico

¹⁷ Agentes Comunitários de Saúde.

DSC- Porque eu acho que na docência, mesmo que a gente trabalhando com grupos pequenos, a gente tem a oportunidade de mudar um pouco o mundo, assim, pretenciosa nesse sentido. Eu acho que pequenas ações podem fazer muita diferença e eu me sinto assim, muito desconfortável quando eu vejo má prática dos colegas, não só por despreparo. E aí eu queria passar isso é... para os alunos, passar isso adiante sabe! Melhorar a medicina nesse sentido. A maneira que eu percebia no meu dia a dia de clínica, que as pessoas traziam da abordagem de colegas, digamos assim, a qualidade do médico que está por aí. Se me incomoda eu tenho que fazer alguma coisa. E eu acho que o fazer alguma coisa é ir trabalhar na formação. É... e vejo assim, tanto que contribui comigo, faz parte, eu contribuo com eles, mas vejo que eu recebo muitos deles. Então o que me mobilizou a contribuir com a qualidade da formação, eu vejo que eu tenho um cuidado, uma maneira mais detalhada de cuidar, né? É meu esse cuidado humanizado. Então, eu achava, eu acho que eu tenho que passar para eles, isso que me mobilizou. Com o objetivo de expandir um pouco né, essa leitura da saúde mental, trazer um contraponto e o trabalho em equipe mesmo que na saúde mental sempre é multi, e eu sinto que por vezes é isso que a gente faz ali, né? Estamos ali formando uma pequena equipe dentro do serviço que a gente trabalha. Então, o que eu mais amo fazer é o que é mais necessário fazer nessa disciplina e acredito também que a partir dela outras experiências são possíveis né, então é um caminho também que eu tenho aí é... nos meus sonhos e no meu futuro.

A identificação da atuação docente de forma próxima e como elemento de troca foi citado por duas vezes como resposta dentro dos grupos focais. Essa ideia trazida por alguns docentes reforça a visão de uma educação não marcada pela transmissão simples, mas pela possibilidade de uma atuação do professor fundamentada também pelo que pode receber do discente. Marques e Oliveira fazem uma distinção importante e que ajuda a compreender essa visão. Segundo os autores:

Existe entre ensino e educação uma diferença basilar. Enquanto o primeiro se refere principalmente ao ensino de conteúdos e conhecimentos, o segundo possui contornos mais complexos, que envolvem aprendizagens curriculares, mas também valores e atitudes, que visam formar melhor o indivíduo na sua totalidade. (MARQUES; OLIVEIRA, 2016, p. 190).

Como se percebe esses profissionais encaram sua prática como educação e não como ensino, ainda que essa visão não seja unânime. Essa posição de educação valoriza a conexão realizada entre as partes no processo de construção do conhecimento. Seria exatamente essa conexão a principal responsável pela possibilidade de se ultrapassar as barreiras do ensino. Essa opção como prática pedagógica possibilita o estreitamento dos laços entre docentes e discentes e pode representar uma forte ferramenta didática.

Segundo a visão de Morales:

A ligação mantida com os alunos pode vir a tornar-se o mecanismo pelo qual possibilita a ação de educar, ultrapassando a função de mediar conteúdos didáticos e assim possibilitando aos educandos, a apreensão de valores essenciais para a própria vivência. Isto posto, não prestar atenção ao modo como se estabelece a interação professor/aluno faz surgir a possibilidade de se perder a conquista de boas relações humanas/afetivas. (MORALES, 1998, apud DA SILVA, 2013, p. 01).

Um dos participantes trouxe em sua fala, o reconhecimento desse lugar de troca, ressaltando que aceitar o que o aluno tem a oferecer é uma escolha do docente e uma política da Instituição de Ensino Superior. Segundo ele:

[...] o tipo de professor que eu tive na faculdade, porque era uma distância muito grande entre os alunos e o professor, e eu realmente nunca me senti assim, apta a estar tão lá em cima! Então eu não cabia dentro desse lugar de professor, então eu não fui mesmo porque eu não me via essa pessoa. (Participante 8).

E complementa:

[...] é para ficar com os alunos do posto, eles fazendo a coisa comigo, eu explicando o que eu estou fazendo e dando oportunidade. Isso é diferente. Eu não estou lá como professora, totalmente diferente... aí eu vou! Ai eu gostei demais! (Participante 8).

A professora cita sua experiência como aluna dentro da IES e demonstra que o modelo de docência preconizado pelo local não fazia ressonância com suas aspirações de educação. No seu cargo atual, a docente se percebe fora do significativo de professora, por poder compartilhar experiências e sua rotina. Há aqui mais uma vez o reforço de uma prática educacional e não, estritamente, de ensino.

Um docente, entretanto, trouxe como principal motivador de entrada na educação a ideia do ensino ou da transmissão do conhecimento. Nesse caso, predomina a concepção de que a atuação do docente está intimamente ligada a possibilidade do professor em repassar um conteúdo proposto. Essa percepção está correlacionada a própria atuação do médico como docente, uma vez que muitos são convidados para atuarem na área do ensino por possuírem boa técnica e não necessariamente boa didática.

Para Perim (2008), o professor de medicina não possui formação em didática, estando como os outros professores do ensino superior, restritos à sua formação técnica. Além disso, o médico professor, provavelmente foi formado em um período que não contemplava as novidades curriculares que atualmente estão em vigor. Isso constituiria mais um elemento de dificuldade na atuação do professor do ensino médico.

Outra Ideia Central se correlaciona a essa lógica de ensino e transmissão do conhecimento. Dois professores indicaram queda na qualidade de atuação dos médicos recém-formados. Essa percepção é sustentada por pesquisas realizadas, principalmente pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). Uma pesquisa coletada pelo Instituto Data Folha em associação ao CFM conhecida como Radiografia das Escolas Médicas, realizada em 2016, demonstrou que 76% da população é favorável a teste de habilidades dos alunos, sendo a maioria dos participantes

a favor de testes seriados¹⁸. Esse dado estaria diretamente correlacionado com a perda de confiança que a população vem apresentando em relação aos médicos recém-formados.

Os docentes de medicina, nesse caso, estariam convocados a melhorar a qualidade do ensino e logo atuariam, mais uma vez, a priorizar o conhecimento técnico. Em contrapartida, esses mesmos participantes anunciaram que também tem percebido uma falta em áreas envolvidas com acolhimento e práticas humanizadas. Essas áreas são altamente valorizadas na formação, principalmente pelas diretrizes curriculares atuais. A política de humanização na prática médica vem ganhando destaque, inicialmente, a partir da década de 1960, mas somente no final da década de 1980 é que o tema se tornou um movimento social e político. Atualmente é um dos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS) (RIOS; BRAGA, 2015).

O artigo 3º das Diretrizes Nacionais Curriculares do Curso de Graduação em Medicina reforça que o aluno deve receber uma formação:

[...] generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. (BRASIL, 2014).

Os discentes identificam o atendimento humanizado como sinônimo de uma boa relação médico paciente (RIOS; BRAGA, 2015). A atuação do professor é de suma importância para ampliar esse conceito e melhorar a prática do aluno. A própria existência da mentoria é de suma importância nesse processo, uma vez que tem no seu cerne o debate da carreira e da trajetória do aluno e do médico.

Dentro das trocas dos grupos focais, dois professores identificaram as práticas experimentadas por familiares na docência como elemento importante de justificativa para a entrada na vida acadêmica. Esses participantes indicaram a docência como o recebimento de uma herança. Nesse caso, a herança poderia ser entendida como um elemento de tradição. Para Canini:

A “tradição”, como aprendizado de uma profissão, se entrelaça e caracteriza a educação como “patrimônio”, palavra que deriva de “pater”, cuja herança é transmitida, na sua forma mais tradicional, de pai para filho. A herança seria algo a ser deixado ou transmitido para as futuras gerações. Ainda, a herança significa a passagem de um *status* social e de patrimônio entre membros de um grupo. (CANANI, 2005, *apud* SOUZA, 2020, p. 08).

¹⁸ Radiografia das Escolas Médicas. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/categorias_noticias/radiografia-das-escolas-medicinas/>. Acesso em: 11 jul. 2022.

A ideia de tradição desvincula a atuação da docência como um dom, uma vez que valoriza a trajetória e a memória do indivíduo em sua formação. O profissional é ser social e suas escolhas e práticas decorrentes dessa experimentação. No caso do grupo focal, não foi possível aprofundar nessa temática, uma vez que não era o tema central da discussão.

Cabe salientar, entretanto, que a própria medicina, área de formação da maioria dos professores investigados, também possui forte identificação com a ideia da prática vocacional. Reflexões sobre as trajetórias desses profissionais tem alçado grande importância, pois está no cerne das discussões realizadas dentro da formação médica atual. Carvalho (2017) traz uma reflexão importante para o conceito de vocação. Segundo ele, para o aluno, a vocação estaria correlacionada com uma representação ideal de uma atuação futura correlacionada a prática profissional. Esse conceito estaria em xeque, uma vez que desconsidera a “atuação” como elemento decorrente de uma construção de trajetória.

Cinco professores apontaram a docência como um caminho calcado pelo convite. Essa posição demonstra mais uma vez como a carreira docente não está como um dos centros de aspiração do futuro médico. O curso de medicina, como a maioria dos bacharelados, não alimenta em seus discentes o desejo ou mesmo a curiosidade em relação ao ensino. Treviso (2017) reforça essa visão e conclui que a maioria das graduações não preparam os alunos para o futuro na docência.

Eu, eu, eu não escolhi ser docente, eu fui escolhido por incrível que pareça! Sério! Eu nunca pensei em ser professor... Fiz algumas disciplinas isoladas de mestrado durante um bom tempo, várias disciplinas, e quando foi em final de 2017 o Fulano que me ligou. “Estou precisando de você aqui na Saúde do Trabalhador, você foi muito bem indicado”. “Aí eu falei assim: alguém mentiu para você.” (Participante 10).

Para assumir-se no papel de docente, o profissional precisa ressignificar sua trajetória. Nesse relato acima, o professor demonstra o receio em iniciar uma outra carreira. Os que se arriscam, vão percebendo que a docência envolve o estabelecimento de relações com os alunos, que podem ser mais ou menos íntimas, o que implica em uma compreensão de aspectos relacionados à saúde mental destes sujeitos.

6.3 Os docentes e a saúde mental dos alunos

IC 1 – Medicina é um curso exigente

DSC- Então eu acho que assim, a gente como professor tem que procurar dar um apoio, acolher esse aluno, né? Porque ele está passando por uma dificuldade né, a carga de conteúdo é muito grande, é um curso que exige muito, então será que

realmente ele vai conseguir finalizar esse curso? E... eu sinto assim, que o curso é exigente na mesma medida que é prestigioso, então eles falam muito dessa exigência. Eles direcionam essa queixa, eu acho, aos professores, por entender que ali é o ponto de questionar do volume coisas para se fazer, do volume de material para ler e tudo mais.

IC 2 – Importância da mentoria

DSC- Foi uma experiência legal, mas que já vieram sensibilizados pela própria instituição. Alguns ainda falam, a fiquei na dúvida quando eu fui escolher a faculdade, falaram que aqui na UNIVERSIDADE X tinha esse negócio de mentoria, isso pesou na minha escolha. E esse procedimento, isso porque assim, um mentor não dá conta, porque às vezes o mentor tem um encontro a cada sei lá, uma vez por mês e o professor está ali toda a semana. Então, ele percebe. Não ia funcionar se a gente não cultivasse isso, de todos serem mentores de todos, de ter aquela tradição do cuidado né, das pessoas cuidarem uma das outras, dos professores cuidarem dos alunos. Assim, esse cuidado, mas não é uma coisa ruim protetora, no sentido de sabe, muito ... é de estar atento ao outro.

IC 3 – Interesse do professor em relação à saúde mental dos alunos

DSC- É lógico, que você, eu concordo demais com a Participante quando ela fala que o importante, uma das primeiras coisas importantes é o professor abrir para enxergar, né? Isso que ela falou eu acho que é muito importante, então, eu acho que a gente é aberta, atenta para essas questões. Mas eu tento, igual a Participante falou, ali no que eu puder estar aberta e horizontalizar, sem que com isso prejudique minhas funções, né? Igual ela falou, de falar: olha isso não é assim, olha vamos fazer, isso aqui tem que acontecer, e tudo mais. Eu procuro ser muito próxima e vejo eles como meus futuros colegas, me despeço deles. É, uma coisa que eu acho, que eu já coloquei para faculdade, essa questão dos professores terem pouco contato, poucas conversas, porque eu estou achando muito bom esse papo.

IC 4 – Pandemia como fator de piora

DSC- Gente, a minha turma de mentoria agora iniciaram em fevereiro de 2020. Quer dizer, em março entrou a pandemia, em março eles entraram online. Então vocês imaginam e agora eles estão voltando. Eles tiveram a primeira aula teórica hoje de manhã. E a maior saudade deles, a maior falta que eles sentiam, além dessa questão de ver o professor fisicamente, é a questão do convívio, é aquele bate papo no corredor. Vocês não imaginam como que foi segurar essa turminha aqui hoje que está no quinto período! Quinto período! E estavam online, né? E então é uma experiência interessante. A pandemia realmente gente, não é só a pandemia, é o curso, é a pandemia, é o governo Bolsonaro, aí vocês me poupem né?

IC 5 – Turmas menores favorecem a identificação do sofrimento mental dos alunos

DSC- E aí eles procuram, vários desses alunos procuraram por conta de eu estar fazendo especialização em psicoterapia, mas à medida que eu fui passando com os grupos, foi isso que a Participante falou, são grupos menores, então, são grupos que conseguem ter uma liberdade maior para poder expressar, e, pelo tema das minhas discussões serem psicofarmacologia, normalmente eles já ficam com o ouvido atentíssimo procurando qual é a medicação que lhes cabe.

Você fala aí de uma coisa que você vivência com grupos pequenos, eu dou aula uma vez por semana com uma turma de quarenta, cinquenta, então o contato não é tão intenso. Aí o contato foi mais próximo com eles, que a gente ia em grupos pequenos, em empresas. Esse contato eu tenho pouco com eles, em uma aula teórica com quarenta a cinquenta alunos era muito triste, né?

IC 6 – Alta prevalência de ansiedade

DSC- Eles estão ansiosos, porque eles estão deprimidos, porque eles estão desmotivados, já estão exauridos com tudo isso, já estão desiludidos, é... veio a pandemia. E eu acho que tenho uma vivência um pouco enriquecedora por causa do fato de ter vivenciado a experiência de ter sido mãe de uma acadêmica. E eu pude perceber o grau de ansiedade, em muitos deles, né? Frequentam a minha casa com frequência e tem uma intimidade maior desde que fui professora deles e tal, e ver assim o grau de ansiedade muito maior, do que o grau de depressão nesse momento. E o grau de ansiedade eu vejo assim, com a incerteza, não sei se vai haver amanhã.

IC 7 – Formação como facilitador na identificação

DSC- No meu ambulatório de adolescência em Vespasiano, hoje em dia não, mas ele foi dentro do CAPS infantil, então eu estou acostumado assim a trabalhar muito com gente com sofrimento mental grave assim. Então, fica mais fácil assim, a análise, trabalhar com adolescente também me deu um insight que demorou muito tempo, mas a gente aprende com a crise do povo adolescente que eu sei o que me chama atenção. Então, um comportamento, um adolescente, olha o ato falho, o aluno que ele não tem comprometimento com a aula, o aluno que é irritadiço, o aluno que não atende legal, ele pode ser só um aluno displicente, mas ele também pode ser alguém que está sofrendo. A gente vai aprimorando sabe. Tive experiência de docência de 6 meses na UFOP, com semiologia também no quinto período. E você vai seguindo seu sentimento. Ali naquele início, o que que é, o que não é, como é que eu abordo, mas o que eu vejo é que hoje nós temos uma situação específica, mas mesmo antes, não só esse contexto maior, mais amplo, mas, as vezes, um momento específico da vida, do indivíduo ali, ou pessoal ou familiar. O que eu vejo, a gente percebe muito claramente e a gente tem que ver o perfil do aluno, se você chama ele do lado ali, e vem cá, vamos conversar nos dois aqui, o que que está rolando! A minha formação em saúde mental não foi uma formação que eu me identifiquei assim, mas enquanto o pediatra lidando ali com as mães que você acaba, com tanto tempo de trabalho, tendo um olhar muito mais tranquilo e mais amplo, e que te permite fazer essa leitura ali do ambiente de captar, ali nas entrelinhas naquele contexto o que precisa e o que tem a ver com a saúde mental, saúde emocional. Isso acontece muito hoje com os alunos também, e com os meus mentorandos, mas com os alunos mesmo os que não são os meus mentorandos, a gente consegue perceber e por várias vezes já aconteceu a gente chama para conversar e acaba tendo o devido direcionamento, sabe?

IC 8 – Imaturidade dos jovens atuais

DSC- E a gente percebe isso, eu costumo falar com os meninos, as vezes, com os alunos que eu falo o seguinte, de maturidade, de falar do assunto que tem a ver com a maturidade, da percepção da saúde mental e do comportamento emocional. Que a nossa geração estava apta a assumir a vida, ou seja, assumir significa sair de casa, estudar trabalhar e às vezes mandar dinheiro para casa aos 16, 17 anos e no máximo 18 estava apto a sair e assumir a vida, a casar. O que hoje eu vejo, tenho uma opinião pessoal, nada embasado nas opiniões, que essa geração amadurece e até num grau de maturidade diferente do da gente. Não é, dizendo que a geração não tenha, que a nossa seria melhor, mas de um grau de maturidade diferente aos 25, inclusive da dependência e tal.

Os professores foram convidados no grupo focal a debaterem sobre suas percepções e seus posicionamentos em relação a saúde mental dos alunos. Uma ideia que se repetiu algumas vezes demonstrou o quanto os professores consideram o curso de medicina exigente. Essa

percepção estaria correlacionada a própria estrutura do curso, além das cobranças inerentes a prática de suporte à saúde.

Nos primeiros anos do curso, o aluno é confrontado com uma série de questões. Inicialmente, o discente se vê cercado de outros colegas que podem assumir a posição de competidores. Associado a isso, o aluno será convocado a tomar decisões, a se suportar nessa nova realidade, esperando que o contexto seja marcado por um ambiente menos exigente e menos hostil. A essa frustração soma-se a quebra da idealização da medicina como uma profissão fundamentalmente apoiada no sucesso financeiro e no prestígio (RAMOS-CERQUEIRA; LIMA, 2002). Nos anos seguintes o aluno de medicina, como os da área da saúde, experimenta o contato com o sofrimento alheio, além dos desafios da perda pela morte. Todos esses elementos somados podem trazer uma percepção negativa em relação a escolha do curso (GRANER; CERQUEIRA, 2019).

Outro ponto importante diz respeito a dedicação de tempo que cursar medicina exige, uma vez que o modelo do curso é de turno integral. Essa modalidade de ensino, além de exigir grande dedicação do aluno, muitas vezes é responsável por limitar o contato que o discente tem com outras pessoas fora do curso, além de representar uma marcada restrição nas atividades físicas e de lazer (ANDRADE, 2014). Um dos participantes corrobora essas percepções em sua fala:

[...] isso é algo que eu acho que pesa muito para todos eles. Essa demanda excessiva. O curso de medicina em si já é extremamente exigente em suas matérias obrigatórias. Até pelo formato do curso, de ser um curso de tempo integral. É um curso que você não consegue associar muitas das outras coisas que você gostaria de fazer, seja para lazer, seja para esporte, seja sair. (Participante 2).

Além das dificuldades inerentes ao curso, os professores ressaltaram o impacto que a pandemia trouxe na saúde mental dos alunos. Os participantes destacaram que a principal consequência apresentada pelos alunos foi de um aumento de quadros ansiosos. A fala da participante ilustra esse dado: “Então eu vejo que pra eles, o evento que a gente está vivendo de pandemia, foi muito mais ansiedade e angústia da incerteza, do que depressão em si” (Participante 7).

Gundin *et al* (2021) ressalta que as incertezas relacionadas a pandemia, além das medidas de prevenção da infecção que contemplaram o isolamento social trouxeram grandes repercussões para a saúde mental das pessoas como aumento da percepção subjetiva de tristeza, medo, opressão, desamparo e raiva.

Araújo *et al* (2020) ressaltam que a pandemia atual impactará de forma global no ensino superior mesmo após o término das medidas de controle. Reforça a dificuldade presente entre os estudantes que estão finalizando suas graduações e pós-graduações e completa apontando para a responsabilidade que as IES terão de amenizar o impacto que a pandemia trará para esses estudantes. Parte dessas medidas podem estar apoiadas na própria existência da mentoria e dos núcleos de apoio, uma vez que são espaços abertos as demandas e inseguranças dos alunos.

A ansiedade¹⁹ foi citada pelos professores algumas vezes, sendo apontada como um quadro de grande prevalência entre os alunos. Uma das falas ressalta a ansiedade como elemento principal de adoecimento mental:

E eu pude perceber o grau de ansiedade, em muitos deles, né? Frequentam a minha casa com frequência e tem uma intimidade maior desde que fui professora deles e tal. E ver, assim, o grau de ansiedade muito maior, do que o grau de depressão nesse momento, e o grau de ansiedade eu vejo assim, com a incerteza, não sei se vai haver amanhã. (Participante 7).

Outro professor cita a ansiedade como elemento importante assim como outras questões:

Eu acho que esse para mim é o fator mais importante para determinar, essas queixas de muitas vezes de ansiedade, de sobrecarga, de esgotamento, sintomas depressivos desde motivação, falta de vontade, porque é algo que você faz por obrigação... (Participante 2).

Essa percepção apresentada pelos professores apresenta amparo em diversos trabalhos na literatura. Estudo realizado por Pacheco *et al* (2017) demonstrou que a ansiedade seria a alteração em saúde mental mais comum entre os alunos de medicina com uma prevalência de 32,9%, quadro de abuso de álcool e de depressão também possuem grande prevalência chegando a 32,9% e 30,6%, respectivamente. Vasconcelos *et al* (2015) confirma a maior prevalência de transtornos ansiosos com uma prevalência de 19,7% de alunos com sintomas sugestivos do quadro. Ainda segundo esse estudo, a prevalência de alunos com sintomas sugestivos de transtorno depressivo chegaria a 5,6%.

Um professor trouxe em sua fala uma perspectiva de uma geração mais imatura ou que alcançaria a maturidade de forma mais tardia. O docente percebe que os alunos estão com dificuldade para assumir determinadas responsabilidades, além de apresentarem um perfil mais dependente. Segue a consideração do professor:

¹⁹ “Os transtornos de ansiedade estão associados com morbidade significativa e com frequência são crônicos e resistentes a tratamento. Eles podem ser vistos como uma família de transtornos mentais relacionados, mas distintos, que inclui (1) transtorno de pânico, (2) agorafobia, (3) fobia específica, (4) transtorno de ansiedade social ou fobia e (5) transtorno de ansiedade generalizada”. (KAPLAN; SADOCK, 2017).

E a gente percebe isso, eu costumo falar com os meninos, às vezes, com os alunos que eu falo o seguinte, de maturidade, de falar do assunto que tem a ver com a maturidade, da percepção da saúde mental e do comportamento emocional. Que a nossa geração estava apta a assumir a vida, ou seja, assumir significa sair de casa, estudar trabalhar e as vezes mandar dinheiro para casa. Aos 16, 17 ano e no máximo 18 estava apto a sair e assumir a vida, a casar. O que hoje eu vejo, tenho uma opinião pessoal. Nada embasado nas opiniões, que essa geração amadurece e até num grau de maturidade diferente do da gente. Não é dizendo que a geração não tenha, que a nossa seria melhor, mas de um grau de maturidade diferente aos 25, inclusive da dependência e tal. (Participante 9).

Essa percepção do docente não encontrou ressonância dentro do grupo, sendo o único professor a fazer uma consideração sobre o grau de maturidade dos jovens estudantes. Uma pesquisa foi realizada nos principais mecanismos de buscas de artigos científicos, como Scielo, Pubmed, Pepsic, e não foram encontrados materiais que contemplem o tema como abordado pelo participante. O mesmo não pode ser dito da mídia comum que traz diversas reportagens fazendo menção a essa “diferença de maturidade”. Destaque para uma notícia veiculada no jornal Folha de São Paulo intitulada “Esqueça a geração Z: a geração que está emergindo é a da paralisia”²⁰. Nessa reportagem o autor faz menção a uma geração que estaria entre 15 e 35 anos e que seriam marcados por uma paralisia nos campos sociais e trabalhistas. O autor ainda se utiliza de um termo chamado “geração morango”, referindo-se a um contingente de jovens que se destacam por exibir uma vida repleta de alegrias, mas tão frágeis psiquicamente quanto um morango ao ser esmagado.

Diferentemente da questão da maturidade, uma ideia foi muito referida pelos docentes: a importância do interesse do professor em relação a saúde mental de seus alunos. O discurso do sujeito coletivo aponta para a importância de o docente estar aberto para perceber as alterações psíquicas apresentadas pelos estudantes, reforçando que essa prática não interfira na construção do trabalho de ensino. Outras falas convergem com essa percepção, três delas se destacam:

Eu poderia não ver ou não ouvir, mas na hora que eu lanço um olhar clínico ou eu abro, o que a gente fala lá no ambulatório de janela da escuta. Você abre, você acaba ouvindo, e se você olha, você acaba vendo! Então eu percebo assim, muitos momentos que eu poderia assim, tocar a bola e continuar falando, né? Ou eu poderia deixar espaços. Ao invés de sair no intervalo ficar por ali, né? (Participante 8).

Até porque eu sempre falo: se precisarem de algo podem contar comigo, podem falar, se for para algo de estudo, se for para algo de qualquer coisa, se precisar de alguma orientação, de algum cuidado de alguma ajuda podem falar, que se eu não for resolver, eu posso tentar ajudar com quem possa resolver. Então assim, eles têm uma liberdade muito grande e eles recorrem muito a isso. (Participante 2).

²⁰ Esqueça a geração Z: a geração que está emergindo é a da paralisia. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/ronaldolemos/2022/05/esqueca-a-geracao-z-a-geracao-que-esta-emergindo-e-a-da-paralisia.shtml>>. Acesso em: 11 jul. 2022.

A demonstração de interesse do professor para as questões dos alunos pode ser importante ferramenta de conexão entre docente e discente. Ribeiro *et al* (2016) destaca que uma relação de cuidado entre professor e aluno estaria relacionada a uma redução no sofrimento apresentado pelo estudante. A mesma abertura ao diálogo estaria ligada com a possibilidade de um encaminhamento dos casos de estudantes em sofrimento. Essa possibilidade de acolher o aluno na construção da relação entre docente e discente está explicitada na fala dos três professores e reverbera na boa abordagem dos alunos em sofrimento por professores, mentores e Núcleo de Apoio Psicopedagógico.

A maior facilidade de identificação e abordagem dos alunos em sofrimento em turmas menores foi outra ideia apontada por diversos professores, tendo grande importância na pesquisa em questão. Os participantes demonstraram, por meio de suas falas, que o número reduzido de discentes durante as aulas favorece na intimidade do contato, o que facilitaria a abordagem daqueles em sofrimento. Ainda segundo os professores, os estudantes demonstram ficar mais à vontade para esse tipo de relato em ambientes com número reduzidos de alunos e com os colegas que se sintam mais próximos. As passagens abaixo demonstram essas opiniões.

Então o relacionamento com grupos pequenos, igual por exemplo mentoria ou igual por exemplo nas práticas da comunidade, quanto é na prática são seis alunos, coisa mais gostosa que tem, né? Porque são grupos pequenos. E aí é isso que as outras participantes falaram. Então, há uma proximidade bem maior. (Participante 1).

Quanto a turma é menor dá para você se aproximar, fica do lado, pergunta, cutuca, enche a paciência dele. Para não deixar que aconteça, mas quanto a turma, por exemplo setenta, nossa, quase não cabia na sala, eu ficava perdido. (Participante 10).

Eu acho que a gente que dá disciplina de ambulatório, que vem para gente grupos menores, cinco alunos, seis alunos, esporadicamente sete, e atendimento ao paciente, a proximidade da gente é maior. (Participante 7).

Percebe-se que há um consenso entre os professores em relação a possibilidade de identificação ser maior em turmas reduzidas. No Discurso do Sujeito Coletivo foi possível perceber, também, que as aulas que apresentam a temática relacionada a saúde mental também favorecem na identificação, uma vez que os estudantes demonstram maior propensão a falar de suas dificuldades. Dois professores ressaltaram a importância dessa identificação nas aulas práticas.

Assim, enquanto docente e em relação a essa leitura, hoje, a gente consegue ver ali na aula prática. A minha disciplina é uma disciplina prática. A gente consegue perceber no aluno, tendo um olhar dentro das atitudes, pela postura dele, se existe ali

alguma alteração emocional, se ele está querendo dizer alguma coisa. A gente faz essa leitura com uma certa facilidade. (Participante 9).

A gente consegue perceber no traquejo, no olhar, na expressão corporal, na maneira em que ele aborda e se relaciona com o paciente, pra gente é muito mais fácil, principalmente a gente que trabalha semiologia, então a gente tem uma percepção maior dos sinais que o paciente traz e, acaba que isso fica natural pra gente como professor. (Participante 7).

Na fala acima é possível perceber outra Ideia Central trazida pelos discursos dos professores. Ressalta a importância da formação técnica para melhor identificação dos alunos com algum quadro psiquiátrico. Professores de semiologia e dos internatos conseguiram correlacionar o trabalho que faz com o paciente com a dinâmica de identificação do aluno em sofrimento. Essa transição se torna possível, uma vez que esses professores possuem acesso ao aluno em diferentes momentos e situações.

Além disso, o tempo de atuação como docente também contribuiria nesse processo, dando significado aos sinais apresentados pelos estudantes. O participante cita em seu discurso sintomas de depressão em adolescentes, que são possíveis de serem identificados por ele devido a sua atuação de origem. Cabe ressaltar que a sintomatologia da depressão da criança e do adolescente destoa daquela apresentada pelo adulto.

Alguns docentes ressaltaram a importância de atuação do mentoring, mas não houve um aprofundamento dessa temática nessa categoria. Os professores trouxeram mais dados sobre essa ferramenta e sobre a atuação do Núcleo de Apoio Psicopedagógico na categoria direcionada a atuação do núcleo. Essa distribuição reforça a atuação sinérgica das duas modalidades de suporte e o como elas devem ser analisadas em conjunto.

6.4 A atuação do Núcleo Psicopedagógico

IC 1 – Necessita conhecer melhor o núcleo

DSC- E eu sinto muita necessidade de conhecer um pouco mais sobre esse fluxo de encaminhamento, porque eu acho que o núcleo também tem esse outro lugar, que embora eu esteja vinculada à universidade, é... os alunos falando sobre ele eu vejo que eles já entendem que ali é um lugar de despressurização.

IC 2 – Experiência de encaminhamento

DSC- Eu já encaminhei diversas vezes. Todas as vezes foi super adequado. Houve momentos de alunos com situações complexas, mas que foi muito bem conduzido na medida que o aluno se dispôs. Eu acho que o núcleo da universidade X é um diferencial! É uma coisa proposta, constituída e que funciona.

IC 3 – Mentor como mediador entre professor e NAP

DSC- Geralmente os professores comunicam a mim que sou mentora, e eu fico mais atenta e precisando eu solicito a Professora do NAP, mas às vezes o professor vai direto ao núcleo, né? E se, às vezes, tem condição de procura, se tem uma estrutura familiar que acolhe, tem a estrutura financeira, às vezes você pode confiar nisso, mas quando é isso eu comunico sempre com a mentoria.

IC 4 – NAP como um diferencial para a saúde mental dos alunos

DSC- Todas as vezes foi super adequado. Houve momentos de alunos com situações complexas. Mas que foi muito conduzido bem na medida que o aluno se dispôs, eu acho que o núcleo da ... é um diferencial. É uma coisa proposta, constituída e que funciona.

IC 5 – NAP atua como uma rede ampla de suporte

DSC- É uma rede muito amarrada, uma rede extensa, uma rede não tão oficial de pessoas que acolhem e que também participam direta ou indiretamente. Mas que funciona nesse sentido.

Ao se considerar a categoria sobre a atuação do Núcleo de Apoio Psicopedagógico é possível perceber pelas Ideias Centrais algumas particularidades desse serviço e seu lugar nessa instituição. Ainda que esse modelo assistencial esteja presente em diversos cursos de medicina, ainda não há nenhum direcionamento normativo que unifique a atuação dessa ferramenta. Dessa forma, a avaliação feita nessa pesquisa, apesar de buscar avaliar a instrumentalização do suporte ao discente como modelo, garante apenas, um recorte sobre a atuação nessa Instituição de Ensino Superior. Roncaglia *et al* (2020) em sua pesquisa reforça esse dado, ressaltando que os núcleos não apresentam em suas diretrizes clareza em relação aos referenciais, metodologias ou mesmo sobre como se avaliaria o adoecimento dos alunos. Essa falta de clareza poderia estar correlacionada com dificuldades apresentadas pelos núcleos, inclusive com a cessação dos serviços.

Além disso, alguns apontamentos apresentados pelos professores servem apenas para a realidade da instituição em questão. O Discurso do Sujeito Coletivo apresentado na primeira Ideia Central demonstra uma possível dificuldade em fazer o Núcleo ser conhecimento de todos os docentes. Possivelmente esse fato estaria correlacionado com a rotatividade de professores percebida por meio da análise do questionário. Nessa investigação percebeu-se um grande contingente de professores com pouco tempo de atuação na docência, o que poderia explicar o desconhecimento sobre o Núcleo apontado pelo docente. Ainda assim, o docente demonstrou que a noção do acolhimento e a existência do serviço já estavam de alguma forma presentes durante sua trajetória na Instituição.

Ao se considerar os professores que conhecem o NAP, a experiência de encaminhamento demonstrou-se positiva. O que se percebeu por meio do discurso do sujeito coletivo é que o docente se sente confiante com a atuação do núcleo e se dispõe, dessa forma, a encaminhar o aluno em dificuldade psicopedagógica. A fala do participante do grupo focal corrobora esse dado: “O NAP funciona excelentemente bem, para mim. Eu já precisei por diversas vezes. Eu tenho vários alunos instáveis emocionalmente, que eu preciso deixar sempre em stand by” (Participante 9).

Outra fala reforça esse teor positivo da funcionalidade do atendimento, ressaltando que a parceria entre o NAP e o professor atua como um elemento de melhora das angústias do docente geradas pelas demandas dos alunos. A atuação do NAP é essencial ao suporte do discente e oferece ao docente uma perspectiva de compartilhamento das demandas dos alunos.

[...] já encaminhei vários alunos para o núcleo... E eu acompanho junto a orientação, também terapias, para psiquiatra, é... mas o NAP tem me ajudado muito nesse sentido. E é um apoio, porque para mim também é, eu preciso de muito apoio nessa área aí. (Participante 1).

Ainda que alguns núcleos reforcem sua vocação de acolhimento a toda comunidade universitária, os professores ainda acionam pouco o atendimento. Em alguns casos, os docentes desconhecem a vocação universal do NAP. Essa realidade é reafirmada pelo estudo de Roncaglia, Martins e Batista (2020) que denuncia a pouca inclusão dos demais atores da universidade, sendo o aluno o maior alvo dos movimentos dos núcleos. Um professor participante do grupo focal conta sobre sua experiência e faz questionamento que corrobora a afirmação das pesquisadoras.

A gente é comunicado dos alunos que tem problema auditivo, tem transtorno de aprendizado. Teve uma que pedia para discutir as coisas mais próximo com ela. Foi uma única nesse tempo todo. Perda de audição, dificuldade de audição, os primeiros dois casos foram on-line. E aí eu tinha que falar pausadamente para eles poderem, apesar de eles não precisarem de fazer libras, né? Eles precisavam ler o lábio e tal, mas foi tranquilo. Essas duas alunas eu fiquei meio assim, eu conversei com o coordenador, tem o NAP se eu não me engano, que acompanha os alunos. Mas quem acompanha os professores numa situação dessas, né? Então eu sinto falta dessa discussão, dessa troca de experiência, troca de informação. (Participante 10).

A fala do docente marca uma certa percepção de desamparo em relação as suas angústias pessoais. O apoio ofertado ao aluno tranquiliza o professor, porém percebe-se que essa lógica se mantém como um suporte indireto ao docente. A lógica de acolhimento é global no núcleo

da universidade em estudo, ainda que os professores desconheçam essa possibilidade²¹ Chama a atenção o fato de outros participantes não trazerem a mesma demanda. Alguns docentes relataram buscar em sua trajetória ferramentas de suporte individual como terapias e estudos de aperfeiçoamento em saúde mental.

Outra Ideia Central importante para a compreensão do tema pesquisado demonstrou que a mentoria é uma ferramenta que vem mediando a relação entre professores não mentores e o NAP quando o assunto é o encaminhamento do aluno em sofrimento. Essa pontuação reforça a ideia de que a mentoria é extremamente importante no contexto de proteção ao aluno, mas possivelmente não é o momento em que as identificações da depressão e da ansiedade são mais realizadas. O modelo presente dentro da Universidade X prevê encontros frequentes e de curta duração. Segundo o preconizado, os alunos e mentores se reúnem, em média, uma vez ao mês, em períodos de uma hora. O modelo permite que o mentor conheça melhor a trajetória do discente, mas não necessariamente consiga avaliar de forma profunda a saúde mental de seu mentorado, ainda que os grupos tenham cerca de dez alunos. Segundo um participante mentor do grupo focal, a lógica da mentoria está para além do espaço de atuação do mentor. E completa:

Isso porque um mentor não dá conta, porque às vezes o mentor tem um encontro a cada, sei lá, uma vez por mês e o professor está ali toda a semana. Então ele percebe. Não ia funcionar se a gente não cultivasse isso, de todos serem mentores de todos, de ter aquela tradição do cuidado né? Das pessoas cuidarem uma das outras, dos professores cuidarem dos alunos. (Participante 8).

Percebe-se pela fala do docente que a ideia de mentoria ultrapassa o conceito de meros encontros, nos quais os discentes receberão suporte sobre a carreira médica. A mentoria é uma forma de se enxergar o cuidado ao aluno e ofertar um espaço de discussão. A importância desse processo está correlacionada a uma visão que alcançaria toda a universidade. Existe, portanto, uma ideia que perpassa todas as instâncias da instituição e tornaria o cuidado direcionada ao aluno mais efetivo. Essa mentalidade foi nomeada por Silveira *et al* (2021) como “cultura do *mentoring*”. A cultura do *mentoring* seria marcada pela formação de um novo discurso que serviria de crítica ao modelo de formação médico considerado tradicional, além disso, permitiria a criação de uma “cultura do cuidado” que estaria presente em toda universidade.

²¹ O regimento do NAP da Universidade X prevê atendimentos aos professores.

Uma atuação ampliada do núcleo também surgiu como Ideia Central ao se considerar os discursos dos professores. Essa constatação permitiu perceber que as duas ferramentas, NAP e Mentoria, atuam de forma sinérgica e a cultura do cuidado não pode ser, portanto, associada apenas a atuação do *mentoring*. A própria prerrogativa do cuidado ampliado faz com que ambos os recursos sejam encarados como parte da mesma política em saúde mental sustentada pela instituição. A capilaridade em relação a atuação no sofrimento mental dos alunos iniciaria na atuação próxima de professores e de mentores. A partir da identificação da alteração apresentada pelo aluno, esse seria acolhido pelos docentes, e já encaminhado ao núcleo. A velocidade de atuação e a valorização desses achados seriam os responsáveis por grande parte do sucesso dessa política. Essas características ficam evidentes na seguinte fala do professor:

[...] eu ressalto esse dinamismo, porque o tempo é agora. Resolve seu momento de crise e depois você volta, não tem isso. Você vai preencher um protocolo e vê se tem vaga. Não tem isso. É sem amarra. No nosso ambiente de trabalho, ou seja, no consultório, seja na UNIVERSIDADE X mesmo é o ponto só de você ter a oportunidade, é uma rede muito amarrada, uma rede extensa, uma rede não tão oficial de pessoas que acolhem e que também participam direta ou indiretamente. Mas que funciona nesse sentido. (Participante 9).

Todo esse movimento pode esbarrar em uma questão trazida por um docente durante sua fala em relação a atuação do Núcleo. Segundo o relato transcrito abaixo, alguns alunos teriam dificuldade em reconhecer o sofrimento e aceitar a ajuda ofertada pela instituição. Segundo o docente: “Tem casos que a gente manda e o aluno não vai, tem alunos que não aceitam a abordagem, infelizmente.” (Participante 7).

Essa percepção do docente é reforçada por um estudo conduzido por Curtis (2010). Segundo a pesquisadora, os jovens que se encontraram em sofrimento mental, principalmente aqueles com ideiação de autoextermínio tendem a procurar ajuda para terceiros, mas evitam buscar ajuda para si mesmo. Além disso, esses jovens estariam mais propensos a procurarem suporte entre familiares e amigos, do que de serviços especializados.

Em resposta a essa posição, um dos participantes do grupo demonstrou investir em um discurso que teria como finalidade investir na naturalização da temática de saúde mental, inclusive deixando espaço para que os alunos falem de suas próprias questões. Segundo ele:

Tem sempre um ponto dos GDs²² que eles começam a falar das experiências deles, dos casos que tem na família, do próprio acompanhamento em saúde mental. E acho que umas das coisas que eu tento adotar como estratégia é dar espaço para isso, né? Falar disso, é algo que já acontece um pouco na internet, que vem acontecendo essa naturalização sobre o falar da saúde mental, mas que as vezes ligado de uma forma identificatória é tão difícil de dizer, né? Eu tomo remédio, eu faço terapia, e que isso possa ser dito ali sem que haja um atravessamento do espanto. (Participante 6).

O próprio espaço da mentoria seria local importante de debate dessa temática. O aluno compreender que pode contar com a IES e que suas angústias tem lugar dentro desse espaço é fundamental para que ele conte com a estrutura ofertada. A própria lógica do autocuidado deve ser estimulada nesse espaço e demonstrado que o cuidar do outro somente é possível quando o profissional também se permite ser cuidado.

O suporte ao aluno e aos integrantes da universidade de medicina está diretamente correlacionado a percepção de docência pelo professor, além das políticas de saúde mental organizadas pelo IES. A integração entre professor, mentor, Núcleo Psicopedagógico é fundamental e permite que o discente em sofrimento possa receber o suporte adequado.

A atuação de cada um desses aparatos possui sua especificidade e seu grau de complexidade, mas está no coletivo sua força. Associado a essa disponibilidade de apoio há uma necessidade, cada vez maior, que o aluno compreenda seu quadro e procure por auxílio. Professores e mentores atentos são, certamente, as ferramentas de partida de qualquer política de saúde mental de um curso de medicina, afinal estão na linha de frente junto ao aluno.

²² GD é um grupo artificial, convocado em função dos objetivos da pesquisa e controlado pelo pesquisador. Noutros termos, a finalidade do grupo reside em recuperar a participação ativa do sujeito na pesquisa, outorgando-se a liberdade para expressar sua opinião sobre o sentido de suas ações relacionadas à sua vida cotidiana (GODOI, 2015, p. 635).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O final dessa pesquisa traz algumas questões importantes sobre o adoecimento psíquico dos alunos do curso de medicina. O transtorno depressivo e o sofrimento mental tem sido elementos comuns na dinâmica dos estudantes desse curso. Essa realidade não pode, portanto, ser esquecida ou negligenciada pelas IES. A falta de uma política em saúde mental que padronize o suporte ofertado pelas Universidades, faz com que cada instituição estabeleça seu modelo e sua lógica de acolhimento. Após a análise dos projetos pedagógicos dos cursos da Região Metropolitana de Belo Horizonte foi possível perceber a heterogeneidade das ofertas de suporte, sendo a pluralidade a tônica em um assunto de grande relevância.

Ferramentas como a tutoria e a mentoria buscam, em seu cerne, aumentar o suporte ofertado aos alunos, trazendo temas sensíveis ao desenvolvimento do discente em sua carreira estudantil e profissional em formação. O modelo de tutoria marcado por uma matéria única se diferencia da mentoria que tem como medida o acompanhamento do aluno por um professor durante toda a graduação. Essa maior proximidade poderia trazer ao mentor uma maior responsabilidade na identificação e na condução de transtornos mentais.

A pesquisa demonstrou, contudo, que a proximidade do mentor facilita a condução do caso, mas não necessariamente a identificação do transtorno depressivo. O modelo atual da Universidade X prevê um *mentoring* com encontros frequentes, porém curtos. Dessa forma, o professor não mentor acaba permanecendo por mais tempo com o estudante, mesmo que o período de aula seja considerado curto.

A mentoria foi percebida pelos participantes da pesquisa como um elemento de conexão entre o estudante em sofrimento e o NAP. Após o encaminhamento, o mentor continuará o acompanhamento desse aluno de forma mais próxima, dando seguimento aos cuidados definidos em conjunto com o núcleo. Percebe-se, portanto, que o professor tem grande importância na identificação, enquanto, que o mentor atua de forma mais consistente na condução e no acompanhamento junto ao NAP.

A mentoria, além da condução de casos, também foi citada como responsável pela criação de um sentimento de cuidado que se estenderia por toda a universidade. Esse movimento ficou conhecido por “cultura de *mentoring*” e marcaria uma posição da instituição em relação ao suporte. Segundo os próprios participantes mentores, essa ideia é que torna a atuação dos

professores na identificação possível, uma vez que traz ao docente um senso de responsabilidade compatível ao do mentor.

As atividades realizadas pelo mentor e o suporte ofertado pelo NAP foram amplamente citadas pelos professores dos grupos focais como elementos indivisíveis de cuidado. Nessa lógica não haveria suporte adequado com apenas uma das ferramentas. A ideia sustentada é que cada uma das ações oferte em sua especificidade uma parte do cuidado.

A atuação de professores em turmas práticas e de tamanho reduzido também se mostrou mais favorável no processo de identificação pelo professor do transtorno mental do aluno. Ainda que a turma reduzida seja fundamental, não é o único elemento facilitador desse processo segundo os participantes. Os professores exaltaram a importância do interesse do professor diante da temática e do seu aluno e reforçaram o impacto que a formação profissional e pessoal do docente tem sobre o aumento da capacidade de identificação.

Um participante fez uma reflexão correlacionando o adoecimento em saúde mental com a passagem de uma geração de jovens mais imatura. Para ele, os estudantes atuais apresentam maior dificuldade em lidar com as frustrações, não estando prontos a assumirem responsabilidades. Essa visão não foi partilhada por outros integrantes do grupo e nem citada no outro grupo. Essa reflexão vem sendo amplamente divulgada pela mídia geral, mas com pouco amparo nas mídias especializadas.

Ao se considerar todos os resultados apresentados na pesquisa, o *mentoring* demonstrou ser um grande destaque na oferta de cuidado, mesmo o professor sendo o principal identificador dos transtornos depressivos entre os estudantes. Além disso, a atuação dessa ferramenta permitiu que o tema da saúde mental circulasse de forma mais orgânica dentro da IES, criando uma lógica de cuidado ampla e acessível. O *mentoring*, contudo, não é capaz de ofertar todo o suporte necessário quando pensado isoladamente.

A criação de uma política pública governamental direcionando a saúde mental nas universidades, poderia ser de grande valia no enfrentamento dessa realidade marcada pelo adoecimento dos alunos de medicina. Uma sugestão seria validar os cursos ou renovar seus credenciamentos, apenas na vigência de uma estrutura mínima de suporte marcada por mentorias e Núcleos de Apoio Psicopedagógicos. Atualmente esse aparato aumenta a nota da

instituição durante a avaliação responsável pela autorização de funcionamento, mas não representa uma medida de credenciamento do curso.

Por fim, a atuação do professor em casos de transtorno depressivo e em quadros ansiosos ainda é uma temática a ser mais explorada. Percebe-se a importância dessa área de pesquisa, mas os esforços estão mais direcionados a determinar elementos do adoecimento. Mais investimentos em estudos focando os docentes permitirá um aperfeiçoamento das práticas de suporte e a adoção de políticas públicas mais eficientes.

REFERÊNCIAS

- ABRÃO, Carolina Borges; COELHO, Ediane Palma; PASSOS, Liliane Barbosa da Silva. Prevalência de sintomas depressivos entre estudantes de medicina da Universidade Federal de Uberlândia. **Revista brasileira de educação médica**, v. 32, p. 315-323, 2008.
- AGUILAR-DA-SILVA, Rinaldo Henrique *et al.* Abordagens pedagógicas e tendências de mudanças nas escolas médicas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, p. 53-62, 2009.
- AMARAL, Geraldo Francisco do *et al.* Sintomas depressivos em acadêmicos de medicina da Universidade Federal de Goiás: um estudo de prevalência. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 30, p. 124-130, 2008.
- ANDRADE, João Brainer Clares de *et al.* Contexto de formação e sofrimento psíquico de estudantes de medicina. **Revista brasileira de educação médica**, v. 38, p. 231-242, 2014.
- AQUINO, Marco Túlio de. **Prevalência de transtornos mentais entre estudantes de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais**. 2012. 78 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.
- BATISTA, Nildo Alves; SILVA, Sylvia Helena Souza da. A função docente em medicina e a formação/educação permanente do professor. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 22, p. 31-36, 2020.
- BAYRAM, Nuran; BILGEL, Nazan. The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, v. 43, n. 8, p. 667-672, 2008.
- BRASIL. Ministério da Educação. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 jun. 2014. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 12 jul. 2022.
- BROCK, Ieda Maria. **Professores do curso de Medicina: os saberes e o exercício da docência**. 2015. 78 f. Dissertação (Doutorado) - Curso de Mestrado em Educação, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015.
- CARVALHO, Enderson Luiz Diolindo. **A escolha da profissão: um estudo sobre vocação médica**. 2017. 104 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2017.
- CAVESTRO, Julio de Melo; ROCHA, Fabio Lopes. Prevalência de depressão entre estudantes universitários. **Jornal brasileiro de psiquiatria**, v. 55, p. 264-267, 2006.
- CERCHIARI, Ednéia Albino Nunes; CAETANO, Dorgival; FACCENDA, Odival. Utilização do serviço de saúde mental em uma universidade pública. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 25, p. 252-265, 2005.
- CHAVES, Leandro Jerez *et al.* A tutoria como estratégia educacional no ensino médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, p. 532-541, 2014.

CID-10. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Tradução: Dorgival Caetano. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul, 1993.

CORDÁS, Táki Athanássios; EMILIO, Matheus Schumaker. **História da Melancolia**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2017.

COSTA, Nilce Maria da Silva Campos. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar?. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, p. 21-30, 2007.

CURTIS, Cate. Youth perceptions of suicide and help-seeking: ‘They’d think I was weak or “mental”’. **Journal of Youth Studies**, v. 13, n. 6, p. 699-715, 2010.

DA SILVA JUNIOR, Carlos Afonso Rocha; DE ARAÚJO CASTRO, Julyanna; VASCONCELOS, Any Carolina Cardoso Guimarães. Perfil do docente na formação de graduação médica no Piauí. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 15, p. 1-12, dez. 2021.

DE AZEVEDO FIDELIS, Gilmar Tadeu. A tutoria na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais: de um sonho necessário à construção. **Rev Med Minas Gerais**, v. 24, n. 4, p. 525-534, 2014.

DE OLIVEIRA ARAÚJO, Francisco Jonathan *et al.* Impact of Sars-Cov-2 and its reverberation in global higher education and mental health. **Psychiatry research**, v. 288, p. 112977, 2020.

DEL PORTO, José Alberto. Conceito e diagnóstico. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 21, p. 06-11, 1999.

DO CÉU ROLDÃO, Maria. Profissionalidade docente em análise-especificidades dos ensinos superior e não superior. **Nuances: estudos sobre educação**, v. 12, n. 13, 2005.

DUARTE, Yvone Magalhães (org.). **O suicídio e os desafios para a Psicologia**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2013.

FERREIRA, Chrystiano de Campos. **Formação e prática do professor de Medicina: ouvindo docentes dos cursos de Medicina de Porto Velho-RO**. 2014. 109 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado Profissional, Ensino em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, 2014.

FERREIRA, Roberto A. *et al.* O estudante de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais: perfil e tendências. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 46, p. 224-231, 2000.

FERREIRA, Silvana. A evolução do conceito de depressão no século XX: Uma análise da classificação da depressão nas diferentes edições do manual diagnóstico e estatístico da associação americana de psiquiatria (DSMS) e possíveis repercussões destas mudanças na visão de mundo. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 10, n. 2, 2011.

FIGUEIREDO, Marília Z. A.; CHIARI, Brasília M.; GOULART, Bárbara N. G. de. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa qualiquantitativa. **Distúrb Comun**, São Paulo, v. 25, n. 25, p. 129-136, abr. 2013.

FRANCO, Camila Ament Giuliani dos Santos; CUBAS, Marcia Regina; FRANCO, Renato Soleiman. Currículo de medicina e as competências propostas pelas diretrizes curriculares. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, p. 221-230, 2014.

- FREI, Esther; STAMM, Martina; BUDDEBERG-FISCHER, Barbara. Mentoring programs for medical students-a review of the PubMed literature 2000-2008. **BMC medical education**, v. 10, n. 1, p. 1-14, 2010.
- FREUD, Sigmund. (1915-17). Luto e melancolia. *In: Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, v. 14.
- GODOI, Christiane Kleinübing. Grupo de discussão como prática de pesquisa em estudos organizacionais. **Revista de Administração de Empresas**, v. 55, p. 632-644, 2015.
- GOMES, Andréia Patrícia; REGO, Sergio. Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem?. **Revista brasileira de educação médica**, v. 35, p. 557-566, 2011.
- GOMES, Vera Lúcia de Oliveira; TELLES, Kátia da Silva; ROBALLO, Evelyn de Castro. Grupo focal e discurso do sujeito coletivo: produção de conhecimento em saúde de adolescentes. **Escola Anna Nery**, v. 13, p. 856-862, 2009.
- GRANER, Karen Mendes; CERQUEIRA, Ana Teresa de Abreu Ramos. Revisão integrativa: sofrimento psíquico em estudantes universitários e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1327-1346, 2019.
- GUERRA, Francisco. **Historia de la medicina**. Madrid: Madrid Ediciones Norma, S.A., 1982.
- GUNDIM, Vivian Andrade *et al.* Saúde mental de estudantes universitários durante a pandemia de COVID-19. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 35, 2021.
- GUSMÃO, Sebastião. História da medicina: evolução e importância. **JBNC-Jornal Brasileiro de Neurocirurgia**, v. 15, n. 1, p. 5-10, 2004.
- HAHN, Michelle Selma; FERRAZ, Marcos P. Toledo; GIGLIO, Joel Sales. A saúde mental do estudante universitário: sua história ao longo do Século XX. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 23, p. 81-89, 1999.
- HASSOUN, Jacques. **A Crueldade Melancólica**. Tradução: Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.
- JIMÉNEZ-VASQUEZ, Mariela Sonia; FIAD, Silvia Miracy. Saberes docentes y ciclos de vida en profesores universitarios de Medicina: uma análise de suas trajetórias. **Revista Espaço do Currículo**, João Pessoa, v. 13, n. 1, p. 353-367, dez. 2020.
- KESSLER, Ronald C.; BORGES, Guilherme; WALTERS, Ellen E. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. **Archives of general psychiatry**, v. 56, n. 7, p. 617-626, 1999.
- KORO-LJUNGBERG, Mirka. Validity, responsibility, and aporia. **Qualitative inquiry**, v. 16, n. 8, p. 603-610, 2010.
- KRIPPENDORFF, K. **Metodologia de análisis de contenido: teoria e práctica**. Barcelona: Ediciones Paidós, 1990.
- LAMPERT, Jadete Barbosa *et al.* Tendências de mudanças em um grupo de escolas médicas brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, p. 19-34, 2009.

LEÃO, Andrea Mendes *et al.* Prevalência e Fatores Associados à Depressão e Ansiedade entre Estudantes Universitários da Área da Saúde de um Grande Centro Urbano do Nordeste do Brasil. **Revista brasileira de educação médica**, Brasília, v. 42, n. 4, p. 55-65, dez. 2018.

LEÃO, Paula Bertozzi de Oliveira *et al.* Well-being and help-seeking: an exploratory study among final-year medical students. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 57, p. 379-386, 2011.

Lefevre, Ana Maria Cavalcanti, Crestana, Maria Fazanelli e Cornetta, Vitória Kedy. **A utilização da metodologia do discurso do sujeito coletivo na avaliação qualitativa dos cursos de especialização "Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde-CADRUH", São Paulo - 2002.** Saúde e Sociedade [online]. 2003, v. 12, n. 2 [Acessado 25 Junho 2022], pp. 68-75. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902003000200007>>. Epub 17 Abr 2008. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902003000200007>.

LOPEZ, Mariane Ricardo Acosta *et al.* Depressão e qualidade de vida em jovens de 18 a 24 anos no sul do Brasil. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 33, p. 103-108, 2011.

MACHADO, Clarisse Daminelli Borges; WUO, Andrea; HEINZLE, Marcia. Educação médica no Brasil: uma análise histórica sobre a formação acadêmica e pedagógica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, p. 66-73, 2018.

MACHADO, Leonardo; NUNES, Rosália; CANTILINO, Amaury. Saúde mental do estudante de medicina: Realidade preocupante décadas após o trabalho pioneiro do Prof. Galdino Loreto. **Debates em Psiquiatria**, v. 8, n. 1, p. 42-50, 2018.

MACHADO, Maria Helena. Perfil dos Médicos no Brasil: análise preliminar. *In: Perfil dos médicos no Brasil: análise preliminar.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CFM-MS/PNUD, 1996. p. sp-sp.

MACLEOD, Sheona. **The challenge of providing mentorship in primary care.** Postgraduate Medical Journal, [S.L.], v. 83, n. 979, p. 317-319, 1 maio 2007. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/pgmj.2006.054155>

MAIA, Heros Aureliano Antunes da Silva *et al.* Prevalência de Sintomas Depressivos em Estudantes de Medicina com Currículo de Aprendizagem Baseada em Problemas. **Revista brasileira de educação médica**, Brasília, v. 44, n. 3, 2020.

MARQUES, Stela; OLIVEIRA, Thiago. Educação, ensino e docência: reflexões e perspectivas. **Reflexão e Ação**, v. 24, n. 3, p. 189-211, 2016.

MASETTO, Marcos Tarciso. **Professor Universitário: um profissional de educação na atividade docente.** 3. ed. São Paulo: Papirus, 1998.

MIGUEL, Euripedes Constantino; GENTIL, Valentim; GATTAZ, Wagner Farid. **Clínica Psiquiátrica: a visão do departamento e do instituto de psiquiatria do HCFMUSP.** Barueri: Manole, 2011.

MONTEIRO, Kátia Cristine Cavalcante; LAGE, Ana Maria Vieira. Depressão: uma 'psicopatologia' classificada nos manuais de psiquiatria. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 27, p. 106-119, 2007.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MOURA, Carina de Souza. **Teoria e prática na orientação educacional**: estudo para uma educação de sucesso. 2012. 42 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pedagogia, Avm Faculdade Integrada, Niterói, 2012.

NICOLAU, Karine; ESCALDA, Patrícia Maria; FURLAN, Paula Giovana. **Método do Discurso do Sujeito Coletivo e Usabilidade dos Softwares Qualiquantisoft e DSCsoft na Pesquisa Qualiquantitativa em Saúde**. *Fronteiras: Journal of Social, Technological and Environmental Science*, v. 4, n. 3, p. 87-101, 20 dez. 2015.

OLABUÉNAGA, José Ignacio Ruiz; ISPIZUA, María Antonia. **La descodificación de la vida cotidiana**: metodos de investigacion cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto, 1989.

OLLAIK, Leila Giandoni; ZILLER, Henrique Moraes. Concepções de validade em pesquisas qualitativas. **Educação e Pesquisa**, v. 38, p. 229-242, 2012.

PACHANE, Graziela Giusti. FORMACIÓN PEDAGÓGICA DE PROFESORES UNIVERSITARIOS: conclusiones de una experienciabrasileña. **Revista de La Educación Superior**, Distrito Federal, v. , n. 143, p. 119-132, set. 2007.

PACHECO, Joao P. et al. Mental health problems among medical students in Brazil: a systematic review and meta-analysis. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 39, p. 369-378, 2017.

PADOVANI, Ricardo da Costa et al. Vulnerabilidade e bem-estar psicológicos do estudante universitário. **Revista brasileira de terapias cognitivas**, v. 10, n. 1, p. 02-10, 2014.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista brasileira de educação médica**, v. 32, p. 492-499, 2008.

PEREIRA, Douglas Vinícius Reis et al. Mapping of medical schools: the distribution of undergraduate courses and annual vacancies in Brazilian cities in 2020. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, 2021.

PERIM, Gianna Lepre et al. Desenvolvimento docente e a formação de médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, p. 70-82, 2009.

RAMOS-CERQUEIRA, Ana Teresa de Abreu; LIMA, Maria Cristina Pereira. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 6, p. 107-116, 2002.

RIBEIRO, Maria das Graças Santos et al. Reflexões sobre o papel do docente no sofrimento psíquico do estudante de Medicina da UFMG. **Revista Médica de Minas Gerais**, 2016.

RIOS, Izabel Cristina; SIRINO, Caroline Braga. A humanização no ensino de graduação em medicina: o olhar dos estudantes. **Revista brasileira de educação médica**, v. 39, p. 401-409, 2015.

RISTOFF, Dilvo. O novo perfil do campus brasileiro: uma análise do perfil socioeconômico do estudante de graduação. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas)**, v. 19, p. 723-747, 2014.

RODRIGUES, Avelino Luiz. Stress, trabalho e doenças de adaptação. *In*: FRANÇA, Ana Cristina Limongi; RODRIGUES, Avelino Luiz. **Stress e trabalho**: guia básico com abordagem psicossomática. São Paulo: Atlas, 1997.

RONCAGLIA, Larissa Petta; MARTINS, Ana da Fonseca; BATISTA, Cássia Beatriz. Serviços de apoio aos estudantes de Medicina: conhecendo alguns núcleos em universidades públicas brasileiras. **Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, v. 5, n. 9, p. 664-682, set. 2020.

ROSAL, Milagros C. *et al.* A longitudinal study of students' depression at one medical school. **Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges**, v. 72, n. 6, p. 542-546, 1997.

ROUSSEAU, George. Depression's forgotten genealogy: notes towards a history of depression. **History of Psychiatry**, v. 11, n. 41, p. 71-106, 2000.

SANTOMAURO, Damian F. *et al.* Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. **The Lancet**, v. 398, n. 10312, p. 1700-1712, 2021.

SANTOS, Boaventura de Sousa; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **A universidade no século XXI: para uma universidade nova**. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2008.

SANTOS, Carolina Marins. Visão sobre depressão sofreu transformações ao longo da história. **Jornal da USP**, São Paulo, 18 jan. 2017. Ciências da Saúde. Disponível em: <<https://jornal.usp.br/ciencias/visao-sobre-depressao-sofreu-transformacoes-ao-longo-da-historia/>>. Acesso em: 10 nov. 2020.

SILVA, Lidiane Rodrigues Campêlo da *et al.* Pesquisa documental: alternativa investigativa na formação docente. In: **Congresso Nacional de Educação EDUCERE**, IX, Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia, III, 2009, Curitiba, p. 4554-4566.

SILVA, Nelma Albino da. **A importância da afetividade na relação professor-aluno**. 2013. 44 f. Monografia (Graduação em Pedagogia) – Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

SILVEIRA, Renato Diniz *et al.* O Programa de Mentoring da PUC Minas: relato de experiência. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, 2021.

SOUZA, José Edimar de. **O ensino em Novo Hamburgo/RS nas memórias de professores**. 2. ed. Caxias do Sul: Educs, 2020.

TEIXEIRA, Anísio. **Ensino superior no Brasil: análise e interpretação de sua evolução até 1969**. Rio de Janeiro: EDUFRRJ, 2005.

TONELLI, Edward. **Escolas médicas**. **Boletim UFMG**, Belo Horizonte, ano 42, n. 1942, 30 mai. 2016, Opinião. Disponível em: <<https://www.ufmg.br/boletim/bol1942/2.shtml>>. Acesso em: 27 mar. 2021.

TRAD, Leny A. Bomfim. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009.

TREVISÓ, Patrícia; COSTA, Bartira Ercília Pinheiro da. The perception of professionals from the health area regarding their training as lecturers1. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 26, n. 1, abr. 2017.

VASCONCELOS, Tatheane Couto de *et al.* Prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, p. 135-142, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) *et al.* **Depression and other common mental disorders: global health estimates.** World Health Organization, 2017. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/W?sequence=1>>. Acesso em: 25 out. 2020.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) para o Grupo Focal

Título do Projeto: O reconhecimento do transtorno depressivo entre os alunos do curso de Medicina por professores e mentores – FAE/UFMG

Prezado Senhor (a),

Este Termo de Consentimento pode conter palavras que você não entenda. Peça ao pesquisador que explique as palavras ou informações não compreendidas completamente.

1) Introdução

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa que estudará como professores do curso de medicina identificam o transtorno depressivo entre os alunos. O objetivo do projeto é analisar se os professores do curso de medicina identificam o transtorno depressivo entre os alunos e como essa identificação tem sido percebida por professores e mentores.

2) Procedimentos do Estudo

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de um grupo focal sob coordenação dos pesquisadores que será constituído por 15 professores voluntários pertencentes ao curso de medicina da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (Campus Betim). O grupo focal será conduzido a partir de um roteiro, ocorrerá em um único encontro e, devido ao contexto de pandemia, por meio eletrônico, por programa ainda a ser definido. Ressalta-se que os (as) participantes serão contatados para maiores informações sobre condições da realização do grupo com a data, o horário e o programa a ser utilizado. A duração do grupo está prevista para no mínimo 90 minutos a no máximo 180 minutos e o diálogo será gravado para ser transformado em texto, o que possibilitará uma maior dedicação de todos no processo grupal. Você autoriza a gravação em áudio e vídeo dessa pesquisa, bem como a utilização dos depoimentos para fins científicos e de estudos? SIM _____ NÃO _____

3) Riscos e desconfortos

Entre os riscos possíveis presentes nessa pesquisa destacam-se: percepção subjetiva de invasão de privacidade; desconforto gerado pela discussão de questões sensíveis; percepção de sentir-se discriminado e/ou estigmatizado a partir da discussão; tomada tempo do sujeito ao responder ao participar do grupo focal. Tentando evitar ou diminuir qualquer incômodo

gerado pela pesquisa, seu nome ou qualquer outro indício de identificação não serão divulgados, e mesmo que você se sinta prejudicado poderá a qualquer momento pedir que sua participação seja retirada do trabalho. Caso haja algum impacto psicológico importante, o participante será acolhido e encaminhado para o Núcleo de Apoio Psicopedagógica da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais do Campus Betim. Em caso de danos provenientes da pesquisa, o participante poderá buscar indenização nos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

4) Benefícios

Com esta pesquisa, além da construção objetiva da dissertação de mestrado em Educação, espera-se contribuir com as políticas públicas de saúde mental na universidade e no implemento de medidas que proporcionem melhor abordagem de professores em relação ao transtorno depressivo presentes nos alunos de medicina.

5) Custos/Reembolso

Você não terá nenhum gasto com a sua participação no estudo e não receberá pagamento por ele.

6) Caráter Confidencial dos Registros

A entrevista será gravada por intermédio de gravador de áudio e sua identidade será mantida em sigilo. Dessa forma, você não será identificado quando o material de seu registro for utilizado, seja para propósitos de publicação científica ou educativa. Os originais das gravações e transcrições serão guardados por cinco anos e qualquer parte da pesquisa que entre em desacordo com a sua pessoa poderão ser retirados do relatório final segundo a sua solicitação. O material e os dados da pesquisa, contendo gravações, fichas individuais e todos os demais documentos utilizados para a coleta de dados serão armazenados em local seguro, sob responsabilidade dos pesquisadores, conforme resolução 466/12.

Os resultados do estudo serão sempre apresentados como o retrato de um grupo e não de uma pessoa. Dessa forma, você não será identificado quando o material de seu registro for utilizado, seja para propósitos de publicação científica ou educativa.

7) Participação

Sua participação neste estudo é voluntária e muito importante. Esse Termo de Consentimento será assinado em duas vias, uma do participante e a outro do pesquisador. A aplicação do TCLE será no formato remoto, o participante receberá a via assinada pelo pesquisador pelo seu e-mail institucional, junto ao questionário. Para a participação no grupo focal, é importante que o participante devolva uma cópia assinada. Você tem o direito de não querer participar ou de sair deste estudo a qualquer momento, sem penalidades ou perda de qualquer benefício ou cuidados a que tenha direito nesta instituição. Você também pode ser desligado do estudo a qualquer momento sem o seu consentimento nas seguintes situações: (a) você não use ou siga adequadamente as orientações/tratamento em estudo; (b) você sofra efeitos indesejáveis não esperados; (c) o estudo termine. Em caso de você decidir retirar-se do estudo, favor notificar os pesquisadores que estejam acompanhando-o.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), sob o número _____, que poderá ser contatado em caso de questões éticas, pelo telefone (31)3409-4592 ou e-mail coep@prpq.ufmg.br.

Os pesquisadores responsáveis pelo estudo poderão fornecer qualquer esclarecimento sobre o estudo, assim como tirar dúvidas, bastando contato no seguinte endereço e/ou telefone: (31) 3409-5344

Nomes dos pesquisadores: Prof^a. Dra. Adriana Araújo Pereira Borges, Prof^o. Dr. Renato Diniz Silveira e Carlos Eduardo Resende Sampaio. Endereço: Faculdade de Educação/FAE da UFMG, sala 1519, localizada na Av. Antônio Carlos, 6627, Campus Pampulha em Belo Horizonte. E-mail: carlosresendesampaio@gmail.com

8) Declaração de Consentimento

Li ou alguém leu para mim as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de consentimento. Declaro que toda a linguagem técnica utilizada na descrição deste estudo de pesquisa foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmo também que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Compreendo que sou livre para me retirar do estudo em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade.

Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo.

Nome do participante Assinatura do participante

_____, /___/2021.

(Local e data)

Obrigado pela sua colaboração e por merecer sua confiança.

Prof.^a Dr.^a Adriana Araújo Pereira Borges

Prof. Dr. Renato Diniz Silveira

Carlos Eduardo Resende Sampaio

APÊNDICE B – Roteiro de questões disparadoras

Iniciação do grupo focal: Apresentação da proposta de pesquisa ao participante do grupo focal, evidenciando os objetivos e os referenciais norteadores.

Proposta central:

Vamos conversar sobre o seu contato com alunos com sofrimento mental, mais especificamente o transtorno depressivo.

Fase de Discussão

Perguntas disparadoras do grupo focal

- 1) Por que vocês escolheram a docência?
- 2) Vocês já fizeram uma formação em didática, ou alguma outra formação para auxiliar na docência?
- 3) Como vocês se relacionam com os alunos do curso de medicina? É uma relação que pode ser considerada formal ou informal? Tentem discorrer sobre isso
- 4) Vocês já perceberam algum sinal de que determinado aluno (a) não estava bem? Como vocês agiram?
- 5) Como os Srs. entendem o momento atual em relação a saúde mental dos alunos?
- 6) Os Srs. já encaminharam algum aluno com transtorno depressivo para os núcleos de apoio psicopedagógicos? Como isso aconteceu?
- 7) Os Srs. consideram importante a atuação dos mentores? Em que ela contribui na formação dos alunos? E na saúde mental deles?
- 8) Como os Srs. avaliam a atuação dos Núcleos de Apoio Psicopedagógicos?

APÊNDICE C – Questionário

O reconhecimento do transtorno depressivo entre os alunos de um curso de Medicina por professores e mentores.

Estamos realizando uma pesquisa com o objetivo de coletar informações dos(as) professores(as) do curso de medicina, atuantes na Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (Campus Betim), sobre a percepção dos professores e mentores em relação aos transtornos depressivos entre os alunos. O questionário que você está sendo convidado a responder traz questões sobre sua formação. Nesse momento, interessa tragar o perfil dos professores do curso de medicina da PUC/Betim. No final do questionário, você será convidado a cooperar na etapa 2, que consiste na participação em um grupo focal. A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, através do parecer número 5.078.839. Abaixo, consta o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Solicitamos que leia atentamente o Termo.

Você está sendo convidado a responder um questionário autoaplicável, realizado através da Plataforma do Google Forms, referente a pesquisa intitulada “O reconhecimento do transtorno depressivo entre os alunos do curso de Medicina por professores e mentores”. O objetivo desta pesquisa é analisar, a partir de uma amostra, como professores do curso de medicina da Universidade X identificam o transtorno depressivo entre os alunos. Sua participação é voluntária, você não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação. O questionário não carece da sua identificação, portanto, sua resposta será computada de maneira sigilosa. No final do questionário, você será perguntado se deseja participar de um grupo focal que retomará as questões da pesquisa. Assim como no questionário, essa participação é voluntária e suas respostas no questionário não implicam na participação no grupo focal. “Dessa forma, você não será identificado quando o material de seu registro for utilizado, seja para propósitos de publicação científica ou educativa. Os resultados serão divulgados exclusivamente para fins científicos e os dados da pesquisa serão armazenados em local seguro, sob responsabilidade das pesquisadoras, por pelo menos 5 (cinco) anos, conforme Resolução 466/12. Como os dados têm caráter digital, serão armazenados nos sistemas de computadores dos pesquisadores e da linha de pesquisa.

Visando minimizar os impactos sofridos pelos(a) colaboradores(as) frente às reflexões, recordações e expectativas provocadas pela pesquisa, pretendeu-se elaborar perguntas bem estruturadas, bem como fornecer o maior número de informações, almejando diminuir, de

antemão, os possíveis riscos desta pesquisa. Além disso, pode existir um desconforto ou cansaço ao preencher o questionário, portanto foi estimado o tempo de 10 minutos para conclusão. É importante que os participantes guardem uma cópia digital de suas participações. Para qualquer outra informação ou assistência você pode entrar em contato com o pesquisador Carlos Eduardo Resende Sampaio através do e-mail: carlosresendesampaio@gmail.com que está sendo orientado pela Profa. Dra. Adriana Araújo Pereira Borges e coorientado pelo Prof. Dr. Renato Diniz Silveira. No caso de dúvidas éticas, você poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa, localizado na Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II, 2º andar-sala 2005, Campus Pampulha em Belo Horizonte, telefone (31)34094592.

A análise dos questionários permitirá conhecer melhor o perfil dos docentes participantes, bem como sua formação e sua atuação como professor. Contamos com sua colaboração e esperamos que você responda as questões de acordo com sua realidade e com sua prática. Desde já, agradecemos a sua participação.

1. Você concorda em participar desta pesquisa? *
Marcar apenas uma opção.

Sim

Não

2. Qual o seu e-mail? *

INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE SUA VIDA PROFISSIONAL

3. Qual a sua idade? *
Marcar apenas uma alternativa.

20 a 29 anos

30 a 39 anos

40 a 49 anos

50 a 59 anos

60 nos ou mais

4. Atua em sua atividade de origem há quanto tempo? (Anos) *
Marcar apenas uma alternativa.

1-2

2-4

4-8

8-16

16 ou mais

5. Qual sua área de atuação? (Especialidade, no caso da medicina).

6. Em qual instituição de Ensino Superior se graduou? *

7. Possui formação complementar? *

Marcar tudo o que for aplicável.

Residência

Mestrado

Doutorado

Pós-graduação

Nenhuma formação complementar

8. Caso tenha marcado alguma formação complementar na pergunta anterior, favor especificar as instituições.

9. Possui alguma formação específica no campo de Saúde Mental ou teve acesso a conhecimentos da área?

Marcar apenas uma opção.

Sim

Não

10. Caso tenha respondido sim na pergunta anterior, especificar qual a sua formação.

INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE SUA VIDA ACADÊMICA

11. Leciona há quanto tempo? (Semestres) *

Marcar apenas uma opção.

1-2

2-4

4-8

8-16

16-32

Mais de 32

12. Atualmente dá aula em qual(ais) Período(s)? *

Marcar tudo o que for aplicável.

1º Período

2º Período

3º Período

4º Período

5º Período

6º Período

7º Período

8º Período

9º Período

10º Período

11º Período

12º Período

13. Já atuou em quais instituições de Ensino Superior como professor? *

14. Tem experiência ou tem atuado como mentor? *

Marcar apenas uma opção.

Sim

Não

CONCORDÂNCIA EM PARTICIPAR DA SEGUNDA ETAPA DO PROJETO

A segunda etapa do projeto consiste na participação de um grupo focal (tipo de entrevista em grupo, baseada na comunicação e na interação dos participantes) sobre a saúde mental de alunos, com data e horários a serem definidos.

Estima-se que a atividade dure entre 60 e 90 minutos.

15. Deseja participar da segunda fase dessa pesquisa? *

Marcar apenas uma OPÇÃO.

Sim

Não