



Ana Luíza Funghetti

**SOFRIMENTO PSÍQUICO EM ESTUDANTES DE
MEDICINA: UMA LEITURA PSICANALÍTICA PARA
UMA EDUCAÇÃO HUMANIZADORA**

Passo Fundo

2025

Ana Luíza Funghetti

**SOFRIMENTO PSÍQUICO EM ESTUDANTES DE
MEDICINA: UMA LEITURA PSICANALÍTICA PARA
UMA EDUCAÇÃO HUMANIZADORA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, do Instituto de Humanidades, Ciências, Educação e Criatividade, da Universidade de Passo Fundo, como requisito para obtenção do título de mestre em Educação, sob a orientação do professor Dr. Angelo Vitório Cenci e da coorientação da professora Dra. Simone Bicca Charczuk.

Passo Fundo

2025

CIP – Catalogação na Publicação

F981s Funghetti, Ana Luíza
Sofrimento psíquico em estudantes de medicina
[recurso eletrônico] : uma leitura psicanalítica para uma
educação humanizadora / Ana Luíza Funghetti. – 2025.
1 MB ; PDF.

Orientador: Prof. Dr. Angelo Vitório Cenci.
Coorientadora: Dra. Simone Bicca Charczuk.
Dissertação (Mestrado em Educação) –
Universidade de Passo Fundo, 2025.

1. Educação humanística. 2. Estudantes de medicina.
3. Formação profissional. 4. Sofrimento - Aspectos
psíquicos. I. Cenci, Angelo Vitório, orientador.
II. Charczuk, Simone Bicca, coorientadora. III. Título.

CDU: 37:61

Catalogação: Bibliotecária Jucelei Rodrigues Domingues - CRB 10/1569

Ana Luíza Funghetti

Sufrimento psíquico em estudantes de Medicina: uma leitura psicanalítica para
uma educação humanizadora

A banca examinadora abaixo, APROVA em 30 de junho de 2025, a Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de Passo Fundo, como requisito de exigência para obtenção de grau de Mestre em Educação na linha de pesquisa Fundamentos da Educação.

Dr. Angelo Vitório Cenci Orientador
Universidade de Passo Fundo - UPF

Dra. Roselene Ricachenevsky Gurski
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

Dr. Marcelo José Doro
Universidade de Passo Fundo - UPF

AGRADECIMENTOS

Foram muitos os amigos que me acompanharam neste estudo, emprestando seu olhar, sua atenção, sua escuta e suas palavras, sem as quais o caminho teria sido muito solitário.

Dentre estes, agradeço ao Dr. José Ivo Scherer e ao Dr. Gilberto Borges Bortolini, por acreditar em uma nova experiência pedagógica.

À equipe do Instituto de Humanidade, Ciências, Educação e Criatividade (IHCEC) pelo acolhimento e pelo espaço de aprendizagem no universo acadêmico.

Aos orientadores, Dr. Angelo Vitorio Cenci e Dra. Simone Bicca Charkzuk, por aceitarem o tema da pesquisa e pelo acompanhamento permanente.

À convidada externa da banca de qualificação Dra. Edilene Queiroz – Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP) e da banca de defesa Dra. Rose Gurski – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Aos professores e colegas do mestrado em educação, através da coordenadora Dra. Cleci Teresinha Werner e Chaline Barbosa pelas orientações e apoio. Aos “Marcelos”: o Doro e o Nolli pelas sugestões de leitura e pelo olhar aguçado ao texto.

Aos colegas da Universidade, Francisco Fianco, Larissa Kochenborger Behm, Patrícia Valerio pelas trocas, orientações e textos sugeridos.

Às pesquisadoras Daniela Bertol Graeff e Silvia Andreia Zanetti pelo grande apoio e parceria na pesquisa.

Aos colegas do grupo de estudos Fundamentos em Psicanálise: de Freud a Lacan, através da Márcia Goidanich, Lisiane Mella e Maria Lúcia Bandeira Vargas, pelas dicas, sempre atentas e preciosas.

Ao colega Ivan Dourado pela atenção dedicada.

Ao Ademar de Oliveira Marques, Lucas Funghetti Marques e Bruna Funghetti Marques, meus queridos ouvintes e apoiadores.

À Adriana Funghetti Menon e Thais Geraldi, pela delicadeza de sempre.

E à Lucy Linhares Fontoura por reavivar a esperança dos recomeços.

Vou me permitir fazer uma analogia com um provérbio africano que diz que “É preciso uma aldeia inteira para educar uma criança”. Acredito que, diante da complexidade deste fenômeno, que afeta a vida da juventude no momento de abertura ao aprender, também seja necessário mobilizar uma aldeia, para que juntos possamos repensar uma educação universitária e médica sem tanto atrelamento ao sofrimento humano.

Dedico este trabalho aos estudantes que participaram da pesquisa, principalmente aqueles que compareceram aos grupos focais, falando de suas histórias no curso e acreditando em seu depoimento como um caminho possível na construção de uma formação médica mais humanizadora.

“As pessoas não estão conosco pelo que somos, mas sim pelo efeito que causamos nela”.

Maria Livia Tourinho Moretto

RESUMO

O objetivo da presente dissertação é estudar o sofrimento psíquico do estudante de medicina durante a formação e ensaiar perspectivas para uma educação médica humanizadora. A pergunta diretriz é formulada do seguinte modo: como se manifesta o sofrimento psíquico na formação médica e que perspectivas são possíveis de serem pensadas na direção de uma formação humanizadora que considere e amenize tal sofrimento? Metodologicamente, a pesquisa constitui-se em um estudo de caso descritivo, a partir das evidências dos múltiplos estudos que tratam deste fenômeno. Como estratégia, (a) realizamos uma pesquisa bibliográfica exploratória, que fundamenta a problemática em estudo através das publicações existentes, (b) conduzimos um levantamento do perfil socioidentitário dos estudantes, por meio das informações coletadas mediante um formulário eletrônico Google e impresso, e (c), reunimos dados qualitativos utilizando a técnica de grupos focais mediante a qual os estudantes enunciaram suas vivências durante a formação e tiveram a oportunidade de falar sobre o que provoca sofrimento. O estudo, em seu primeiro passo, descreve experiências importantes na história da medicina, mostra o perfil do estudante na atualidade e detalha a construção do percurso metodológico nas três etapas planejadas. No segundo passo, articula a relação entre a formação dos estudantes de medicina, a saúde mental e o sofrimento psíquico, considerando alguns desafios advindos do modelo tradicional de formação. Ainda nesse passo, aprofunda-se aspectos da saúde mental dos estudantes e possibilidades para uma educação humanizadora, bem como o detalhamento dos resultados dos três grupos focais realizados, articulados ao ambiente de formação, às relações pedagógicas e humanas e à saúde mental. Em seu passo final, a pesquisa desenvolve a reflexão sobre a formação humanizadora orientada à formação médica em conformidade à compreensão da psicanálise e da educação. O estudo revelou que o sofrimento psíquico está presente na instituição e constitui-se um fenômeno multifatorial, relacionado à sobrecarga nos estudos, o que leva, em alguns momentos, o estudante a abrir mão de atividades pessoais, principalmente quando existe cobrança por excelente resultado. A investigação concluiu ainda que: a) o sofrimento não está associado a um local específico de prática, nem à complexidade das tarefas a serem aprendidas, mas tem como fator preponderante para seu desencadeamento a qualidade do vínculo estabelecido na relação com o professor; b) a existência de comportamento hostil e abusivo na relação pedagógica dificulta a aproximação do estudante ao professor, levando ao apagamento do sujeito; c) nos contextos de sofrimento psíquico o estudante se sente invisível e excluído, percebendo-se em uma relação coisificada; d) a falta de formação pedagógica de parte dos docentes e o discurso de poder afastam os estudantes do professor; e) quando possui formação pedagógica, o professor é percebido como o principal agente na construção da educação humanizadora, desempenhando seu papel com diálogo, escuta e compreensão, reconhecendo o estudante na sua diferença e subjetividade.

Palavras-chave: Sofrimento psíquico. Estudantes de medicina. Formação médica.

ABSTRACT

The objective of this dissertation is to study the psychological suffering of medical students during their training and to explore perspectives for a humanizing medical education. The guiding question is formulated as follows: how does psychological suffering manifest during medical training, and what perspectives can be considered towards a humanizing education that acknowledges and alleviates such suffering? Methodologically, the research is a descriptive case study based on the evidence from multiple studies addressing this phenomenon. As a strategy: (a) we conducted an exploratory bibliographic research, which grounds the issue under study through existing publications; (b) we carried out a survey of the socio-identity profile of students through information gathered via an electronic Google form and a printed version; and (c) we collected qualitative data using focus group methodology, through which students expressed their experiences during training and had the opportunity to discuss what causes suffering. In the first step, the study describes significant experiences in the history of medicine, shows the current profile of medical students, and details the construction of the methodological approach in the three planned stages. In the second step, it explores the relationship between medical students' education, mental health, and psychological suffering, considering some challenges arising from the traditional model of education. In this step, the study also delves into aspects of students' mental health and possibilities for humanizing education, along with a detailed presentation of the results from the three focus groups conducted, analyzing their connection to the learning environment, pedagogical and human relationships, and mental health. a) Suffering is not associated with a specific practice location, nor with the complexity of tasks to be learned, but its triggering factor is primarily the quality of the relationship with the professor; b) The existence of hostile and abusive behavior in the pedagogical relationship hinders the student's connection with the professor, leading to the erasure of the individual; c) In contexts of psychological suffering, students feel invisible and excluded, perceiving themselves in an objectified relationship; d) The lack of pedagogical training among some faculty members, combined with the discourse of power, distances students from the professor; e) When professors have pedagogical training, they are perceived as the primary agents in building a humanizing education, performing their role through dialogue, listening, and understanding, recognizing the student's individuality and subjectivity.

Keywords: Psychological distress. Medical students. Medical education.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Faixa etária dos estudantes.....	50
Gráfico 2 – Sexo dos estudantes.....	50
Gráfico 3 – Cor de pele dos estudantes.....	51
Gráfico 4 – Cidade de origem dos estudantes.....	51
Gráfico 5 – Religião dos estudantes.....	52
Gráfico 6 – Status de relacionamento dos estudantes.....	52
Gráfico 7 – Tipo de residência dos estudantes.....	53
Gráfico 8 – Número de estudantes bolsistas e pagantes.....	53

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	SITUANDO O TEMA EM ESTUDO	18
2.1	Experiências relevantes na história da medicina.....	18
2.2	Considerações sobre o tema, as expectativas e o perfil dos estudantes de medicina na atualidade	25
3	PERCURSO METODOLÓGICO	33
4	A FORMAÇÃO DO ESTUDANTE DE MEDICINA, SAÚDE MENTAL E SOFRIMENTO PSÍQUICO.....	40
4.1	Alguns desafios ao modelo tradicional de formação médica	41
4.2	Motivo da escolha do curso e perfil dos estudantes de medicina da instituição em estudo.....	47
4.3	O sofrimento psíquico em estudantes de medicina, a saúde mental e os desafios à formação médica	54
5	AMBIENTES DE FORMAÇÃO, RELAÇÕES PEDAGÓGICAS, RELAÇÕES HUMANAS E SAÚDE MENTAL SOB A ÓTICA DOS ESTUDANTES DE MEDICINA	65
5.1	Ambientes de formação.....	65
5.2	As relações pedagógicas e as relações humanas.....	74
5.3	A saúde mental.....	86
6	SAÚDE MENTAL, PSICANÁLISE E FORMAÇÃO HUMANIZADORA ORIENTADA À FORMAÇÃO MÉDICA.....	92
6.1	O que o sujeito da psicanálise nos aponta na compreensão da aprendizagem	95
6.2	O sujeito da psicanálise e a relação com a formação médica humanizadora	97
6.3	A formação médica humanizadora a partir do depoimento dos estudantes nos grupos focais	99
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	109
	REFERÊNCIAS	115
	APÊNDICE A – Roteiro perfil estudantes	124
	APÊNDICE B – Roteiro para o grupo focal – III e VI níveis.....	126
	APÊNDICE C – Roteiro para o grupo focal do internato	129
	APÊNDICE D – TCLE - Para todos os alunos da faculdade	132
	APÊNDICE E – TCLE para os níveis III, VI e internato.....	134

1 INTRODUÇÃO

“O sofrimento humano só é intolerável quando ninguém cuida”
Cicely Saunders.

O interesse em compreender o sofrimento psíquico nos estudantes universitários surgiu desde o retorno da pesquisadora a região sul do Brasil em setembro de 2012, atuando profissionalmente como psicoeducadora no atendimento a estudantes¹, por um período que beirou uma década. Entre as atividades, estava receber e acompanhar estudantes que apresentavam algum sintoma, quer de ordem da dificuldade na aprendizagem, quer de questões pessoais e/ou relacionais, que da mesma forma impactavam a aprendizagem. Algumas situações relacionadas ao motivo que deflagrava tamanho sofrimento nos intrigava, pensávamos se aquilo estaria constituído no estudante em função de alguma característica pessoal e, a partir da experiência acadêmica, diante às inúmeras exigências universitárias, os sintomas se acentuavam.

Através das múltiplas ações e projetos que a equipe de profissionais estruturou e ofereceu, foi possível o contato com os estudantes, em atendimentos individuais e trabalhos grupais nos vários cursos, em diferentes semestres da universidade, visitando as salas de aula ou em outros grupos que se formavam para participar de oficinas temáticas². Assim, pode-se perceber que a busca pelo conhecimento acadêmico, na construção do projeto de vida, mobiliza emoções e desafios, algumas vezes previsíveis diante do contexto de mudança e de novas experiências de aprendizagens. Porém, em outros momentos, este encontro mobiliza um mal-estar inesperado, que se manifesta em forma de sintomas como a ansiedade, os bloqueios na expressão verbal ou escrita, as dificuldades na aprendizagem e a depressão, que interferem no percurso acadêmico.

¹ O setor de atendimento ao estudante foi composto por uma equipe com diferentes formações na área da saúde e da educação, contando com mais de vinte profissionais integrados com professores e coordenadores da instituição que estavam atentos às diversas manifestações da vida acadêmica e, muitas vezes, pessoal dos estudantes, que impactavam seu desenvolvimento. Funcionou neste formato até 2021.

² Desenvolvemos oficinas temáticas, elencando aspectos de maior sofrimento expressos pelos estudantes atendidos, como as *Oficinas do Ser e Conviver*, que mediavam conflitos relacionais entre os diferentes atores em sala de aula; as *Oficinas de Comunicação, Expressão e Oratória*, que auxiliavam os alunos tímidos na expressão e na socialização; as *Oficinas de Liderança*, que refletiam junto dos estudantes que ingressavam em estágios e no mercado de trabalho e não sabiam como agir nas instituições e empresas onde os funcionários mais antigos e experientes desafiavam seu saber; a *Oficina de Meditação no Campus*, como recurso para aplacar a ansiedade; a *Pensando Meu Projeto de Pesquisa*, para os estudantes refletirem os aspectos do TCC; a *Escrita Sem Segredos*, voltada aos estudantes que não conseguiam desenvolver seus trabalhos; e a *Inteligência Financeira*, por solicitação de muitos que não conseguiam, neste novo momento de vida, administrar com equilíbrio seus recursos financeiros.

Não bastasse, algumas vezes, expõe o estudante a riscos em sua integridade emocional e física, necessitando de maior escuta e acolhimento e/ou encaminhamento psicoterapêutico. Percebíamos que, em alguns cursos, o sofrimento era mais intenso e em maior número de estudantes, o que fazia constantemente buscarmos os professores e a coordenação para diálogo e construção de saídas que minorassem tal realidade.

Em 2016, a equipe foi desafiada a acolher uma nova situação de sofrimento advinda do curso de medicina, que beirou ao extremo sofrimento de um estudante, envolvendo o risco de suicídio. Esta realidade nos convocou para maiores ações, como intensificar o atendimento psicológico e psiquiátrico de forma continuada dentro da unidade de formação médica, que se localizava em outro campus universitário, assim como oferecer oficinas de meditação em grupo aos estudantes, como forma de socialização, aprofundando o apoio em rede. A partir deste momento, nos dedicamos aos estudos sobre o que envolve a formação do “ser médico”, as exigências que permeiam tal área e seus impactos individuais e nos grupos.

Em contato com os estudantes de medicina, pode-se constatar uma realidade que apontava um número de sintomas emocionais superior comparado à média da população brasileira (Taniguchi *et al.*, 2022), como ansiedade, depressão e estresse, que comprometiam a rotina, o bem-estar e a saúde mental. Aprofundar tal realidade levou-nos a estruturar na instituição uma disciplina que objetivasse maior espaço de acolhimento aos estudantes, escutando como vivem as experiências desde a entrada no curso e nos principais momentos de crise, particularizando o que são as crises normativas ao novo momento e sua adaptação, das sintomáticas que geram maiores bloqueios emocionais. Em 2017, a pesquisadora, junto da gestão do curso de medicina, estruturou a disciplina de Psicologia Médica, articulada ao seminário interdisciplinar, já existente na instituição, idealizada por um professor de psiquiatria, que sentia a necessidade da escuta acolhedora aos estudantes, além de desenvolver temáticas que versassem sobre a formação humana. Atualmente faz parte da formação universitária do I ao IV nível, com o objetivo de possibilitar um espaço de fala e de escuta permanente, onde muitas questões desafiadoras podem ser dialogadas em sala de aula. Em alguns períodos também participamos da preparação para a entrada no internato e integramos a equipe de saúde mental durante a rotação no período do internato.

Quando as dificuldades se agravavam, o estudante também contava com o atendimento de uma psicóloga e um psiquiatra na própria unidade de atenção ao discente no referido curso.

A partir do embasamento teórico existente na psicologia médica e da nossa experiência teórica, advinda do campo da psicologia clínica, hospitalar, educacional e da psicanálise, construímos na disciplina de Psicologia Médica um espaço em sala de aula, em uma abordagem

a sensibilizar e compreender o ser humano na perspectiva das variáveis que o formam e influenciam em seu processo de desenvolvimento. Enfatizamos o olhar do estudante ao seu processo de formação, na sua relação com o outro, no fenômeno do adoecimento, contemplando a perspectiva pessoal, social, cultural e histórica. Refletimos sobre as subjetividades³, e que sua construção está para além de aprender a realizar uma técnica científica, premissa básica e orientadora em muitos cursos universitários da área médica, pois sujeito e doença se diferem. Destacamos o impacto dos conselhos de muitos professores para os estudantes serem fortes, que precisam sofrer para aprender e se tornar bons médicos, além de não se envolver emocionalmente, o que enfatiza o predomínio da racionalidade e constrói um permanente mal-estar e desconforto, talvez como um ideal discursivo na formação médica para uma juventude que não comunga destes valores, onde alguns conseguem questionar e fazer diferente, mas outros se alienam neste *modus operandi*.

Zaidhaft enfatiza ser comum conselhos como “não se envolva com os pacientes. Aprenda logo isso ou você vai sofrer tanto que vai largar o curso” (2019, p. 92), assim como a autorreferência como exemplo: “eu também passei por tudo isso, vocês vão superar” (Zaidhaft, 2019, p. 89). Esses sugerem mascarar indiretamente as fragilidades, criando uma ilusão onde todos são fortes, menos um, o que apresenta problemas e muitas vezes silencia. O reforço a essas ideias e comportamentos dificulta a aceitação da singularidade pessoal, que poderá ser ameaçadora. Negar a condição humana cria barreiras no ambiente e dificulta a convivência, fazendo com que não se reconheça no outro algo comum a todo ser humano, a fragilidade, que necessita ser entendida e não negada e jamais poderá ser controlada. “O ser humano ao sentir-se envergonhado, geralmente parece não encontrar nada para superar a sensação inconveniente. Ele experimenta uma sensação de impotência e decide retroceder, ou, ainda, o que é pior, fechar-se para os outros, para o mundo” (Deggerone, 2023, p. 72). Algumas vezes, em situações de muito entristecimento, o sujeito pode se responsabilizar por aquilo que não dá conta, acreditando que a fragilidade é algo pessoal e não comum à condição humana.

No espaço de sala de aula de Psicologia Médica, organizado em círculo, os estudantes se olham na mesma dimensão do professor, onde não tem um em destaque, acreditando que todos carregam um saber, “não é por acaso que é dito sobre o espaço, que juntamente com os

³ “Para contornar certa visão substancialista que o termo carrega inclusive etimologicamente (*sub jectum*), passou a utilizar a palavra ‘subjetividade’, evocando menos uma coisa e mais um topos, um lugar, uma morada, um ‘campo’ interior – uma ‘outra cena’ diz Freud, onde as experiências do sujeito são necessariamente confrontadas com a corporalidade e a intersubjetividade”. “O significante ‘subjetivação’ – do verbo subjetivar-se, fazer-se sujeito, construir-se – permite melhor se distanciar do perigo substancialista e incorporar à noção de sujeito aquela de processo, de ‘possibilidade de singularização’” (Di Matteo, 2007, p. 194).

alunos e o professor constitui o terceiro educador” (Hoyer, 2019, p. 146). Neste, são escutados em suas vivências, percepções, desafios, emoções, sentimentos, diferenças, ampliando a compreensão dos aspectos psicológicos, das crises por aquisição e mudanças, da doença dos outros, na interrelação estudante-médico-paciente.

Os desafios expressos através do mal-estar e do sofrimento em alguns estudantes, a partir da realidade que manifestam, revela um risco à saúde mental, ameaçada a partir de características existentes em um espaço tradicional de ensino-aprendizagem. Nesse local parece existir a negação do período de vida da adolescência em função de um modelo adulto a ser cumprido, que predispõe ao aparecimento de sintomas, talvez pela imaturidade e/ou urgência em amadurecer. Observa-se, algumas vezes, a apresentação de um discurso sobre um modelo formativo fechado com um determinado ideal de “ser médico”, onde existe um único caminho a seguir a fim de obter o mérito na construção profissional. Conhecer os estudantes, que durante a formação universitária evidenciam sofrimento psíquico a ponto de se entristecer, perder a esperança ou colocar em risco a própria vida, nos interessa por acreditarmos que o encontro com a universidade há de marcar positivamente a vida e os sintomas serem aplacados.

Neste período, na Faculdade de Medicina, a partir do depoimento dos estudantes em sala de aula e em atendimentos psicopedagógicos, surgiram muitos questionamentos mediante aqueles que percebem, assumem e têm coragem de verbalizar o sofrimento psíquico durante o percurso formativo, seja relacionado à metodologia de ensino em suas mais variadas exigências, à sobrecarga, ao pouco tempo para o estudo ou às relações entre os colegas e professores. Estes foram os fortes elementos que nos levaram a organizar a presente pesquisa. Partimos de uma hipótese que a construção das representações idealizadas na formação médica, advinda tanto do discurso social quanto do interior do próprio curso, quando não encontram um ambiente propício à expressão, à elucidação e ao amadurecimento, através da escuta e do diálogo, podem levar o estudante a entristecer-se com a realidade vivida, gerando ameaças que levam ao isolamento, à desconexão, ao afastamento da formação médica e, conseqüentemente, ao sofrimento psíquico.

Essa iniciativa ajudaria a fomentar um ambiente de ensino-aprendizagem convergente à saúde na formação profissional, integrando a perspectiva acolhedora e humanizadora, embasada na escuta e no respeito à realidade e à diferença do jovem estudante em seu processo de formação no advir profissional. Tomando como ponto de partida tais considerações, esta pesquisa articula-se com a linha de Fundamentos da Educação do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de Passo Fundo e, a partir dos referenciais teóricos a serem propostos, pretendemos aprofundar o entendimento do sofrimento psíquico do estudante de

medicina em sua formação médica, que pode ser traduzido na seguinte pergunta: como se manifesta o sofrimento psíquico na formação médica?

A partir da articulação teórica e prática, adotamos como objetivo geral estudar o sofrimento psíquico do estudante de medicina ao longo da formação médica, compreendendo os fatores que predisõem ao risco dos sintomas emocionais e, conseqüentemente, ao maior comprometimento da saúde mental, indicando perspectivas para uma formação médica que zele pela saúde mental e pelo teor humanizador. Por sua vez, a dissertação toma como orientação os seguintes objetivos específicos:

1. Analisar *quem é o estudante de medicina*, seus objetivos, expectativas, como chega e o que espera do curso ao iniciar a formação;
2. A partir do perfil e da identidade dos estudantes, de suas vivências e da *compreensão do ambiente acadêmico*, levantar os *fatores que predisõem ao risco* de sintomas que afetam a saúde mental;
3. Com base na identificação das formas de sofrimento psíquico presentes entre os estudantes de graduação envolvidos na pesquisa e dos possíveis agravos à sua saúde mental, sugerir caminhos para uma formação humanizadora que considere e amenize tal sofrimento.

O **capítulo inicial** deste estudo de caso descritivo, situando o tema em estudo, apresenta autores e professores médicos que, ao longo da história da medicina, enfatizaram aspectos além das prioridades da norma vigente na formação técnica-científica, construindo experiências significativas que refletem e integram princípios humanos quando consideram o sujeito em desenvolvimento. Destaco experiências que se diferenciam do modelo tradicional e dominante de muitas escolas médicas, onde, segundo pesquisas, mobilizam sintomas de sofrimento psíquico. A seguir, revelamos dados de pesquisas e estudos de universidades nacionais e internacionais que elucidam sintomas advindos da realidade atual nos cursos de medicina. Além disso, dissertamos acerca do perfil dos estudantes na atualidade.

No **capítulo seguinte**, descrevemos com detalhes todas as etapas que integraram o método da pesquisa e contribuíram no aprofundamento do assunto e do problema da investigação. Como estratégias metodológicas a este estudo de caso, elaboramos inicialmente uma pesquisa bibliográfica exploratória, que enfatiza a problemática em questão, através de diversas publicações localizadas em periódicos nacionais e internacionais; a partir de dados existentes sobre o perfil dos estudantes de medicina, efetivamos um levantamento local do perfil identitário, por meio das informações coletadas em um formulário eletrônico e impresso. E para trazer a voz dos estudantes sobre o sofrimento psíquico, estruturamos uma pesquisa social qualitativa, utilizando a técnica de grupos focais, onde estudantes do III, e do VI semestres,

bem como do internato, discutiram sobre suas vivências articulando os aspectos da literatura em questão.

O capítulo 4 detalha e reflete sobre o sofrimento psíquico e a saúde mental por meio de pensadores psicanalíticos clássicos e contemporâneos, que atualizam a leitura sobre o modo de sofrer a partir das influências atuais, em um modelo de reconstrução do pensamento e do comportamento. Aprofunda a construção do modelo de formação médica mundial, suas bases e influências históricas, e o período de chegada ao Brasil, as atuais diretrizes curriculares e os desafios na formação médica, que tem dominado a prática clínica. Retrata, a partir da base teórica pesquisada, a pesquisa empírica qualitativa, detalhando o perfil socioidentitário dos estudantes na instituição, do I ao XII semestre, além da análise em três grupos focais, com estudante em três momentos diferentes da formação, onde discutiam sobre os ambientes de formação, as relações pedagógicas e humanas e a saúde mental, oportunizando dar e reconhecer a voz, a partir da realidade em que vivem e a possível relação ao surgimento do sofrimento psíquico.

Apresentamos o **capítulo 5** entrelaçando aspectos de reflexões teóricas sobre o assunto, relacionando a análise do perfil dos estudantes com o relato dos três encontros dos grupos focais realizados com o início, o meio do curso e o internato⁴, ouvindo e comparando as experiências, os depoimentos e as percepções sobre as principais vivências e aos maiores fatores causadores de sofrimento durante a formação.

O capítulo 6 elaborou considerações sobre como, na realidade atual da formação médica, que conserva discursos estruturados, pode-se cuidar da saúde mental e pautar uma educação humanizadora ao discente. Dialogamos com a perspectiva da educação e da psicanálise, a qual considera o sujeito do inconsciente, inacabado, por advir, em permanente movimento de subjetivação, na relação com seu desejo, com os outros e com o meio, a partir das escolhas que o estruturam.

E, por fim, nas considerações finais, este estudo mostrou que o sofrimento psíquico se apresenta como um fenômeno multifatorial, entre eles está a sobrecarga nos estudos, que leva, em alguns momentos, a abrir mão de atividades pessoais, e a excessiva cobrança por excelente rendimento, quando não reconhecem o esforço pessoal, construindo, nesta direção, a dúvida e a incerteza quanto ao desempenho, atrelada ao sentimento de culpa em permanecer estudando ou realizar atividades vitais.

⁴ Momento em que os estudantes realizam atendimentos, sob supervisão, fazendo rodízio em diferentes áreas clínicas no hospital. Acontece nos dois últimos anos do curso (do 9º ao 12º semestre).

Esta pesquisa apresenta a qualidade do vínculo estabelecido na relação com o professor como fator preponderante ao desencadeamento do sofrimento psíquico, expondo como os estudantes se sentem na presença de comportamentos hostis, agressivos e abusivos na relação pedagógica, assim como preconizam uma educação humanizadora, construindo um relacionamento próximo, complementar, com escuta e diálogo, onde sejam reconhecidos e compreendidos em sua realidade. Os depoimentos dos estudantes nos grupos focais mostraram que eles atribuem ao professor a tarefa de construir uma educação médica humanizadora, afinal, acima de todos, é o professor que poderá fazer a diferença na relação.

2 SITUANDO O TEMA EM ESTUDO

“Em outros tempos os médicos e os enfermeiros sabiam disso. Cuidavam dos remédios e das intervenções físicas – bons para o corpo – mas tratavam de acender a chama misteriosa da alegria. Mas esta chama não se acende com poções químicas. Ela se acende magicamente. Precisa de voz, da escuta, do olhar, do toque, do sorriso”.

O Médico – Rubem Alves (2012)

Este capítulo resgata, a partir de acontecimentos históricos, propostas na formação médica que ganharam contornos de uma perspectiva humanista, atribuindo importância ao sujeito em formação, revisitando desde autores do período moderno aos mais contemporâneos, assim como alguns teóricos que orientam em sua teoria a formação humana, como Marta Nusbaum e Paulo Freire. Reflete como a educação contemporânea constrói profissionais obedientes e produtivos numa perspectiva técnica. Analisa o encontro do adolescente com a universidade a partir de campos diferentes de saberes e como o jovem vai transformando sua posição engajado com a aprendizagem. Além disso, levanta o perfil básico do estudante, com base teórica enriquecida com o depoimento dos discentes da instituição, através de uma pesquisa empírica qualitativa, que aborda condições de vida, idade, sexo, entre outros dados, para possíveis articulações a este fenômeno mundial que impacta a saúde mental.

2.1 Experiências relevantes na história da medicina

A história do modelo médico e, conseqüentemente, a formação e o papel deste profissional, foi marcada por acontecimentos e valores originados em aspectos culturais, antropológicos e econômicos, determinantes de cada época dentro de um contexto histórico e de um espaço geográfico. Articulada neste contexto, a ciência e sua evolução foram influenciando o pensamento médico e criando diferentes formas de abordagem para responder aos acontecimentos, definindo-se em modelos médicos que construíram as bases relacionais.

Inicialmente, antes do período moderno (século XV a XVIII), as vertentes religiosas e empíricas conviviam, não havendo a separação entre doenças, sofrimentos físicos e mentais. De Marco (2010) refere que alguns historiadores gregos já situavam a separação entre o físico e o mental a partir da estruturação de duas escolas: a escola de Cós-Hipocrática, que contemplava várias manifestações corporais, estudando o homem em sua totalidade, e a escola de Cnido, mecanicista e específica. A medicina fragmentou o homem enfermo, reduzindo-o a um sistema, um tecido, um órgão e, por último, a uma célula enferma. O surgimento do *modelo*

biomédico no período moderno levou à exclusão do psíquico e à perda de uma visão integral do ser e do adoecer. Nesta época, a maior preocupação era desvencilhar-se do obscurantismo da Idade Média (século V ao XV), de crenças e de superstições, como a de que o mal e o pecado seriam a origem das doenças, o que se tornou objeto de estudos empíricos, sem comprovação científica. O Renascimento (século XV ao XVI) revolucionou a história e deu início à Idade Moderna. O corpo máquina foi separado metodologicamente dos fatores relativos à subjetividade do paciente. Isso permitiu evidenciar e quantificar um número maior de doenças, contemplando sua origem e ampliando a intervenção terapêutica, necessária no Ocidente, já que no Oriente a medicina da época havia avançado. A prática da medicina se destacou, intervindo sobre o funcionamento do corpo humano.

Dois filósofos, René Descartes (1591–1650) e Emanuel Kant (1724–1840), construíram as bases conceituais para o desenvolvimento do método científico moderno, influenciando a construção do modelo biomédico, alicerce conceitual da medicina moderna. Descartes descobriu que poderia negar a existência de muitas manifestações subjetivas que, por sua vez, não contavam com explicações na época, mas não poderia rejeitar a evidência de que se é capaz de pensar, isolando o pensamento como algo puro. Daí seu aforismo: “*Penso, logo existo*”, concebendo o pensamento independente da matéria do corpo, separando assim mente e corpo.

Francis Bacon (1561–1626), pai de método experimental, enfatizou a necessidade teórica de fundar uma patologia científica ligada à fisiologia, pautada na ideia de que se pode restaurar o normal ao anular o patológico (Kaufman, 2010).

O método científico moderno acreditou que a natureza se manifesta de modo independente da subjetividade e do contexto psicossociocultural do sujeito e que estes não exercem nenhuma influência sobre as doenças, de forma que a psique e a alma foram encaminhadas aos cuidados religiosos e filosóficos. Assim, o modelo biomédico se pautou na perspectiva biológica calcada no método experimental, o que ainda hoje repercute no ensino e na formação de profissionais da área, estabelecendo uma disputa e uma supremacia entre aspectos anátomo-fisiológicos em detrimento a outros que também compõem e integram o ser humano (Kaufman, 2010).

Estes são considerados como alguns dos fatores que marcaram a construção do modelo biomédico quantificável, dentro de uma lógica positivista, enfatizando a partir de um corpo máquina o tecnicismo e, algumas vezes, a superespecialização. Como herdeiros do método científico moderno, tendemos a uma visão reducionista a respeito do funcionamento do corpo, não articulada entre as diferentes áreas envolvidas no surgimento de um problema de saúde.

Na virada para o século XX, o avanço em várias áreas do conhecimento e a percepção da influência do e no psiquismo possibilitaram a construção do *modelo biopsicossocial*, amparado por áreas como psiquiatria, psicologia, psicanálise e psicossomática e com metodologias afins ou distintas, voltadas ao mesmo campo (De Marco *et al.*, 2012).

A psicanálise, a partir do espírito curioso de Freud (1856–1939), ao decifrar múltiplos sintomas manifestos no corpo de algumas mulheres, marcou o religamento entre mente e corpo, interpretando a ligação misteriosa destes problemas do corpo com a mente e o mal-estar na cultura e nas relações sociais da época (De Marco *et al.*, 2012). Este problema foi chamado de histeria, um quadro onde os sintomas não correspondiam às alterações fisiológicas, sendo explicados como manifestações psicológicas. Esta descoberta surpreendeu a medicina e fundou uma nova visão da estrutura psíquica da mente do ser humano, a partir da estruturação do inconsciente (ICS), influenciando as ciências médicas com os estudos da estruturação psíquica, dos mecanismos de defesa do ego, do conceito de transferência e da contratransferência, entre outros (Kaufman, 2010).

E, assim, novas correntes e pensadores seguiram construindo outros referenciais teóricos, que ampliaram a visão e a prática médica. Entre estes, citamos Groddeck e outros autores contemporâneos na Europa, além de Jelliffe na América do Norte, que são precursores da medicina psicossomática, na década de 1930. Esta escola se deu pela aproximação da medicina com a psiquiatria, enfatizando as modificações que o somático produz no psíquico (somatopsíquico), reunindo dois conceitos: psicogênese e holismo, ambos já existentes na medicina desde a Grécia Antiga (De Marco, 2010).

A partir dos anos 1940, Michael Balint, médico e psicanalista húngaro, interessou-se pelo impacto que a formação e a prática médica exerciam sobre a personalidade do médico. Afinal, acreditava que o médico poderia ser um ótimo remédio para o paciente quando bem orientado dos acontecimentos que lhe afetavam negativamente. Formulou conceitos com base na psicanálise, importantes para aprofundar o olhar sobre a constituição biopsicossocial do ser, do adoecer e dos impactos a quem acompanha o sujeito adoecido. Os grupos Balint permanecem até a atualidade como um caminho para a formação integral destes profissionais, considerando um sujeito em construção profissional a partir das vivências que podem dar significado ao que vive, trazendo maior aprendizado. No Brasil, este período influenciou Danilo Perestrello, psiquiatra e psicanalista, a elaborar o campo da medicina psicossomática no Rio de Janeiro, tentando reduzir a ênfase organicista na formação médica, incluindo saberes psicológicos para a formação médico-paciente (De Marco, 2010).

Não podemos deixar de mencionar o Dr. René Spitz, médico psiquiatra e psicanalista austro-húngaro, que, nos anos de 1950, após sua mudança para os Estados Unidos, entrou em contato com um grande número de crianças abandonadas e/ou privadas do amor materno e familiar em hospitais e orfanatos. A partir disso, observou como a estrutura psíquica dos bebês ainda em formação se desorganiza e regride até viver uma depressão anaclítica, podendo levar à morte. Desse modo, cunhou o termo “hospitalismo” para descrever todas as manifestações causadas em bebês pela privação de afeto, denunciando tal realidade e sua consequência ao mundo. Assim como Dr. René Spitz, outros médicos e psicanalistas europeus, após a ascensão do nazismo, se deslocam para a Inglaterra e os Estados Unidos, ocupando universidades, influenciando a formação mais integral a partir das descobertas do inconsciente (De Marco *et al.*, 2012).

Outra prática em grupos, mais atual, surgida nos anos de 1990, é o Método da Conversação, aplicado em instituições, com base na psicanálise, mediante sintomas grupais ou individuais. Foi elaborada por Jacques-Alain Miller⁵, em encontros clínicos do Campo Freudiano, para discutir casos mais complexos em equipes multiprofissionais. É um dispositivo de intervenção onde os integrantes do grupo debatem sobre uma situação difícil, possibilitando maior reflexão (Ferrari; Mendes, 2021).

No século XX, esse movimento atrai outras áreas da ciência, como a biologia e a psicologia, que se aproximam para colaborar na construção de abordagens psicobiológicas: a psicologia com a fisiologia, ampliando a pesquisa e teoria com abordagens psicofisiológicas em campos experimentais; a fisiologia com as ciências sociais, ampliando o campo de ação para estudos com grupos e novas versões psicoterápicas e comportamentais (De Marco, 2010).

Nos anos 1960 e 1970, a fragmentação acontece em várias áreas, fortalecendo as subespecialidades com pesquisas rivais. A medicina volta a se tornar reducionista, sob influência da bioquímica e da revolução molecular. Além disso, a psiquiatria entra na era da neurociência, com o declínio da psicanálise. Nos anos 1980, a psiconeuroimunologia fortalece a medicina psicossomática, que confirma suas premissas através da articulação entre o sistema nervoso e o sistema imune. A influência do cérebro na produção de anticorpos e a identificação de receptores na área de neuroendócrino e de neurotransmissão nas células do sistema imune legitimam o modelo biopsicossocial (De Marco, 2010).

O desafio da integração, da dimensão psíquica e da melhor preparação do médico no entendimento da relação entre mente e corpo vem sendo construído, e o surgimento da

⁵ Psicanalista francês e escritor, responsável pela edição dos seminários de Lacan.

psicologia médica tem grande importância, pois é outro marco na valorização de um olhar multidisciplinar nesta formação (De Marco, 2010). Esta nasceu no século XIX, na Prússia, com Feuchtersleben, que desde 1825 introduziu a Psicologia Médica, preocupado com a necessidade de preparar os médicos em aptidões psicológicas, independente de suas especializações, mas tal iniciativa não perdurou. Somente em 1928 voltou a ser reintroduzida na França, com Maurice de Fleury, que insistiu na importância da Psicologia Médica como disciplina regular no curso médico (De Marco, 2010). Na mesma época, a doutrina é lançada na Alemanha, e, em 1957, nos Estados Unidos, com a criação de um departamento específico, sob a premissa de que o ensino de psicologia para um médico era tão importante quanto o ensino de anatomia, de farmacologia, de cirurgia e de outras disciplinas da clínica médica (De Marco, 2010).

No Brasil, a Psicologia Médica aparece pela primeira vez em 1956, na Escola Paulista de Medicina e na Faculdade de Ribeirão Preto–SP. Todos estes movimentos pautam sua teoria, entre outros aspectos, na construção e no desenvolvimento de maior autocuidado do estudante e profissional, repensando a prática médica dentro de uma abordagem humanizada, considerando a singularidade existencial do sujeito, não o reduzindo a uma doença (De Marco, 2010).

Atualmente, outras áreas da medicina também atuam para fortalecer o princípio humanizador na formação, como a medicina dos cuidados paliativos, a medicina da família e da comunidade, a saúde coletiva e a medicina preventiva, enfatizando o cuidado profissional e o olhar entrelaçado aos multifatores que determinam a história da doença e do sujeito (De Marco, 2010). Alguns expoentes contemporâneos se destacam, como o português Antônio Damásio, na divulgação de pesquisas que fortalecem a integralização dos aspectos biopsicossociais na estruturação do sujeito, sedimentando um olhar inclusivo das ciências humanas e valorizando a relação médico-paciente.

Uma formação médica que integre aspectos e valores culturais, sociais e econômicos interligados ao processo de saúde e de doença tende a humanizar o olhar e a prática do estudante na relação com pacientes, familiares e comunidades. O processo de educação, com bases pedagógicas freiriana, fortalece, através do compromisso com o desenvolvimento educacional do estudante, a criação de estratégias pedagógicas que problematizem o que é vivido, oportunizando que ele saia do lugar de observador, depositário de conteúdos, para se tornar protagonista na construção de seu conhecimento. Gomes e Rego (2014) discutem como Paulo Freire⁶ pode contribuir em mudanças no ensino médico, considerando o perfil profissional

⁶ Mesmo sem maior aprofundamento neste trabalho, na teoria de Paulo Freire, reconhecemos que o autor, traz referências importantes, que dialogam na construção de um projeto pedagógico que enfatiza a relação

preconizado pelas Diretrizes Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCN, 2014), para atingir as competências humanísticas. Os autores destacam que:

Sua visão de mundo, sua proposta ética, política e pedagógica para uma educação que leve o educando a se descobrir como agente social e histórico, construtor de uma identidade crítica e reflexiva diante de um mundo injusto e desigual, revendo-se e enxergando-se como um ser em construção e não concluso traz em si uma complexidade e uma atualidade ímpares que podem ser incorporadas nas discussões acerca de um novo perfil de profissional médico. Para Freire, a existência só tem sentido se vivida para a autonomia, e a educação – diferente do treinamento – deve fazer com que o sujeito que ensina e o que aprende mudem e se tornem transitivos no seu jeito de ser no mundo, de forma significativa (Gomes; Rego, 2014, p. 301).

O estudante detém um saber que precisa ser valorizado e articulado ao saber do professor. Paulo Freire (2011) enfatiza que ensinar não é transmitir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção, construção ou transformação. Ensinar implica em aprender. Ensinar para pensar difere de ensinar para obedecer.

Rosmari Deggerone (2023), em sua tese de doutorado, discute sobre o cuidado e a formação humanizadora na área da saúde humana, revelando a mudança na formação universitária, na área da saúde, voltada a preparar o estudante empreendedor para as duras lutas mercadológicas, desconsiderando valores da formação humana e privilegiando as competências exigidas pelo mercado, padronizado para a mercantilização. Apesar de um histórico de princípios sedimentados, regimentos, normativas e manuais visando a formação humana, o caráter tecnicista e conteudista, onde o estudante necessita decorar e dar respostas corretas para o professor e para as provas-padrões, tem se fortalecido. A redução e o enquadramento da formação do estudante voltado às necessidades do mercado dificultam a ele construir e diferenciar a seu próprio conhecimento, pois o saber já está definido, gerando maior passividade, sem uma aprendizagem ativa, onde o estudante pergunta e argumenta com seu raciocínio crítico. Segundo Martha Nussbaum (2015), “muitas vezes os conceitos éticos ficam anestesiados sob a influência da autoridade técnica” (p. 21).

As humanidades estão sendo eliminadas da formação no ensino superior em prol de um ensino técnico com interesse no mercado, em menor tempo e com maior rentabilidade econômica. “Se esta tendência prosseguir, todos os países logo estarão produzindo gerações de

humanizadora entre professor, aluno e aprendizagem, quando entre outros princípios, concebe que cada sujeito é um novo criador em potencial de sua história e estruturação de novos conhecimentos, quando se percebe, como agente de seu próprio processo. (Dunker, 2020)

máquinas lucrativas, em vez de produzirem cidadãos íntegros que possam pensar por si próprios, criticar a tradição e entender o significado dos sofrimentos e das realizações dos outros” (Nussbaum, 2015, p. 4).

A realidade do mercado de trabalho privilegia um profissional descontextualizado de seu meio e sem comprometimento com o coletivo, pois a formação deixou de ser um bem próprio para se transformar em objeto de concorrência. O estudante também se transforma em um objeto, que, mesmo mediante tantas exigências e boas performances, não terá garantias. O discurso do ranqueamento e do profissionalismo perde de vista o sentido pessoal e social da profissão. Nussbaum refere que “a educação não significa apenas assimilar passivamente as tradições culturais, mas desafiar a mente para que, em um mundo complexo, ela se torne ativa, competente e cuidadosamente crítica” (2015, p. 18).

Priorizar a importância das capacidades humanas na formação profissional é construir um bem maior para o sujeito. A docência tem um compromisso ético com a formação dos indivíduos, para que, criticamente, encontrem seu lugar no mundo do trabalho, como refere Paulo Freire (2011), em sua construção de uma pedagogia para a autonomia. Desafiar médicos que atuam como professores a construir pedagogicamente a formação, para além da relação com uma conduta técnica, formando estudantes que atuem na medicina generalista, com visão humanizadora no trabalho com o outro, integrando-se com os demais profissionais no cuidado com a saúde do paciente, enfatizando o diálogo, a capacidade de escutar e de cuidar e promovendo a dignidade humana desde a formação até a prática médica, contribui na construção de um profissional-cidadão voltado ao mundo complexo que os espera.

Até aqui, ilustramos como as práticas foram sendo construídas na história do modelo médico, articulando autores e pensamentos em diferentes tempos históricos, destacando teóricos que, com uma visão integralista, propõem maior cuidado no olhar sobre o ser humano, sobre a formação do profissional médico, em como a psicanálise influenciou a medicina na ênfase da relação médico-paciente, através da descoberta da teoria freudiana, e na elaboração de outras perspectivas teóricas que chamam atenção para uma abordagem médica mais humanizada. Passamos a discutir como os estudantes vivem sua formação universitária quando o sofrimento atravessa esta experiência. Para aprofundar a temática em questão, olharemos para a realidade dos atuais estudantes.

2.2 Considerações sobre o tema, as expectativas e o perfil dos estudantes de medicina na atualidade

A universidade está entre os espaços onde os adolescentes e os jovens encontram oportunidades para viver não só as experiências cognitivas de aprendizagem, mas momentos que oportunizam amadurecimento pessoal e social, por meio da convivência com pares, nas semelhantes identificações e da diversidade que encontram em um campus universitário. Não só serão influenciados, como também influenciarão o novo ambiente, através de suas crenças, ideais, representações nos processos de aprendizagens, expectativas e desejos. Neste tempo-espaço, poderão elaborar a realidade que se manifesta e o que deixaram para trás, momentaneamente, ou seja, os primeiros grupos de formação da sua história de vida: a família e a comunidade.

Nessa direção, Carneiro, Júnior e Cunha (2021) referem que sofremos na universidade pelo “encontro, tomado por tudo aquilo que afeta o campo das ficções do sujeito e o campo da realidade com que ele se depara no discurso sobre o ato de educar que circula na universidade” (p. 79). O jovem estudante é desafiado para o exercício de uma construção intelectual a partir do que lhe é apresentado, na linguagem que circula na universidade, lugar do conhecimento acadêmico que almeja alcançar, mas que é percebido como uma verdade absoluta, que o impacta pelo distanciamento nesta construção intelectual, pois “envolve pesquisa, escuta e aplicação de conhecimento” (Carneiro; Júnior; Cunha, 2021, p. 80), algo difícil de obter neste momento de vida, pois está ligado ao campo do não saber. O estudante não conhece aquilo que não sabe, construção ficcional inserida em seu campo de fantasias⁷. Ele precisará de um tempo para sair da alienação⁸ que o prendeu e surpreendeu negativamente ao campo do discurso de uma verdade absoluta do saber, neste campo do Outro⁹ (no caso, o saber universitário e o saber da ciência), para inventar uma saída subjetiva, sua saída pessoal, e se posicionar como sujeito pertencente e que pode adquirir o conhecimento almejado.

⁷ Segundo Laplanche e Pontalis (1986, p. 228) “fantasia é a encenação imaginária em que o indivíduo está presente e que figura, de modo mais ou menos deformado pelos processos defensivos, a realização de um desejo inconsciente”.

⁸ “Portanto, o fato de o sujeito ser efeito do significante é a raiz que funda os processos de alienação, uma vez que a constituição pelo significante tem como resultado um sujeito dividido”. “No momento de sua constituição, o sujeito é colocado diante da escolha pelo ser ou pelo sentido; mas essa escolha é forçada em direção ao sentido, gerando uma perda no campo do ser. A raiz da alienação residiria justamente nessa correlação íntima entre a eleição do sentido e a perda do ser”. “Lacan lembra que uma perda de ser é necessária para o surgimento do sujeito no universo simbólico, o que o leva a dizer que o sujeito não é causa de si, que ele é consequência da perda, surgindo, desde o princípio, como sujeito dividido” (Zanola; Lustoza, 2019, p. 123-125).

⁹ Outro: leia-se “o grande outro”, “é o lugar em que se situa a cadeia significante que comanda tudo que vai poder presentificar-se do sujeito, é o campo desse vivo onde o sujeito tem que aparecer” (Lacan, 1985, p. 193-194).

Este processo o mobiliza para enfrentar situações em que não sabe como será tratado neste novo campo do saber universitário e da ciência pelos professores que o representam. Ele ainda não sabe o que os professores querem dele, se poderá manifestar suas vontades, se o que ele busca será encontrado. A construção de seu desejo no campo universitário afeta sua organização e seu equilíbrio subjetivos, pois esta nova conquista, diante de um longo processo e muitos desencontros, podem levar a reflexões constantes sobre seu lugar, sua permanência e, até mesmo, o desejo a sua escolha, sentindo-se um objeto e não sujeito de sua ação, deflagrando mal-estar e sofrimento psíquico. Essa afirmação descreve o enigma do processo de separação em Lacan, como referem Zanola e Lustoza (2019), quando o sujeito, dividido pelo significante originário de um Outro, se interroga: o que o outro quer de mim?¹⁰

Carneiro, Júnior e Cunha (2021) consideram que o estudante pode rapidamente conseguir se colocar e dialogar no novo universo ou se sentir só e desamparado em meio a pessoas estranhas e hostis, sem saber como agir. Cada um inventa um novo lugar social, conforme sua perspectiva de tempo-espaço acadêmico, sendo mais aberto ou reativo ao novo, onde o sintoma pode ser uma recusa a este saber universitário e do mestre, que lhe invade. Este momento “coloca em cena uma construção de passagem entre a posição que o jovem ocupa antes e depois do acesso a um discurso, cujo aporte é da ordem do dispositivo institucional que acessa o não saber do sujeito, tentando recobri-lo com algo da ordem do conhecimento”, conforme Carneiro, Júnior e Cunha (2021, p. 81).

O discurso¹¹ do mestre se caracteriza como o “lugar do discurso passível de ser ocupado por qualquer ser falante”, conforme revela Gutierrez (2003, p. 80), de uma forma singular naquilo que cada sujeito elege e recorta para si, como significativo, a partir de suas marcas subjetivas e representações. A partir destas, constroem um jogo inconsciente nas relações com os professores e a instituição, que funda e marca a relação pedagógica. O mestre, encarnado na figura do professor, propõe uma reinvenção da escrita ao jovem estudante, que em um primeiro momento o admira, contempla e sente uma inveja narcísica do seu saber e da construção da escrita destes. Mas o jovem estudante terá que engajar-se no ato de aprender. Esse processo de transposição pode ser vivido com sofrimento, pois se reinventar significa superar imaginariamente a escrita do mestre, abandonando algumas das referências ideais que carrega

¹⁰ A separação se institui na medida em que o discurso do Outro apresenta pontos de opacidade, graças aos quais o sujeito poderá situar interrogações sobre o desejo do Outro. Essa é a via pela qual é possível a confrontação do sujeito com o enigma do discurso do Outro, por onde surge a questão referente ao desejo: – *ele me diz isso, mas o que é que ele quer?* (Che Vuoi?) (Zanola; Lustoza, 2019, p. 129–130).

¹¹ Lacan (1992), no Seminário 17, o avesso da psicanálise, toma o discurso como estrutura de linguagem, como modo de construir o laço social.

e observa nesse professor projetado na figura de um Outro. Precisará, pois, atribuir sentidos às suas faltas e incompletudes, para dar corpo ao que é seu, mas tendo como base os ensinamentos do mestre; acessando, mas construindo o seu saber, sem se confundir com ele, na posição de sujeito produtor de outro conhecimento (Gutierra 2003).

No campo da educação, o discurso do mestre se relaciona a uma posição subjetiva do professor, na transmissão de seu contedo. Segundo Freud (1980), a educação burocrática carrega em si a marca da impossibilidade, principalmente mediante um ideal de perfeição sob o domínio da racionalidade, onde controla os resultados previstos, o que  impossível considerando a realidade inconsciente do estudante. Conforme Gutierra, “o que um aluno escuta  recortado, retalhado e absorvido conforme seu inconsciente determina e permite, assim como o que um educador fala está fadado a escapar de seu controle egico” (2003, p. 17).

Muitos estudantes iniciam o curso universitário na adolescência, período de passagem, de abertura e de ingresso em novos grupos sociais. Saem do Ensino Médio, onde recebiam conteúdos de forma passiva, para continuar se desenvolvendo, no mundo adulto, mundo das ideias, dos significados, das novas experiências sociais e culturais, recebendo e transformando conhecimento e saberes. Sair de uma posição de não saber, impulsionado por seu desejo¹², gera pressões, pois o indivíduo  desafiado a tomar decisões nessa passagem para o mundo adulto, vivendo receios, inseguranças, necessidade de certezas quando ninguém traz as garantias presentes das fases anteriores do seu desenvolvimento.

Na formação médica, além de um período mais longo na universidade, com exigências complexas, outros fatores são descritos como potencializadores de sofrimento psíquico, como a apresentação de um discurso sobre o modelo ideal de “ser médico”, a priori, antes da própria experiência pessoal, onde se apresenta um caminho a ser seguido para obter êxito na construção profissional. O médico, psicanalista e professor Sérgio Zaidhaft (2019) conta que, em seu ingresso na Faculdade de Medicina da UFRJ, ainda adolescente, ouviu um professor dizer: “de agora em diante esqueçam-se de ir ao cinema, ler livros, namorar; vocês estão casados com a medicina” (p. 87). Passados alguns anos desta orientação, ela ainda é proferida em outras salas de aula, construindo um ideal difícil de cumprir, que impacta na construção da subjetividade do estudante e no pertencimento ao curso.

O autor observa também que o ambiente no curso de medicina, por vezes, pode comprometer o desejo de ser médico, pois quando “promove uma progressiva diminuição da

¹² O desejo para a psicanálise, segundo referem Carneiro, Junior e Cunha, “parte da constatação de uma falta, ligada ao desamparo em que todo o ser humano se encontra” (2021, p. 86). É uma condição que funda o ser humano e impulsiona na direção da curiosidade, sendo substituída na direção do saber.

empatia nos alunos, sua motivação diminui durante o curso e que a depressão e a ideação suicida estão associadas ao desenrolar do curso” (Zaidhaft, 2019, p. 87). A motivação inicial, referida pelo autor, pode não encontrar espaços de expressão e de escuta suficientes ao longo da formação.

A pesquisa *O diabo está no terceiro ano: um estudo longitudinal da erosão da empatia na faculdade de medicina*, conduzido por Mohammadreza Hojat e seus colaboradores (2009), com quatrocentos e cinquenta e seis (456) estudantes que ingressaram no Jefferson Medical College entre 2002 e 2004, examinou em cinco momentos diferentes ao longo da formação, as mudanças na empatia dos estudantes e determinou quando ocorrem as mudanças mais significativas. O estudo revela que acontece um declínio significativo nos escores de empatia no final do terceiro ano, que persiste até a formatura, igualmente entre homens e mulheres. A erosão da empatia se dá no momento que os estudantes iniciam a prática com o paciente. “É irônico, porém, que apesar das intenções iniciais dos estudantes e das tentativas dos professores da faculdade de medicina de nutrir qualidades humanas, um cinismo se desenvolva progressivamente durante a sua formação” (Hojat *et al.*, 2009, p. 1185). Ainda, os autores referem que “esta transformação cínica foi comparada à ‘síndrome da criança espancada’ e atribuída ao tratamento inadequado dos estudantes de medicina. A metamorfose foi descrita como ‘desidealização traumática’ e ‘desumanização’” (Hojat *et al.*, 2009, p. 1185). Assim, foi sugerido que é necessário um processo de “reumanização” para reter e aumentar a empatia entre os médicos em formação.

Segundo Hojat *et al.* (2009), esta realidade pode mostrar que os estudantes estão vulneráveis e correm riscos durante o curso.

O que acontece no terceiro ano da faculdade de medicina que endurece “o coração humano pelo qual vivemos” e gera um ruído que obscurece o sinal de conexão empática? A erosão da empatia na faculdade de medicina pode ser atribuída a vários fatores, incluindo a falta de modelos, um grande volume de materiais para aprender, pressão de tempo e fatores ambientais e do paciente. Além disso, a dependência gradual dos estudantes na tecnologia diagnóstica e terapêutica baseada em computador limita a sua visão da importância das interações humanas nos encontros com os pacientes. As mudanças no sistema de saúde orientado para o mercado que têm um efeito cascata na educação médica, combinadas com a crença de que um ensaio clínico controlado é o caminho real para os avanços na medicina, também podem levar a uma falsa ideia de que a empatia está fora do domínio da medicina baseada em evidências e, portanto, não tem importância na formação de médicos em formação ou na prática da medicina (Hojat *et al.*, 2009, p. 1188).

Mesmo que a aprendizagem médica tenha como foco cuidar da saúde, Baldassin (2016) revela que muitos estudantes não têm o hábito de cuidar de sua saúde física e mental,

negligenciando os sinais, os riscos e o cuidado mediante o cansaço físico, a falta de sono, a tristeza, como também, outras vezes, se colocando em risco, abusando de noites sem dormir e do uso de energéticos e de outras substâncias para dar conta da rotina. Nessa mesma direção, L. A. Nogueira-Martins e M. C. F. Nogueira-Martins (2016, p. 44) referem que “existe maior incidência de ansiedade, depressão e desajustes emocionais em estudantes de medicina, quando comparado com a população em geral”, além de transtornos mentais, eles também são mais somatoformes e vítimas do *burnout*. Em consonância, Castaldelli-Maia *et al.* (2016) chamam atenção para a alta prevalência de sintomas depressivos durante toda a graduação.

A revisão integrativa da literatura, realizada por Taniguchi *et al.* (2022), do período de janeiro de 2018 a setembro de 2022, por meio de pesquisas nas bases de dados da PubMed, SciELO e LILACS, utilizando os descritores “depressão”, “estudantes”, “medicina” e “saúde mental”, de onde selecionaram 25 artigos, evidenciou que a depressão se apresentou como um problema cada vez mais frequente entre estudantes do curso de medicina. De acordo com esses estudiosos, ela é mais elevada do que em 274 outros cursos de graduação, como também superior à média da população em geral, chegando a ser percentualmente quase cinco vezes maior do que a quantidade de brasileiros diagnosticados com depressão.

Fiedler (2008), em sua tese de doutoramento, avaliou a qualidade de vida dos estudantes de medicina em 75 escolas médicas brasileiras, com a participação de 800 graduandos, e revelou que 45% estavam insatisfeitos com o curso. Dentre os motivos de insatisfação, estava a vivência de frustrações com fatores como os maus tratos, os insultos e a discriminação advinda de professores e colegas. Tais fatores apareceram associados ao embrutecimento e ao cinismo na prática médica, gerando mudanças nos valores e na personalidade durante o curso.

A falta de espaços de escuta, de fala e de expressão para os estudantes pode aumentar a solidão, mobilizando sensação de desvinculamento e tristeza, os quais, ao mesmo tempo, podem parecer invisíveis à formação. Sendo invisível, muitas vezes o indivíduo necessita dar conta sozinho do seu mal-estar. A formação médica mais tradicional, conteudista e pautada em um modelo positivista e técnico, tende a possibilitar pouco espaço de escuta e de acolhimento aos estudantes por parte da maioria dos médicos-professores. A escuta atenta e acolhedora é uma premissa básica na relação médico-paciente, mas, por vezes, pouco inserida e exercitada no currículo acadêmico ao longo da formação.

Mediante essa realidade, buscamos aprofundar, junto aos estudantes da universidade foco deste estudo, quais os fatores vivenciados na formação médica que deflagraram maior sofrimento psíquico, levando ao desequilíbrio emocional e/ou mental. Isso merece atenção, pois a partir destes acontecimentos, os futuros profissionais não vivem com tranquilidade e

enfrentam manifestações de sofrimento, que algumas vezes interferem na crença pessoal se poderão ser bons médicos diante tantas dificuldades.

Cabe perguntar: quem é o estudante que chega à medicina? Que motivações e expectativas trazem? Qual o ideal de ser médico que o orienta? Como percebe e vive a nova experiência de vida chegando ao ambiente do curso? Diante de quais acontecimentos da formação, o sofrimento se torna mais evidente? Que fragilidades psicológicas expressa? Recebe o acolhimento adequado à sua idade ou já chega tendo que responder a um perfil mais maduro, legitimado pelos professores médicos? Refere um modelo para ser médico? Que compreensão os professores possuem da realidade do jovem estudante? Que impacto essa compreensão tem sobre a identidade do estudante? Existe algum componente expresso no discurso do professor e/ou na relação pedagógica, considerando os aspectos teóricos e/ou práticos da formação, que desencadeiam os sintomas emocionais nos estudantes, diante das representações¹³ que carregam para ser médicos?

Os motivos que trazem, atualmente, os estudantes para a formação médica, segundo estudos de Rego *et al.* (2018), não se pautam somente em seguir a profissão dos pais ou na visão missionária deste ofício, mas, também, por terem vivido muitas doenças na família e, em algumas vezes, enfrentado negligência médica. Assinalam, ainda, o objetivo de cursar medicina para serem valorizados, terem prestígio e respeito, ganharem mais dinheiro ou terem uma vida melhor.

Um estudo da Universidade de São Paulo, publicado em 2010, na Revista de Medicina da USP (Cruz *et al.*, 2010), revelou que a idade média dos estudantes que ingressam no curso é de 22 anos. Quanto ao motivo da escolha do curso, 42,5% dos acadêmicos sinalizam que têm pelo menos um médico como parente próximo e que viveram a influência destes. Outros revelam afinidade pela especialidade e pelo estilo de vida, fatores avaliados como importantes ou muito importantes por mais de 95% dos respondentes. Urgência em ganhar dinheiro rápido, tempo curto de residência, alto rendimento inicial e influência familiar foram os fatores avaliados como menos importantes pelos respondentes na escolha de sua especialidade. Um estudo mais recente, organizado por Kamijo *et al.* (2021), publicado na Revista Brasileira de

¹³ Segundo Laplanche e Postalis (1986), o termo *Vorstellung*, originário da filosofia clássica, refere como os objetos são inscritos no sistema mnésico subjetivamente. Freud refere que não é só a memória que recebe as imagens, fala de sistemas mnésicos, onde é dividido em várias partes para recordar em diversas séries associativas. Conceitua dois níveis de representações: das coisas (visual), que caracterizam o sistema inconsciente, e a representação das palavras (visual e auditiva), caracterizando o sistema pré-consciente e consciente. Freud já aproxima da noção linguística de significante, aprofundada por Lacan como a unidade básica da palavra que representa um conceito ou uma ideia.

Educação Médica, com 308 estudantes da UNOESC¹⁴, do 1º ao 12º semestre, sobre o motivo da escolha ao curso, mostrou que as principais razões para a escolha foram: altruísmo (71,75%), estabilidade financeira (59,42%) e realização pessoal (58,77%). Essa pesquisa revelou que a visão idealizada que trazem no início do curso, conforme o contato com a prática médica, provoca a perda do altruísmo, prevalecendo a maior preocupação com a profissão e o mercado de trabalho (Kamijo *et al.*, 2021).

O perfil socioeconômico do aluno também está mudando em função das políticas inclusivas, beneficiando um maior número de estudantes de escolas públicas, muito embora a grande maioria ainda seja oriunda de escolas particulares e possua um perfil elitizado e essencialmente branco. Desde 2012, a Lei n. 12.711/2012 estabeleceu, dentro das políticas de ações afirmativas, que as universidades públicas federais adotassem ações garantindo o acesso a grupos historicamente excluídos das universidades (Souza *et al.*, 2020). A faculdade de medicina da UFMG constatou a mudança no perfil dos estudantes do referido curso, conforme dados apresentados do período de 2008 a 2017. O fortalecimento de diferentes políticas afirmativas, como a Lei de Cotas, em 2013, e a adesão ao Sistema de Seleção Unificada (Sisu), em 2014, foram fatores que impulsionaram tais mudanças nesta universidade: “As mudanças possibilitaram a maior entrada de alunos com renda familiar de até cinco salários mínimos”, analisa a pró-reitora de Graduação da UFMG, Benigna Maria de Oliveira, conforme comunicação do site produzido pelo Centro de Comunicação Social da Faculdade de Medicina da UFMG em janeiro de 2019. O curso ainda não consegue incluir com maior significância o perfil étnico-racial, mas o Sisu fez aumentar, “Em dez anos, o percentual de alunos que se autodeclararam pretos e pardos passou de 24,38% para 41,56%”, conforme informações do relatório referido pela UFMG. Apesar dos avanços, o censo de 2022 (IBGE, 2022) revela que mais de 75% dos formados em medicina são brancos, de forma que a medicina é o curso de maior proporção de brancos no país.

O perfil feminino integra a metade ou mais da metade das turmas (Souza *et al.*, 2020). O relatório I, organizado pela USP, para o SUS, levantou os *Estudantes de medicina e médicos no Brasil: números atuais e projeções – projeto avaliação das escolas médicas brasileiras*, revelando que:

O número de mulheres foi aumentando mais do que o de homens, sendo que, de 2008 a 2011 houve mais mulheres que concluíram cursos de Medicina do que homens. Em 2011 houve 7.889 mulheres que concluíram cursos de Medicina no Brasil e 6.745 homens (diferença de 1.144). A proporção de mulheres que concluíram cursos de

¹⁴ Universidade do Oeste de Santa Catarina, Joaçaba, Santa Catarina, Brasil.

Medicina no Brasil foi de 46,0% em 1991 e foi de 53,9% em 2011 (Martins, 2013, p. 41).

Detalharemos adiante, informações específicas a respeito do perfil do estudante de medicina da universidade do RS pesquisada neste estudo. Passamos agora a examinar o percurso metodológico que delineou a presente pesquisa.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Estruturamos este estudo de caso, a fim de compreender e aprofundar os motivos que levam ao surgimento do fenômeno do sofrimento psíquico entre os estudantes de medicina, o qual impacta a realidade pessoal e social. Como estratégias do estudo, elaboramos inicialmente uma pesquisa bibliográfica exploratória, que enfatiza a problemática em estudo, através das diversas publicações existentes; um levantamento do perfil socioidentitário, por meio das informações coletadas dos estudantes em um formulário eletrônico e impresso; bem como uma pesquisa social qualitativa, utilizando a técnica de grupos focais, que deu voz aos estudantes que discutiram sobre suas vivências, o que pode ser articulado aos aspectos da literatura em questão. Segue maior detalhamento de cada etapa metodológica desenvolvida neste trabalho¹⁵.

O estudo de caso, segundo Yin (2001), constitui uma estratégia de investigação empírica, abrangente, que se propõe a analisar e aprofundar fenômenos contemporâneos, quando se está inserido no contexto dos acontecimentos. Estimula que se aprofunde “como” e “por que” tais fenômenos acontecem. Muito utilizado em pesquisas qualitativas, pois leva a conhecer a unidade de análise de forma mais ampla.

A pesquisa bibliográfica consiste em um método analítico-hermenêutico. Assim, ela é uma das etapas da investigação científica, compreendendo uma revisão da literatura sobre as principais teorias que norteiam o trabalho científico.

A pesquisa bibliográfica busca a resolução de um problema (hipótese) por meio de referenciais teóricos publicados, analisando e discutindo as várias contribuições científicas. Esse tipo de pesquisa trará subsídios para o conhecimento sobre o que foi pesquisado, como e sob que enfoque e/ou perspectivas foi tratado o assunto apresentado na literatura científica (Boccatto, 2006 *apud* Pizzani *et al.*, 2012, p. 54).

Nesse sentido, foram realizadas leituras, fichamentos e a síntese dos principais argumentos contidos em textos relacionados ao sofrimento psíquico em estudantes de medicina, seguindo autores e referências no campo da medicina, da psicanálise e da educação, publicados nos últimos dez anos. Inicialmente, procedemos a uma busca online, utilizando as palavras-chave “sofrimento psíquico”, “estudantes de medicina” e “formação médica” em base de dados como Scielo, Portal Capes e Google Acadêmico, assim como dissertações e teses de universidades, chegando a trabalhos de pesquisadores e de professores da área da psicologia

¹⁵ Uma estudante do curso medicina participou como colaboradora no levantamento do perfil identitário, desenvolvendo atividades de leituras sobre o tema e as metodologias de trabalho, realizando a articulação da pesquisa com os estudantes, auxiliando na organização dos grupos focais, na sistematização e na relatoria, conferindo-lhes uma declaração de participação na pesquisa.

médica em universidades como USP, UERJ e UFMG. Grande parte do acervo consultado em livros e periódicos fez parte da biblioteca particular da pesquisadora, que atua na área desde 2012. Outras fontes foram indicadas pelos orientadores da pesquisa, colegas da universidade, assim como alguns participantes da banca de qualificação, profissionais envolvidos nesta área. A partir destes vários caminhos, chegamos a autores de referência nacional e internacional nestes campos de conhecimento: Ana Cláudia Santos Chazan, Arthur Kaufman, Mário Alfredo de Marco, Patrícia Lacerda Bellodi, Patrícia Tempski Fiedler, Paulo Corrêa Vaz de Arruda, Sergio Baldassin e Sergio Zaidhaft, assim como psicanalistas clássicos e contemporâneos, que abordam esta temática, dentre eles Sigmund Freud, Jacques Lacan, Cristian Dunker, Jean Clavreul, Nelson da Silva Junior, Sueli Pereira Caixeta e Vladimir Saflate.

Além da pesquisa bibliográfica, conduzimos uma pesquisa empírica qualitativa, por meio de um questionário online e impresso, onde, inicialmente, levantamos o perfil dos estudantes que integravam o curso de medicina em 2024, período previsto para a pesquisa de campo, contendo dados identitários como sexo, cor, idade, religião, cidade de origem, dados de residência, relacionamentos afetivos, se bolsista ou não. Essas informações enriqueceram o estudo, revelando o perfil do estudante de medicina da instituição, pois não possuímos mais informações sobre a realidade na região.

Por fim, foram criados grupos focais, estruturados com fins de realizar uma entrevista coletiva em maior profundidade, buscamos compreender esta realidade por meio da participação dos estudantes. Segundo Bernardete Gatti¹⁶(2005), esta metodologia privilegia a rede de interações produzidas no grupo, através das questões discutidas, contribuindo como elemento fundamental para análise do processo investigativo. Mesmo focado em um tema relativo à pesquisa do projeto, oferece a oportunidade de trocas e *insights*, em um processo de comunicação entre os participantes. Afinal, as análises são enriquecidas pelas interações que se produzem.

Segundo a Associação Brasileira de Educação Médica (c2025), existem 317 escolas de medicina, além de 20 outras entidades associadas também envolvidas com a formação médica, que abarcam um total de 7.276 estudantes, além de 506 residentes em pós-graduações. Contam com um total de 4.616 professores (Abem, c2025). A região Sul é a terceira no país em distribuição de médicos por habitantes, estando à frente do Norte e do Nordeste. Entre os estados da região, não há muita diferença entre o Rio Grande do Sul, que lidera com a melhor

¹⁶ Bernardete A. Gatti, psicóloga, pesquisadora na área da educação na Fundação Carlos Chagas, docente da PUC-SP, atuando no programa de pós-graduação em educação. Tem vários livros e publicações científicas no Brasil e no exterior nas áreas da formação de professores, avaliação educacional e pesquisa científica.

distribuição, e o Paraná, com a pior distribuição, segundo dados do Conselho Federal de Medicina (c2025).

O procedimento de *campo de estudo* foi desenvolvido numa universidade, por meio de duas estratégias de pesquisa, a saber:

a) Quanto às *técnicas de coleta de dados* para a construção do perfil, aconteceram no período de março a maio de 2024, obtendo as informações dos estudantes da instituição, do I ao XII nível. Registramos dados como sexo, cor, idade, religião, cidade de origem, residência na cidade, relacionamentos afetivos e se bolsistas ou não, ou seja, um perfil básico para situar melhor o público deste estudo.

Para o levantamento do perfil dos estudantes, parte descritiva e quantitativa desta pesquisa, a amostragem aconteceu dentro da universidade, onde todos os 610 acadêmicos do curso foram convidados. Para garantir o poder do estudo em pelo menos 80%, considerando um alfa de 5%, erro amostral de no máximo 10%, respeitando a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei n. 13709) bem como a Resolução 466/2012, para o cálculo amostral, foi considerado 50% da população (Hulley, 2015), ou seja, um mínimo de 305 acadêmicos. Do montante de 610 convidados, 334 responderam ao perfil, sendo que, deste número, 161 responderam no formato eletrônico e 173 no formato impresso durante as visitas à sala de aula.

O trabalho foi estruturado de duas formas: inicialmente foi enviado um formulário online pelo Google Forms e, depois, foi oferecido o questionário impresso em visitas à sala de aula. Começamos a divulgar a pesquisa de forma online, em março de 2024. Após divulgar em seis turmas, que somavam aproximadamente 300 estudantes, e receber em torno de 142 questionários respondidos, sendo que, das seis, duas praticamente não participaram, resolvemos investigar o motivo do pouco envolvimento e mudar a estratégia. Segundo alguns professores, pesquisadores da instituição, o possível motivo de não responderem ao protocolo online se deu pelo excesso de demandas, onde, possivelmente, diante de mais uma tarefa virtual, esta ficou esquecida. Com isso, passamos a visitar as turmas informando da pesquisa, reforçando o convite a participar de forma online; mas, mesmo assim, os resultados continuaram baixos, recebemos em torno de mais 20 respostas, perfazendo assim, 162 questionários online. A partir desta constatação, imprimimos o protocolo da pesquisa e o TCLE e articulamos com a coordenação e alguns professores o melhor horário para divulgar a pesquisa em sala de aula, nas turmas que faltavam. Em abril de 2024, visitamos as outras seis turmas e, ao final, computamos 173 questionários impressos respondidos, sendo que, deste restante, algumas turmas foram mais responsivas que outras. Destaco três turmas em especial, que em um montante de 150

estudantes, 84% participaram. Não temos mais elementos de análise sobre o fator de maior ou menor participação em cada turma nesta pesquisa.

O roteiro para a coleta do perfil dos estudantes, tanto online, quanto impresso, foi enviado a partir do aceite de cada estudante. Foi disponibilizado um *link* para que os acadêmicos que aceitaram participar da pesquisa acessassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes de responder, da mesma forma procedemos nas visitas presenciais. Todos os participantes, em ambos os formatos, responderam o TCLE, totalizando 334 respostas.

b) Para a organização dos grupos focais, foram convidados, a partir de visitas em sala de aula, doze estudantes de uma turma no início do curso, doze de uma turma da metade do curso e doze do internato. Assim, contamos com doze estudantes do início e da metade do curso. Das turmas do internato, cinco discentes se prontificaram a participar. O número indicado de participantes em um grupo focal é entre oito e doze participantes, pois objetiva a maior participação e de uma forma aprofundada, onde a palavra circule com todos. Teoricamente, pode-se organizar um minigrupo focal, com no mínimo quatro pessoas. O foco maior desta metodologia está no resultado das análises obtidas, através da declaração dos envolvidos. Esta atividade objetivou aprofundar as vivências na universidade, discutindo temáticas em cinco eixos: expectativas na chegada à universidade, relações pedagógicas, ambientes de formação, relações entre os colegas e saúde mental. Para Fontanella, Ricas e Turato (2008, p. 20):

Nos estudos qualitativos, a questão “quantos?” nos parece de importância relativamente secundária em relação à questão “quem?”, embora, na prática, representem estratégias inseparáveis. Afinal, o que há de mais significativo nas amostras intencionais ou propositais não se encontra na quantidade final de seus elementos (o “N” dos epidemiologistas), mas na maneira como se concebe a representatividade desses elementos e na qualidade das informações obtidas dele.

A definição na escolha da participação nos grupos dos estudantes no início do curso se deve por estarem chegando na instituição, ainda colados em seus ideais, se adaptando a uma nova realidade, embora se estima que estejam à vontade nas relações pessoais e já possam falar com propriedade o que estão percebendo e o que lhes afeta, além de se sentirem incluídos na instituição e no grupo. Na metade do curso, por já estarem bem adaptados e já terem vivido importantes situações na instituição, e do internato se deve por terem uma visão sistêmica da formação, podendo contribuir na construção de possíveis caminhos através da reflexão do que viveram durante o período.

Após a configuração dos três grupos que aceitaram participar do grupo focal, definimos o melhor horário no turno da noite, assim como a sala nas dependências da faculdade

de medicina. Levamos em consideração a privacidade e o conforto, oferecemos transporte para a chegada, água, café e lanche, adequados ao terceiro turno de atividades. O trabalho durou mais de 2 horas, nos três encontros. A data foi definida a partir da agenda dos participantes, acontecendo em junho e julho de 2024. As informações foram coletadas por meio das interações grupais, que reuniram detalhes, oportunizando o depoimento dos estudantes frente aos dados teóricos da pesquisa, em um ambiente que permitiu que manifestassem suas percepções e pontos de vista, evidenciando como certos aspectos da realidade são construídos. Esta metodologia permitiu levantar boa quantidade de informação em um período de tempo mais curto.

Os grupos foram realizados tendo a pesquisadora no papel de facilitadora, juntamente de duas professoras da faculdade e de uma estudante bolsista em um dos encontros, estas participaram do trabalho no papel de cofacilitadoras, observadoras e relatoras, de maneira a auxiliar nas notas de campo.¹⁷ Antecipadamente à realização dos encontros, nos grupos, os participantes foram informados dos objetivos específicos da pesquisa e dos seus direitos. Dentre *os direitos mais comuns*, destaca-se o direito de confidencialidade, de ser tratado com dignidade, de não ser obrigado a responder a todas as perguntas e de saber que a sessão está sendo gravada e, neste caso, todos concordaram.

Com relação à *análise e à interpretação dos dados*, se deram através da articulação dos objetivos deste trabalho com os depoimentos dos estudantes, com foco nas opiniões surgidas sobre o sofrimento vivido durante a formação médica, que mais impactaram seu desenvolvimento e crescimento. No primeiro momento, organizamos o material colhido nos grupos, pareando as anotações dos facilitadores com as gravações, construindo um relato o mais completo possível, base para as análises. Em seguida, analisamos o conteúdo com o objetivo de compreender de forma crítica o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, ainda, significações explícitas ou ocultas, buscando caminhos semelhantes e diferentes à teorização bibliográfica.

Agrupamos o material resultante dos grupos focais, destacando diferentes opiniões, sentidos percebidos, valores e conceitos dos participantes. Comparamos os depoimentos entre o grupo que está no início, na metade e no final do curso. A partir das falas, organizamos categorias relacionando os problemas levantados pela teorização. As falas distantes da teoria sobre o sofrimento psíquico na formação médica foram consideradas em uma nova categoria.

¹⁷ Uma colega da instituição, integrante do Grupo de Apoio ao Discente da Escola de Medicina, participou do grupo focal como relatora.

Destacamos as conexões e as repetições nos temas, evidenciadas como relevantes aos grupos, agrupando as opiniões e analisando seus sentidos. As opiniões mais repetidas e as menos faladas foram consideradas, como fruto da interação do grupo, aspecto fundamental na análise de um grupo focal (a dinâmica interacional), articulando sempre ao objeto e aos objetivos da pesquisa.

Por fim, as categorias analíticas da pesquisa, além do tema geral e dos objetivos, também se pautaram nos cinco eixos de discussão dos grupos focais, conforme citados anteriormente: expectativas na chegada à universidade, relações pedagógicas, ambientes de formação, relações entre os colegas e saúde mental. Reforçamos que a redação das análises seguiu todos os critérios de segurança e de adequada exposição dos dados na busca pela validação e pela confiabilidade do trabalho.

Em relação às *questões éticas da pesquisa*, é respeitada a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei n. 13.709), bem como a Resolução 466/2012, para o cálculo amostral, conforme referido anteriormente. O trabalho foi enviado para a escola de medicina da universidade e, aceito pela instituição, logo encaminhado ao CEP. A pesquisa de campo só iniciou após aprovação do CEP. Em seguida, divulgamos em sala de aula e todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde vários aspectos referentes ao levantamento dos dados e ao grupo focal são explicados. Assim, só participou da pesquisa de campo quem aceitou e assinou o TCLE, de forma que todo o cuidado ético foi tomado. Depois de finalizado o estudo, os resultados serão repassados aos participantes da pesquisa por meio do envio do trabalho para o e-mail indicado por eles. Desse modo, os sujeitos da pesquisa terão conhecimento de todo o processo de construção do referido estudo.

Em relação aos *riscos possíveis* nas ações que envolveram a identidade dos estudantes através do levantamento do perfil, foi se sentirem inseguros quando à privacidade de seus dados. Para minimizar este fator, não identificamos os dados por semestre, mas a totalidade dos estudantes da escola, transformando-os em números de 001 a N, ou seja, ao número total de respostas.

Os riscos possíveis na participação nos grupos focais foram: sentir um pouco de desconforto a partir da fala de acontecimentos que possam ter afetado a vida dos estudantes ou de algum colega em curso. Fatores ansiogênicos ao serem lembrados podem reativar emoções ou sentimentos desagradáveis. Se identificado algum sinal de desconforto psicológico durante a participação na pesquisa, que interfira no bem-estar de um ou mais participantes, a pesquisadora comprometeu-se a interromper o trabalho e orientar o/a participante por meio de um acolhimento especializado na área para que tal situação seja melhor entendida e elaborada.

Posteriormente, assume o compromisso quanto ao encaminhamento a profissionais indicados da área. Caso algum estudante não desejasse mais participar da continuidade, teria a liberdade de deixar o grupo. O anonimato resguardado e os nomes são trocados.

A participação na pesquisa gera benefícios como elencar e refletir aspectos nocivos a formação teórica e relacional na faculdade, contribuindo e gerando conhecimento que tragam mudanças e maior qualidade nos estudos e em aspectos do relacionamento. O estudante poderá também elaborar emocionalmente vivências, através do debate a partir de dicas dos colegas, superando dificuldades vividas e contribuindo com os demais participantes. Poderão repensar as práticas pedagógicas, auxiliando nas avaliações semestrais com sugestões de práticas e de medidas menos ansiogênicas.

Até aqui, detalhamos como foi conduzido este estudo, a fim de articular a teoria existente sobre o tema ao levantamento de informação na universidade em foco, para saber mais sobre o perfil do estudante, assim como seu depoimento a respeito das vivências que trouxeram maior sofrimento psíquico. Detalhamos o passo a passo na estruturação deste estudo, o planejamento das etapas, os desafios encontrados para chegar aos resultados e as mudanças necessárias no caminho.

4 A FORMAÇÃO DO ESTUDANTE DE MEDICINA, SAÚDE MENTAL E SOFRIMENTO PSÍQUICO

“Mais que tentar sobreviver ao curso de medicina deve-se refletir sobre o viver, em qualquer fase da vida, antes, durante e depois da graduação”.
Fiedler, 2008, p. 33.

Este capítulo aborda as bases que dominaram a estruturação e a formação no curso de medicina, influenciadas pelo professor Abraham Flexner, a partir da realidade americana do início do século XIX e adotada no Brasil em 1968: um modelo científico positivista, biomédico, hospitalocêntrico, de forma individual e centrado na doença, que reverbera na formação técnica e ideológica até os dias atuais. Aponta os alicerces das Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de medicina, com princípios éticos, filosóficos e humanistas, que avançam, mas diferem, algumas vezes, da formação e da prática médica em muitos cursos universitários. Além disso, analisa como o reforço do método tradicional de ensino e aprendizagem impacta na vida, na aprendizagem e na saúde mental dos estudantes. Apresenta o motivo da escolha que levaram os estudantes pesquisados a escolher medicina e também o resultado do perfil que compõem este coletivo, no momento pesquisado.

O capítulo avança investigando o sofrimento psíquico a partir da psicanálise clássica de Freud, quando descreve, em 1930, o mal-estar da civilização, dentro da sua estruturação e concepção de sujeito, estruturada a partir da instância psíquica do inconsciente, subvertendo o domínio da razão e trazendo nova compreensão para o entendimento do ser humano, da sua saúde mental e dos sintomas religando corpo e mente. Na sequência, adentra-se no pensamento mais contemporâneo de Lacan, que traz a influência dos discursos sociais sobre a estruturação do sujeito, além de outros autores brasileiros que nos apresentam as formas atuais de configuração do sofrimento humano, em um tempo em que o domínio do capital neoliberal, aliado à ciência, enfatiza novas formas de sofrer desarticuladas do contexto, das exigências em que vivem e dos discursos sociais. Por sua vez, voltaremos a realidade dos estudantes de medicina, desafiados em um curso tradicional e exigente, inseridos dentro da lógica do mercado, onde se imprimem ideais que levam à competição e ao isolamento, influenciando o amadurecimento e a prática médica, normatizando os comportamentos esperados.

4.1 Alguns desafios ao modelo tradicional de formação médica

A formação no curso de medicina é composta por etapas a partir do ciclo básico, da entrada na clínica e da chegada ao internato, momento final da graduação, onde vivem a prática clínica de forma mais intensiva. Em cada ciclo, existem diferentes desafios. No primeiro ano, os estudantes precisam reaprender diferentes estratégias de estudos frente às novas aprendizagens, em mais de dez disciplinas, com metodologias que exigem formas diferentes de estudo e de avaliação. Assim, necessitam estudar conteúdos básicos, que parecem desagregados e distantes da atuação médica, em um curto espaço de tempo. A entrada na clínica traz o desafio do não saber o suficiente, estar diante de um paciente e ter dúvidas em como se apresentar e agir. No ciclo final, questionam-se quanto às aprendizagens, se já sabem e podem atuar como médicos, além de, atualmente, se depararem com um mercado de trabalho de maior disputa em função do número crescente de faculdades que todos os anos levam profissionais ao mercado e um número reduzido de vagas para a residência, dois fatores de precarização da qualidade dos serviços médicos.

O modelo atual de ensino, na medicina, foi influenciado pelo molde organizado pelo professor americano Abraham Flexner (1866–1959), a partir de uma avaliação realizada em 155 escolas médicas estadunidenses e canadenses durante seis meses, no ano de 1908, o que levou a construção do Relatório Flexner em 1910. O documento tinha como função examinar o estado das universidades da América do Norte e a educação médica, em particular, a fim de regular as escolas e qualificá-las. Ao mesmo tempo, foi responsável por influenciar a mudança de currículo nos cursos médicos no mundo todo. Antes disso, segundo Pagliosa e Da Ros (2008), as escolas médicas proliferavam de uma forma caóticas nos Estados Unidos, não tinham concessão do estado e atuavam com várias abordagens terapêuticas, sem padronização, desvinculadas das instituições universitárias, sem equipamentos, tempo de duração e fundamentação teórico-científica.

A partir do final do século XIX, a indústria farmacêutica cresce e se associa às escolas médicas e ao grande capital, exercendo pressão sobre as instituições e os governos para a implantação da medicina científica. “Pode-se concluir, pois, que a medicina científica ou o ‘sistema médico do capital monopolista’ se institucionalizou através da ligação orgânica entre o grande capital, a corporação médica e as universidades” (Pagliosa; Da Ros, 2008, p. 495). É neste contexto que os trabalhos de Abraham Flexner ganham notoriedade, levando ao fechamento da maioria das escolas médicas nos EUA, assim como das escolas de homeopáticas que tiveram seu fim em anos posteriores. Fecharam-se as escolas para negros, elitizando o curso

médico. “Se, por um lado – para o bem – o trabalho de Flexner permitiu reorganizar e regulamentar o funcionamento das escolas médicas, por outro – para o mal – desencadeou um processo terrível de extirpação de todas as propostas de atenção em saúde que não professassem o modelo proposto” (Pagliosa; Da Ros, 2008, p. 495). Poucos anos depois, Flexner assume um cargo permanente em uma instituição de ensino provida pela fundação Rockefeller, ampliando sua influência e seu controle sobre as instituições de ensino norte-americanas, propagando, por meio de muitos incentivos financeiros, suas ideias para outros países do mundo, incluindo o Brasil.

Pagliosa e Da Ros (2008) propõem escolas médicas baseadas em universidades, com pesquisa e evidência científica, tempo de formação, rigoroso controle de admissão, divisão em ciclo básico e ciclo clínico dentro de um hospital, instalações adequadas, pois ali é o local apropriado para se estudar as doenças, de forma individual e concreta. “A doença é considerada um processo natural, biológico. O social, o coletivo, o público e a comunidade não contam para o ensino médico e não são considerados implicados no processo de saúde-doença” (Pagliosa; Da Ros, 2008, p. 495). A prática dentro de um hospital é priorizada, o único conhecimento seguro é o científico, baseado em modelo positivista, mediante a observação e a experimentação. A ciência substitui a arte e o processo de racionalização domina o Ocidente.

O processo de avaliação realizado por Flexner, segundo Pagliosa e Da Ros, aconteceu em um período curto, por um único especialista, sem a utilização de instrumento de coleta de dados padronizado e validado, este “via a educação médica como destinada a pessoas da elite, com o aproveitamento dos mais capazes, inteligentes, aplicados e dignos” (2008, p. 496). Até hoje, a educação médica enfatiza o modelo biomédico, centrado na doença e no hospital, reduzindo a visão de programas educacionais médicos. “Ao adotar o modelo de saúde-doença unicausal, biologicista, a proposta de Flexner reserva pequeno espaço, se algum, para as dimensões social, psicológica e econômica da saúde e para a inclusão do amplo espectro da saúde, que vai muito além da medicina e seus médicos” (Pagliosa; Da Ros, 2008, p. 496).

No Brasil, a reforma do ensino que aconteceu durante o regime militar, em 1968, impactou significativamente a área de medicina.

A estrutura departamental foi instituída, em substituição às cátedras, e determinou-se a obrigatoriedade nas faculdades de um núcleo básico (comum para todas as 20 áreas da saúde) e um ciclo profissional. As universidades deveriam passar a articular as atividades de ensino e de pesquisa, que até então estavam relativamente desconectadas (Chazan, 2015, p. 19).

Este avanço estimulou o ensino das especializações, a medicina privada e a expansão da indústria farmacêutica e do complexo médico-industrial.

Esse cenário trouxe grandes desafios para a formação médica, pois evidenciou as lacunas do modelo biomédico, uma vez que o atendimento aos portadores de doenças crônicas requer o desenvolvimento de competências para o cuidado, não apenas ao paciente, mas também aos familiares e cuidadores, para o enfrentamento das situações de perda e morte (Chazan, 2015, p. 21).

A partir da década de 1960, outros modelos médicos ganharam atenção, como o que observava o ser humano e o adoecer integrando aspectos biopsicossociais, enfatizando a importância da relação médico-paciente. Em diferentes regiões, grupos de docentes iniciam algumas mudanças, o que ganhou mais força nos anos 1990, a partir da avaliação do ensino médico e do fortalecimento do SUS. Esta reconstrução visou qualificar um profissional mais humano e generalista, buscando uma sociedade mais justa, conforme descreve Chazan (2015).

As atuais Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (Brasil, 2014) preconizam, em seu Art. 3º, uma formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, garantindo ao graduado atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde com a promoção, a prevenção, a recuperação e a reabilitação da saúde, tanto individual quanto coletiva, visando a responsabilidade social e o compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana e da saúde integral do ser humano. Sua prática é embasada pela transversalidade e pela formação social do processo de saúde e doença. De acordo com as Diretrizes, os estudantes são estimulados em diferentes habilidades necessárias para atuar no âmbito da atenção, da gestão e da educação em saúde, que vão desde a humanização do cuidado, por meio de várias formas de comunicação integrada e articulada com outros profissionais em instâncias de saúde, até os procedimentos de alto padrão da prática médica, dentro das diretrizes e das políticas de saúde para a preservação da vida (Brasil, 2014).

As bases conceituais, as diretrizes e os princípios filosóficos avançam, mas a prática na formação resiste e, em muitos aspectos, se mantém tradicional, centrada na figura do professor e no repasse de conhecimento, diga-se, de muito conhecimento, nas várias especialidades, para que o aluno o detenha no curto espaço de um semestre. Muitos professores se colocam como figuras de autoridade e poder, em uma relação vertical. Segundo Chazan (2015), as aulas são, na maioria das vezes, expositivas, em salas em que as bancas são dispostas em filas, uma atrás da outra. “O ambiente é austero para evitar distrações, e pela mesma razão os elementos da vida emocional ou afetiva são reprimidos. O isolamento da escola em relação ao mundo exterior não facilita a transferência de aprendizagem” (Chazan, 2015, p. 25).

O estudante precisa decorar para que seu conhecimento seja testado pela prova, que é o principal instrumento de avaliação, obtendo a nota que o classifica, sem levar em conta as condições subjetivas que podem ter contribuído tanto para uma nota baixa como, em outros casos, para aumentar o rendimento por meio de estimulantes e de medicações que intensificam a concentração, pois o que vale é o resultado para passar. Isso direciona que ele estude mais o que irá cair nas provas, visando obter melhor rendimento.

O impacto da metodologia tradicional sobre os estudantes e a aprendizagem deixou de estimular a busca ativa do conhecimento e de enfatizar o processo criativo na aprendizagem. As aulas são ministradas pelo professor, muitas vezes, sem a participação atuante do estudante. Este segue recebendo conteúdos para estudar e responder com bom resultado na prova teórica: “o que o professor diz em três minutos de aula são dez páginas, aí fica complicado a gente saber o que é importante pra estudar” (Tenório *et al.*, 2016, p. 580). A habilidade cognitiva mais enfatizada é a memória a curto prazo. Alguns estudantes referem que esquecem tudo depois da prova, quando, em outras situações, o bloqueio não acontece antes. Outros aspectos importantes como propor pensar nos problemas de nosso tempo ou trazer problemáticas para desafia-los, permitindo que possam aprender com seus próprios erros e encaminhar seu próprio aprendizado, não são priorizados na maior parte das disciplinas.

O maior incentivo à anatomia e aos procedimentos técnicos, o conselho ao não envolvimento com o paciente, o silenciamento do sofrimento e a anulação das diferenças e da subjetividade tendem a ir construindo no estudante a referência de que suas emoções não podem ser expressas, pois atrapalham o desempenho profissional. Essas são algumas recomendações presentes nas práticas no modelo tradicional de ensino, reforçadas através do currículo oculto¹⁸, que marcam o discente em sua formação. Sergio Zaidhaft argumenta, em palestra na Associação Brasileira de Educação Médica (informação verbal, 2023)¹⁹ que:

Os alunos ouvem que precisam aprender a não se envolver, não chorar, não ter sentimentos e não ser fracos. Cultura que manifesta afetos é ser fraco. O termo resiliência virou sinônimo de sobrepujar qualquer dificuldade, não ter tempo a perder se sentindo frágil, fraco, com dificuldade e medo. Virou um lema para não se sentir sem recursos para enfrentar, nem temporariamente, pois não temos tempo a perder.

¹⁸ O currículo oculto resulta das relações interpessoais que se desenvolvem na esfera acadêmica, com destaque para aquelas que emergem de situações cotidianas e não se encontram estabelecidas no conjunto de saberes contemplados no currículo formal (Santos *et al.*, 2020). Muitas vezes são nestas falas em momentos não formais em que se repassa o corporativismo, a exclusão social e a violência nas relações.

¹⁹ A Saúde Mental e a Escola Médica. Vídeo produzido pela ABEM em 25/09/23. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=5iKA-BwaG1s>. Acesso em: 25 set. 2023.

Um exemplo do que afirma Zaidhaft (Saúde [...], 2023) é o que ocorre na disciplina de anatomia. O contato com o cadáver é um momento muito esperado para alguns, mas impactante para outros, pois reflete no surgimento de medos e de reflexões sobre a vida e a morte e, algumas vezes, na repulsa a comer carne. Baldassin atesta que estas vivências “desencadeiam ou reavivam conflitos de várias naturezas previamente existentes, piorados inclusive com o medo de o estudante ser logo o objeto da atenção dos outros, considerado ‘fraco’, e a sua reação, comprovando que não está apto à vida do médico” (2012, p. 68).

Quando iniciam o contato com o paciente, por meio da disciplina de semiologia, com a responsabilidade da anamnese, refletem sobre sua identidade de estudantes diante do olhar do outro, acreditando que incomodam os pacientes, pois buscam informações sem aparentemente ter nada para dizer a eles. É o que ocorre quando indagados sobre o quadro clínico, por exemplo. Nesse momento, muitos não sabem se revelam seu papel de jovens estudantes, temendo serem rejeitados e não executarem a tarefa com êxito. Os desafios seguem ao longo dos diferentes semestres. Ao ingressarem no internato, questionam-se se aprenderam o suficiente, se irão ajudar o paciente e onde irão se especializar. Alguns vivem este período reconhecendo e sintetizando aprendizagens com segurança, aprofundando conteúdos e práticas, para depois decidir entre a residência ou uma experiência de trabalho (De Marco, 2012).

Por outro lado, mesmo com os avanços tecnológicos na formação médica, é possível observar disparidades e críticas no resultado da atuação profissional médica, tanto em hospitais como em outros espaços de atendimentos no que tange a prática humanizada, pois os desafios frente às principais necessidades de saúde da população persistem diante a ênfase na formação individualizada, técnica e especializada. O momento atual traz novos desafios à medicina, com o surgimento de doenças infecto-parasitárias, como a influenza e a covid-19, e outras antigas que ressurgiram, como a dengue e a cólera; ainda, tem-se as de causas externas, como o suicídio, os afogamentos, os envenenamentos, as enchentes e outras ligadas às mudanças no meio ambiente, revelando a fragilidade tanto no modelo de atendimento médico hospitalocêntrico, onde a doença está acima do doente, quanto em outros espaços de práticas médicas, como as Unidades Básicas de Saúde (UBSs). Nessas se espera um profissional não focalizado somente na técnica fragmentada para a doença, mas que contextualize sua prática de acordo com a necessidade de saúde da população. A humanização no atendimento com vistas a um atendimento integral continua sendo um tema relevante, mesmo com todos os avanços tecnológicos, o acesso à informação, a aceleração nas investigações biomédicas, o aparato farmacológico, entre outros (Alves *et al.*, 2009).

Sousa *et al.* (2020) propõem que o processo de *humanização* do atendimento à saúde precisa iniciar na universidade “através de uma formação adequada com base em fundamentos teóricos humanistas e de atividades práticas que permitam a interação entre educadores e educandos de modo a desenvolver comportamentos, habilidades e atitudes humanistas” (p. 2). As diretrizes médicas sugerem conceituações e procedimentos sobre humanização e formação médica. Elegê-los e teorizar em sala de aula é simples, mas não garante a elucidação para a prática humanizada. Existe uma complexidade gerada pela ambiguidade existente entre a teoria e a construção desta para o universo da prática, evidenciada tanto pelo sofrimento entre os estudantes durante a formação, onde apontam vivências desumanas, quanto pela queixa constante dos usuários nos serviços de saúde.

Os autores também referem que o modelo biomédico flexneriano leva à maior fragmentação da prática médica pelo seu aspecto individualista e superespecializado, com baixa ênfase na prevenção e na promoção da saúde. Indicam que diferentes espaços de prática devem ser oportunizados durante a formação médica, sobretudo na construção de uma concepção ampla do processo saúde-doença, com o olhar voltado para o sujeito em sua realidade social (Pagliosa; Da Ros, 2008, Sousa *et al.*, 2020). Somente a técnica não garante um profissional humano, pois este necessita estar aberto a relações dialógicas conectadas com os diferentes ambientes em que vive, pois o risco da formação com foco exclusivo no domínio conceitual e técnico é “excluir o papel do sujeito”²⁰. Como refere Pedreira (2018), neste caso, trata-se de um sujeito doente, falível, mortal e precário, que depende deste profissional em uma relação assimétrica. Com efeito, o poder do conhecimento está na mão do médico, mas dele se espera a ajuda necessária, com presença física, mesmo quando em dúvida, embora não uma presença onipotente, sem emoção e sentimentos, mas, como refere José Ricardo Ayres (2004)²¹, interagindo apoiado na intersubjetividade, com “a capacidade de criação de um campo de compreensão aprofundada do outro pela linguagem”, fazendo emergir o espaço-tempo do cuidado, que poderá marcar a relação em uma perspectiva humanista (Rios; Sirino, 2015, p. 402).

²⁰ Sujeito para a filosofia é o próprio homem enquanto fundamento de seus próprios pensamentos e atos. É a essência da subjetividade humana no que tem de universal e de singular. Lacan, entre 1950 e 1965, transformou o sujeito da consciência em um sujeito do inconsciente a partir do que Freud nomeou de clivagem do Eu. O sujeito para a psicanálise se constitui através da linguagem na relação com o Outro que o insere na ordem simbólica, conforme referem Roudinesco e Plon (1998).

²¹ Médico, sanitarista e professor de medicina preventiva da USP.

4.2 Motivo da escolha do curso e perfil dos estudantes de medicina da instituição em estudo

A escuta em três grupos focais na universidade pesquisada, revelou que a decisão pelo curso não segue uma única resposta a ponto de a generalizarmos, mas apontou motivos variados e particulares para esta escolha, ligados a acontecimentos pessoais e familiares. Entre os quais podemos citar, gostar de estudar, de ciências e do corpo humano, “*domingo de noite passava um programa na TV e eu gostava de ver, tipo, era umas coisas meio bizarras assim que eu achava legal, então eu lembro que eu gostava do corpo humano, de saber como funcionava*”, revela uma aluna do internato, encantada por uma narrativa ficcional, a qual posteriormente descobre que a realidade não é tão idealizada quanto a ficção demonstrava. O gosto por estudar o corpo humano e outros temas desta área reflete a construção de um desejo relacionado à curiosidade em saber mais, aspecto saudável na aprendizagem. Vislumbraram nessa profissão um leque abrangente de assuntos que levam a muitas especialidades na área da saúde, onde se realizariam. “*Uma coisa me chamou muita atenção, dá prazer de estudar*”, refere um aluno do III nível. Alguns revelaram que, desde criança, brincavam de médico, outros decidiram no Ensino Médio, o que levou a um descrédito dos familiares e dos amigos, pois muitos acreditam que para ser médico é necessário nascer com uma “*vocação nata*”, conceito questionado entre esses que, tendo descoberto a medicina no final Ensino Médio, também se sentem capazes de serem bons profissionais. Esse aspecto é reforçado por Millan *et al.* (1999), quando discutem sobre vocação médica e escolha profissional, revelando que os inúmeros fatores conscientes que determinam uma escolha “*são circunstanciais e nada tem a ver com possíveis questões de natureza vocacional propriamente dita*” (p. 26).

Alguns estudantes viveram doenças pessoais e encontraram médicos inspiradores:

Quando eu estava no meu Ensino Médio, tive um problema de saúde e fui para Porto Alegre fazer tratamento, fiquei sendo acompanhado por uma equipe que era incrível, fiquei maravilhado com aquilo e daí, foi o pontapé, é isso que eu quero fazer no meu dia a dia. E também foi por causa de um médico que me atendeu lá, incrível, uma pessoa excelente, eu fiquei na cabeça, eu quero ser igual a ele. Esta área do seu tratamento tem influência na sua escolha futura: quero oncologia (Aluno do VI nível).

Experiências traumáticas e negligências na família também foram decisivas para o ingresso na medicina, narra uma estudante cursando o internato. A família enfrentou uma doença com quadro grave que vitimou o seu irmão. Durante uma internação,

Ele teve uma pneumonia, a gente ficou um tempo no hospital e ele ouvia profissionais que deveriam tá acolhendo ele, acolhendo a minha mãe, explicando o que tava acontecendo, deixando claro pra ela o que tá acontecendo, pra mim, que era uma criança, adolescente ali, então deveriam acolher [...] pra minha mãe foi um negócio muito impactante assim, de quem deveria cuidar, isso é muito triste, foi aí que eu disse: comigo vai ser diferente!

Essa experiência pessoal e familiar, comum a mais de um(a) participante, revela uma escolha sustentada pelo desejo de reparar, fazer melhor, imaginando reconstruir uma experiência difícil, idealizando uma medicina diferente. Millan *et al.* (1999) confirmam que o desejo de reparar está entre as motivações inconscientes para a escolha do curso. Entre outros motivadores inconscientes, encontra-se o desejo de ver e o desejo de poder.²²

Outro motivador presente neste estudo é gostar de cuidar de pessoas, o que confirma o estudo de Missenard, apresentado por Millan *et al.* (1999), que relaciona o interesse humanitário através do desejo de cuidar, de curar, de se dedicar e de ter prazer nos contatos.

A decisão baseada no retorno financeiro e na continuidade da profissão de um familiar, por ter médicos na família, apareceu com menor frequência neste estudo. Uma estudante, do VI nível, filha de um médico, foi desestimulada pelo pai, que referia permanentemente comentários negativos:

“Olha! essa é a vida que tu quer? Realmente, depois é assim que tu vai viver, tenha a noção de que tu vai ter que estudar muito, vai ter horários muito ruins, não vai ter vida própria”, não sei se tentando me fazer desistir, mas eu acho que colocando um pouco de pressão assim [...], mas sinto que falavam de forma ácida.

Chama atenção que, nos três grupos focais realizados, muitos estudantes viveram um fato em comum: o desestímulo à sua escolha quando revelaram em suas redes de apoio o desejo em entrar na medicina. Todos enfatizavam a dificuldade em cursar, que era verbalizada nos constantes comentários entre amigos, colegas e familiares. Alguns desanimaram, não optando pela escolha da medicina, ouviam sugestões de caminhos mais fáceis, isso fez com que se sentissem invalidados em seu desejo e nas condições pessoais, buscando, assim, outros cursos: *“ah, é muito difícil, fulano ficou 10 anos tentando; “tu não vai conseguir tão fácil”, comentaram duas estudantes do VI nível. Somente depois, já nos estágios ou após a formatura, percebendo que não se realizariam, desistiram e voltaram a pensar na medicina. O tempo de ingresso foi de até cinco anos, investidos em cursinho ou estudos individuais. “Eu fiz outra*

²²“O desejo de ver ou saber diz respeito a dois grandes tabus da humanidade: o sexo e a morte. Até há pouco tempo, o médico era o único elemento capaz de transgredi-los”. O desejo de reparar origina-se no desejo de reparar nossos impulsos agressivos. Pode nascer na infância, por um sentimento de impotência ou rejeição emocional. O desejo de poder ‘traz em seu bojo os elementos de onipotência, defesa contra doença, sofrimento e a morte’, que tem como base o desejo universal de imortalidade (Millan, 1999, p. 27).

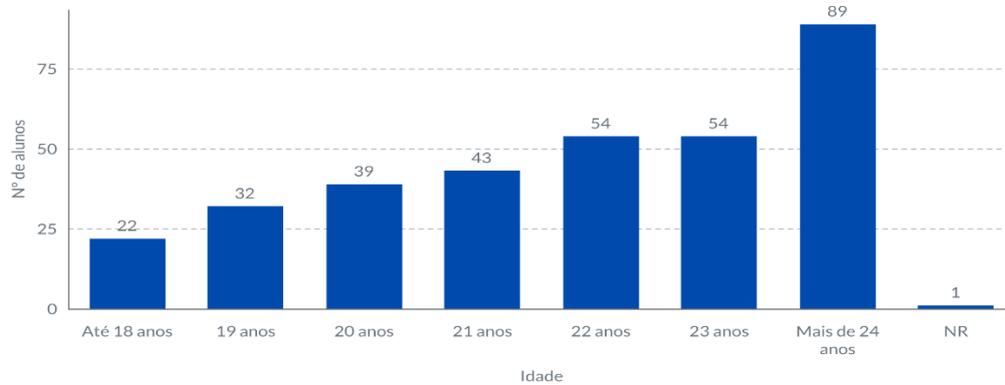
faculdade antes, né, que nem X (referindo a colega). Eu me formei, mas quando eu tava no sétimo semestre, eu resolvi fazer medicina”; “A nota que eu usei pra passar em medicina, foi uma nota que eu me lembro que fiz quando eu tava na odontologia”, comentaram dois estudantes do VI nível.

Para saber mais sobre o perfil dos estudantes presentes na universidade sede deste estudo, levantamos, no período de março a maio de 2024, informações como idade, sexo, naturalidade, cor, com quem reside na cidade sede do curso, se estava em algum relacionamento afetivo, religião, se é bolsista ou não. Do montante de 610 estudantes na instituição, 334 responderam ao levantamento do perfil, sendo que deste número, 161 responderam no formato eletrônico e 173 no formato impressos durante a visita à sala de aula.

Em relação à idade, 333 estudantes responderam, sendo que 22 deles encontram-se na faixa etária até 18 anos (6,6%); 32 estão com 19 anos (9,6%); 39 com 20 anos (11,7%) e 43 com 21 anos (12,9%). Se somarmos este período, que compreende dos 18 anos aos 21 anos, com essa amostragem, a instituição possui 137 estudantes, em torno de 40,8% no final da adolescência, em transição para se tornar adulto jovem, fase ainda permeada por questões da adolescência, como a dependência financeira e a imaturidade emocional, muitas vezes, geradas pelo tempo que passaram a mais em casa, se preparando para ingressar na universidade, em um curso que pressupõe maturidade e capacidade de compreensão para lidar com o outro ser humano em situação de adoecimento. O autoconhecimento também é um desafio inerente desta fase, assim como a elaboração da separação da família para assumir as tarefas que lhe cabem neste novo momento de vida, situação que mobilizará estresse e preocupações, necessitando de maior cuidado e apoio familiar e institucional.

Os demais estudantes que responderam a esse levantamento se distribuem entre as faixas etárias dos 22 anos a mais de 24 anos. Com 22 anos, registramos 54 estudantes (16,2%) e o mesmo número com 23 anos (16,2%). Com mais de 24 anos, são 89 estudantes, perfazendo 26,7%.

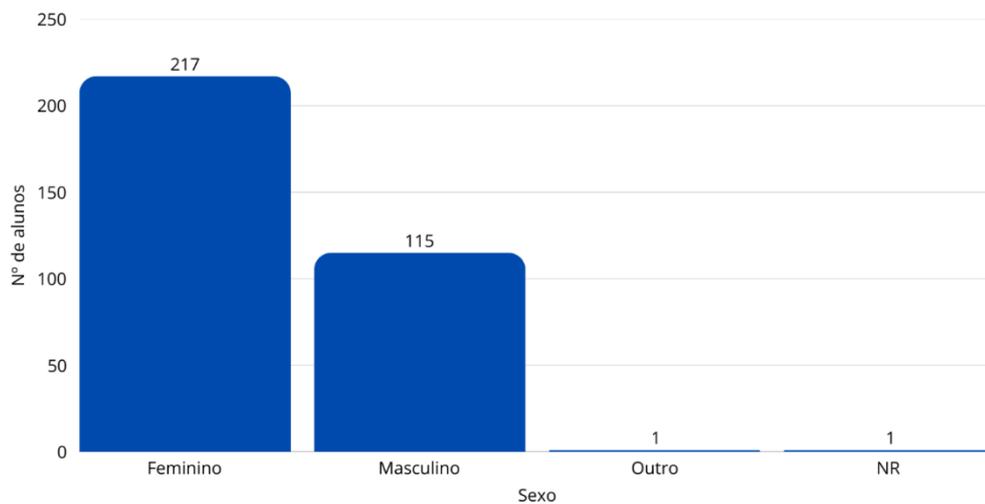
Gráfico 1 – Faixa etária dos estudantes



Fonte: Autora, 2025.

A maioria dos respondentes no curso de medicina da instituição é do sexo feminino. Dos 333 respondentes nesta questão, 65%, ou seja, 217, são mulheres e 34% são homens. Essa referência segue a média nacional quanto à feminização da medicina.

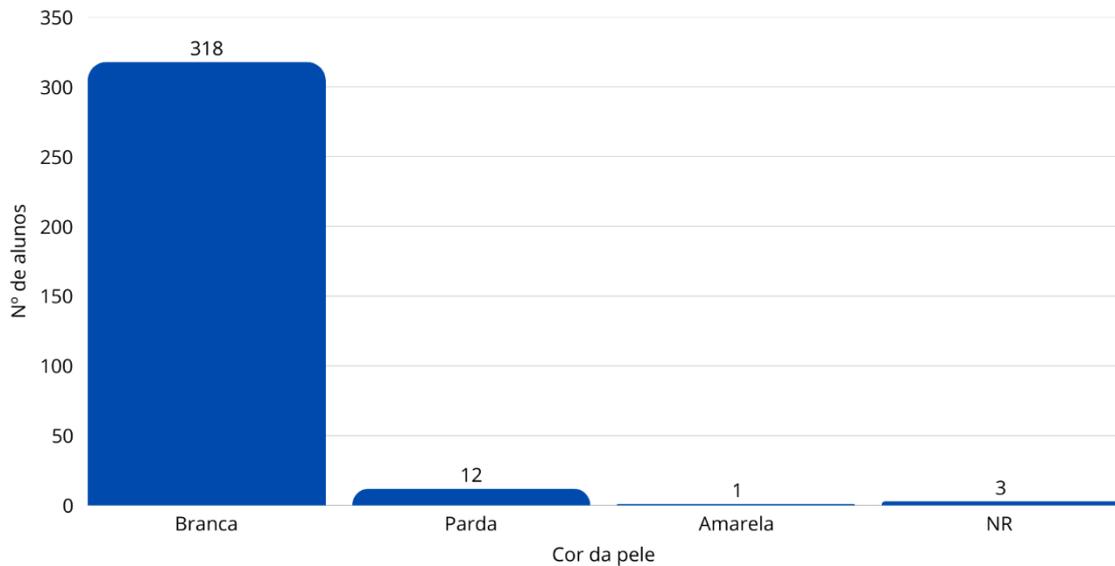
Gráfico 2 – Sexo dos estudantes



Fonte: Autora, 2025.

Em relação à cor da pele, os estudantes são em maioria brancos, 95,2%, o que não difere dos dados das universidades da região Sul do Brasil, onde a maioria da população é descendente de italianos, de alemães e de portugueses. Essa informação também segue a média nacional dos cursos de medicina. Mesmo com o incentivo de políticas de inclusão no ensino universitário, por meio de cotas raciais, esta mudança é lenta.

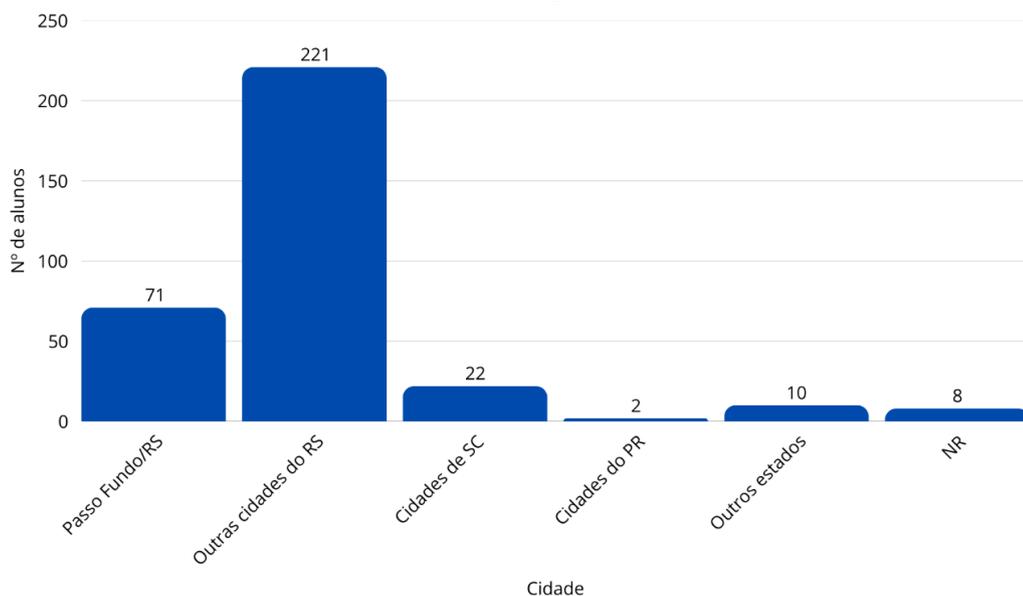
Gráfico 3 – Cor de pele dos estudantes



Fonte: Autora, 2025.

Em relação à cidade de origem, do total de 334 estudantes, 326 responderam. Deste número, 71 são naturais e têm família no município sede da universidade onde realizamos este estudo. Dos demais 255 estudantes, 221 saíram da casa dos pais para estudar, oriundos de outras cidades do Rio Grande do Sul. Vinte e dois são naturais de Santa Catarina, dois de cidades do Paraná e dez de outros estados brasileiros. Além disso, oito estudantes não responderam.

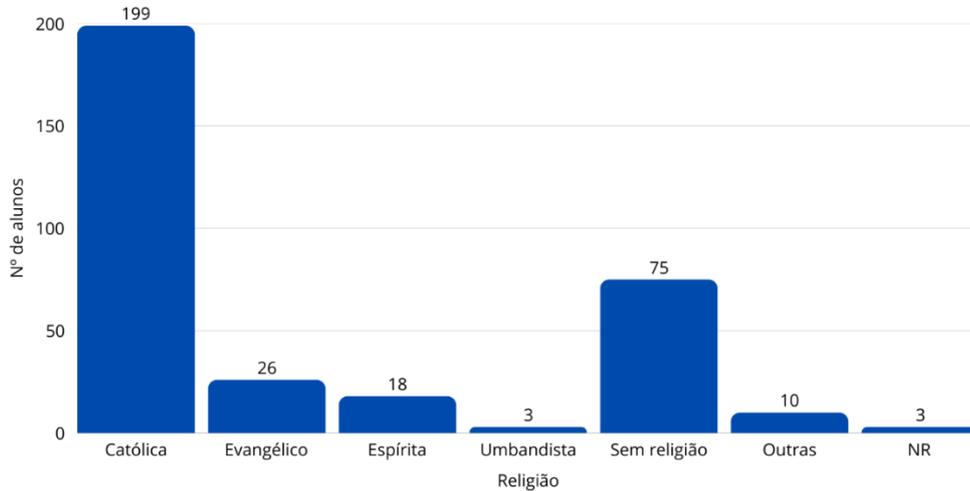
Gráfico 4 – Cidade de origem dos estudantes



Fonte: Autora, 2025.

Em relação à religião, dos 331 respondentes, a grande maioria se identificou como católica, sendo 60,1%, seguidos dos 7,9% evangélicos e 5,4% espíritas. Um total de 22,7% se declara sem religião.

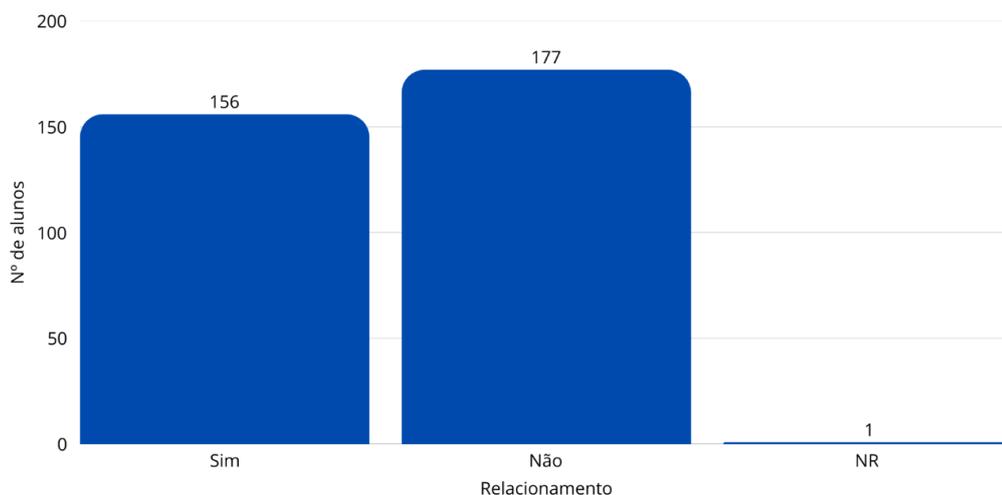
Gráfico 5 – Religião dos estudantes



Fonte: Autora, 2025.

No período deste estudo, 53,2% dos pesquisados informaram não manter um relacionamento estável, enquanto 46,8% estavam em um relacionamento estável. Esta informação, conjunta ao fato de estarem longe da casa dos pais e residirem sozinhos, é um fator que pode agravar uma crise diante dos desafios da formação.

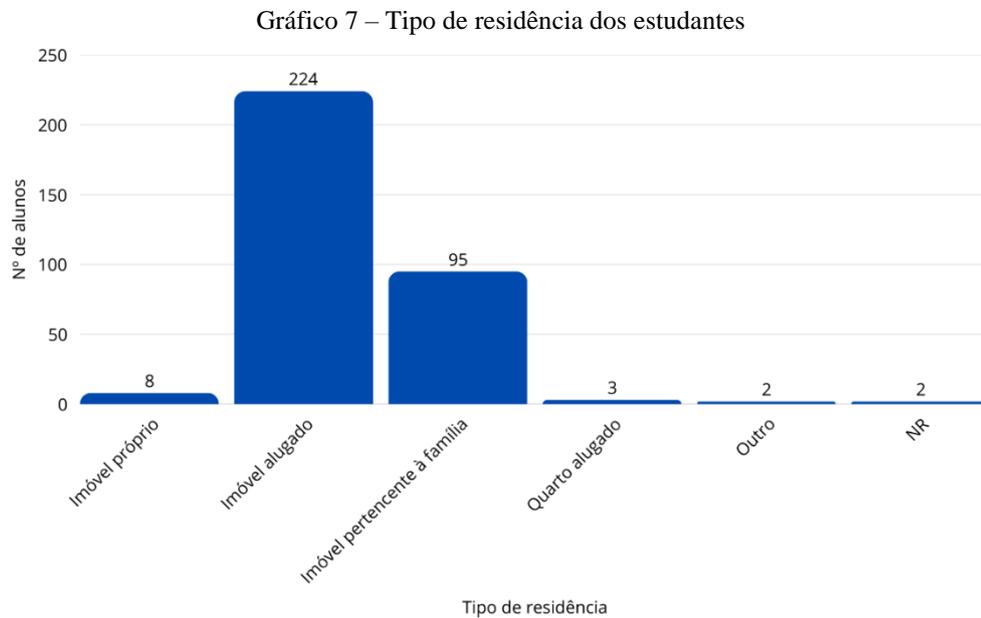
Gráfico 6 – Status de relacionamento dos estudantes



Fonte: Autora, 2025.

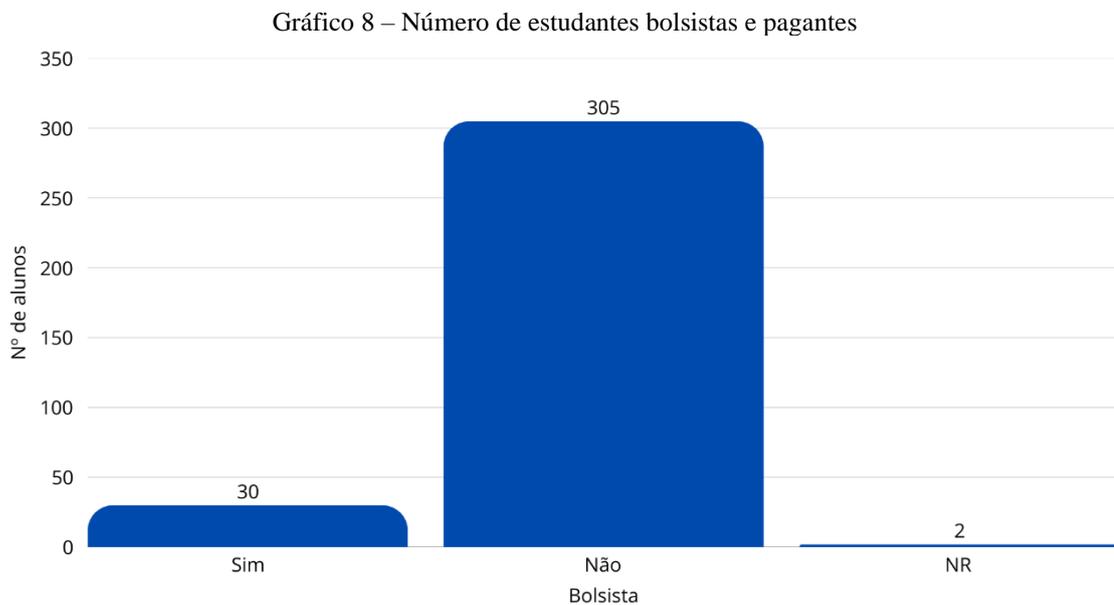
A maioria dos estudantes, 67,5%, reside em imóvel alugado, enquanto os que residem com a família somam 28,6%. Um número menor está em quartos alugados de outras famílias,

instituições religiosas ou imóvel registrado em seu nome. A grande maioria deles reside sozinha na cidade sede da universidade.



Fonte: Autora, 2025.

Em relação ao número de bolsistas e pagantes, 305 estudantes pagam a mensalidade em relação aos trinta que são bolsistas, do total de 335 respondentes nesta questão.



Fonte: Autora, 2025.

Segundo Fiedler (2008), amadurecer em um curso universitário de longa duração, considerado gerador de estresse, que compromete em maior ou menor grau a qualidade de vida

do estudante, além de residir longe da família, morar só e, na maioria das vezes, não estar em um relacionamento afetivo estável, sem contar com um apoio imediato, indicam fatores prevalentes de ameaça à saúde mental dos estudantes universitários. Faz-se necessário ampliar o campo de diálogo entre acadêmicos, professores e gestores acerca destas vivências, a partir do lugar e do discurso de cada sujeito, na busca e na construção de modelos menos adoecedores.

Na construção do perfil, neste estudo, não relacionamos questões com maior detalhamento que evidenciasse a realidade econômica e social dos estudantes desta universidade. Mas diante do fato de que as mensalidades triplicaram de valor nos últimos três anos, o que seleciona uma camada mais específica da população ao ingresso no curso, já se percebe a mudança no perfil dos estudantes em relação à menor idade no ingresso, muitos saindo do Ensino Médio, sem passar pelo cursinho, e também novas motivações para a escolha, deixando mais evidente o interesse em ganhar dinheiro e a necessidade do retorno financeiro. Acreditamos que esta geração, que ora ingressa no curso, possa manifestar diferentes formas de vivenciar o período de estudo, podendo expressar o sofrimento psíquico de diferentes maneiras, realidade a ser aprofundada por outros pesquisadores.

4.3 O sofrimento psíquico em estudantes de medicina, a saúde mental e os desafios à formação médica

“Prof. Ana, seja sincera, morrer será o meu destino fazendo medicina? Porque se for isso que me espera, fala logo, que eu desisto”.

M. M. – Aluna ao iniciar o I nível na faculdade.

Freud, em 1930, no texto *O mal-estar da civilização* (1974), lança um olhar sobre o ser humano dotado de seu aparato pulsional na relação com a cultura e sob a influência da mesma. Essa obra é um tratado sociológico e antropológico na medida que delineia os caminhos da construção e da expressão humana na sociedade moderna. Com ela, Freud contempla a dualidade do sujeito pelas exigências do corpo, na ideia de superioridade do Eu (Ego), e através das restrições impostas pela sociedade para que prevaleça a civilização em detrimento da barbárie. O autor refere que a sociedade constrói vários mecanismos, regras atreladas às instituições, que reprimem a maioria dos desejos do ser humano, restringindo sua liberdade em função da imposição dos mecanismos sociais.

Dessa forma, para além da estrutura egóica, aprofundando o inconsciente, em sua tópica estrutural, observou que o sujeito é dividido por duas instâncias: o ID e o Super Ego. O ID é a instância em sua totalidade inconsciente que sofre o recalçamento, mas não elimina sua energia

psíquica com demandas pulsionais ligadas ao princípio do prazer, que desconhece juízo, lógica e valores éticos. Por outro lado, o mundo externo lhe exigirá padrões de comportamento representados pelos valores familiares e sociais. É a parte moral da mente humana. O sujeito busca o equilíbrio, a felicidade, que, segundo Freud (1974), concerne a garantir satisfação às suas necessidades, pois nasce dotado de exigências ligadas ao princípio do prazer, mas necessita mediá-las conforme a realidade. Ocorre que a felicidade será restringida pela civilização e, por isso, o permanente mal-estar pode se transformar em sofrimento e até mesmo em sintomas, tendo relação com o grau de intensidade dessa negociação interna e externa.

A teoria do inconsciente subverte o domínio da razão, amplia a compreensão do funcionamento psíquico e problematiza o modelo biologicista de ser humano que reduzia sua condição, propondo a religação da mente ao corpo. Freud (1974) relata que o sofrimento advém de três fontes: do nosso corpo, que adocece, envelhece e padece pela sua extinção; do mundo externo, através dos fenômenos da natureza que, com sua força e destruição, não podemos controlar, nos deixando vulneráveis; e dos relacionamentos interpessoais, na relação como o nosso semelhante que se diferencia pela subjetividade criando abismos nas relações. Esta última é a maior fonte do sofrimento, pois nos constituímos por meio dos nossos cuidadores primários, dos quais dependemos para sobreviver e nos inserir no mundo, constituindo a base de nossas primeiras experiências afetivas. Desse modo, nos encontramos marcados a novos encontros e desencontros nos diferentes ambientes de nossa vida (Freud, 1974).

Relatos mostram que Freud, ao conceituar sobre o que seria saúde e saúde mental, não separava de doença por um princípio, mas por um limite somático determinável a partir da prática. A superação dos sintomas advém da “capacidade de realizar e gozar” (2017, p. 41), ou seja, os sintomas podem continuar existindo sem o estigma da doença, com menos angústia e importância para o sujeito.

Essa passagem, além de relevante, foi também bastante difundida, ao nosso ver, de modo equivocado. Na versão corrente, parece que o objetivo de uma análise consistiria em estabelecer no analisando sua capacidade de “trabalhar” e de “amar”. Entretanto, aqui, Freud emprega termos mais abrangentes: *leisten* (realizar, produzir) e *genießen* (gozar, fruir de modo agradável). Numa tradução menos literal, teríamos: capacidade de realizar [coisas] e gozar [a vida] (Iannini; Tavares, 2017, p. 41).

A psicanálise, a partir da teoria do inconsciente, traz uma nova compreensão do funcionamento psíquico do sujeito, reduzindo a ênfase no biológico, passando a olhar o corpo articulado à psique, a partir das manifestações de sentidos e de representações de cada sujeito. Este redimensionamento da compreensão do ser humano amplia o conceito de saúde mental nas

práticas de cuidado, compreendendo o sintoma como uma manifestação a ser decifrada de forma individual, articulada ao meio e aos acontecimentos e, por isso, os parâmetros são difíceis de ser definidos em função da subjetividade, da singularidade que envolve a história de cada pessoa. A remissão do sintoma acontece a partir do momento em que o sujeito elabora psiquicamente suas manifestações, buscando outro sentido, o que diminui o mal-estar e o sofrimento. Para isso, a criação de espaços de fala e de escuta é fundamental, na medida em que possibilita que a subjetividade emergja a partir das vivências individuais, pois a prática ou o saber que controla e normatiza as condutas na formação médica podem provocar alienação e o apagamento da subjetividade, anulando as diferenças pessoais, necessárias na expressão e na formação dos jovens estudantes. Para a psicanálise,

os sintomas não são apenas acréscimos indesejáveis que devem ser retirados para aumentar a funcionalidade e eficácia de uma forma de vida. Nos sintomas está contida uma espécie de resistência social, uma palavra que não pode ser dita e escutada por outras vias, um fragmento de verdade que o sistema que envolve aquela forma de vida, e que muitas vezes ela própria não pode reconhecer (Dunker, 2020, p. 99).

Freud foi um pensador que explorou a relação do sujeito com a cultura. Jacques Lacan revisa sua obra, fortalecendo conceitos originários a partir de teorias contemporâneas. Inspirado por Michel Foucault, que nos anos 1960 lançava *A ordem do discurso*, Lacan introduz o termo “discurso” com base nas proposições freudianas que descreveram o termo cultura, explanando que as estruturas discursivas comandam a fala e definem o modo de estabelecer os laços sociais, influenciando o processo de constituição do sujeito. Subverte ideias cristalizadas do método científico moderno, anunciando que o “sujeito existe onde não pensa”, no registro do inconsciente, e pensa onde não pode existir.

Atualmente, o mal-estar na cultura é diferente daquele que Freud nomeou em 1930, levando a psicanálise a revisar como esse pensamento foi se transformando. A estrutura cultural se modificou, criando novas exigências e, com estas, outras formas de sofrimento psíquico. A psicanálise freudiana possuía um ponto de vista empírico e positivista da ciência, conforme relata Silva Júnior (2021), visão que em parte a limitou na concepção científica de sua época, ponto cego que a impossibilitou de observar a transformação e a mudança do lugar social da ciência e da racionalidade científica a partir do século XX. Lacan, por sua vez, “via na ciência não um saber, mas uma prática da verdade análoga” (Safatle, 2022, p. 35), referindo-a como

uma estrutura de linguagem construída no discurso da ciência e, no discurso do capitalista, tornando uma nova forma de laço social.²³

Em relação aos sintomas que trazem sofrimento psíquico no contemporâneo, Lacan refere que a angústia faz parte, que o “mal-estar é a angústia”, quando irrompe “do real²⁴ no simbólico a busca de rápida resposta diante do encontro traumático” (Ferrari; Mendes, 2021, p. 20). A angústia não é a falta de um objeto, mas sua presença, um sinal de perigo, que deixa o sujeito paralisado frente ao seu desejo, sentindo-se sozinho e sem orientação para a vida ou para o trabalho. Atualmente, existe um excesso de experiências, mas o sujeito não se reconhece em sua própria história, o que pode gerar sofrimento pela racionalização em demasia e pela falta de autenticidade nos diferentes campos de atuação: no trabalho, na linguagem e na vida, o que produz a percepção de perda da experiência. Nohemí Brown recorre a Agamben, prefaciando da obra de Ferrari e Mendes (2021, p. 9), que refere que “[...] o homem contemporâneo foi expropriado de sua experiência [...]”. As novas experiências podem atualizar aspectos traumáticos individuais, seja por reviver o abandono ou por passar para outra posição social, agora com mais referências do universo dos adultos – como na universidade, com o professor, o multiconhecimento falado e lido e as novas demandas de produção.

A angústia fala do sofrimento pela “*urgência subjetiva*”, em sinais que aparecem sob forma de ansiedade, manifestações que, em geral, não podem ser explicadas no cotidiano das experiências educativas, onde a força da pressão externa transformou o sujeito em cumpridor de atividades que o sobrecarregam, comprometendo sua saúde e, muitas vezes, gerando alienação e estranhamento de seu desejo, quando percebe a valorização maior das coisas em detrimento às pessoas, sem uma escuta e uma significação do momento. Mediante a ansiedade, essa manifestação que nem sempre consegue ser detalhada e que, segundo Dunker, “são sintomas ligados a fratura ou fragilidade de nossas experiências de reconhecimento” (2020, p. 115), a expectativa e o desejo são mal encaminhados, esperando da realidade o poder curativo e de salvação, em uma fuga de si, antecipando um saber com pensamentos negativos que vêm

²³ Lacan, apresenta a noção de “discurso” como “instrumento da linguagem” em 1969-1970, no *Seminário 17: o avesso da psicanálise*, influenciado por vários movimentos sociais que questionavam o formato e a validade das instituições. Eles “indicam o modo de estruturação no laço social”, a posição na relação com o saber, determinada pelo lugar e pela posição no discurso. Estes discursos dizem respeito a como a linguagem foi se estruturando de modo geral. Lacan definiu quatro discursos: do Mestre (M), da Universidade (U), da Histórica (H) e o discurso Analítico (A). Atualmente, descreve-se o discurso do Capitalista (C) conforme citam Ferrari e Mendes (2021).

²⁴ Segundo Dunker (2016), em seu canal *Falando Nisso*, “O real não é a realidade. O real é o que a gente tira da realidade (composta pelo entrelaçamento do imaginário e do simbólico) para que a realidade se apresente para nós como uma totalidade integrada, harmoniosa, unida, dotada de sentido. O real é aquilo que não tem sentido, o que não se integra, é o impensável, o que não pode ser nomeado, o impossível de designação. É aquilo que resiste e aparece para nós através de repetições na vida, através de sintomas, muitas vezes sem sentido. O encontro com o impossível de representar, simbolizar, vai designar aquilo que escapa ao simbólico e ao imaginário, que é o real”.

de fora. A urgência subjetiva diz respeito “a demanda de todo o paciente em situação de crise, o que supõe ruptura [...] um antes e um depois, com irrupção de algo traumático [...]” (Ferrari; Mendes, 2021, p. 21), quando algo se torna intolerável e necessita de uma intervenção por um terceiro.

A ciência se recentralizou no social, a partir e em torno da economia, que criou processos e organizações acadêmicas aliadas ao empresarial, demandando também uma nova compreensão do sofrimento psíquico. O discurso da ciência, aliado ao capital, dispensa o sujeito na sua singularidade, passando a falar por ele e para ele, construindo socialmente os efeitos deste discurso e os “novos modos de subjetivação” (Silva Júnior, 2021, p. 36), sem ocupar o lugar para que o sujeito participe e resista ao seu sofrimento. A partir dessas mudanças, as patologias do social necessitam ser revistas. Os discursos sobre o sujeito passam a ser construídos pelo social, este passa a ser falado e definido pelo discurso da cultura, aliado ao discurso do capital, que apaga o posicionamento crítico do sujeito, anulando suas diferenças individuais. Nesta visão de mundo, o sujeito não enuncia, pois sua capacidade é suprimida, passando a ser nomeado pelo saber da ciência. Os sujeitos se transformam em objeto, de um saber ou poder do outro, temos então a primazia do *enunciado*²⁵ sobre o sujeito, da tese proposta e construída pelos muitos “outros” sociais. Nesse caso, o sujeito perde a relação com seu sintoma, passa a viver uma posição passiva e aceitante da linguagem falada sobre ele. Isso constitui-se em uma nova forma de subjetivação e no estabelecimento de identidades a partir dos discursos fundados sobre os saberes, de natureza social, presentes no interior de uma língua enquanto padrões.

A ideia do sofrimento, enquanto disfunção puramente orgânica, quando desvinculada do contexto histórico em que vive aquele que sofre, priva o sujeito da sua crítica social. O sofrimento torna-se então mero resultado de déficits e de irregularidades orgânicas dos elementos e dos processos neurofisiológicos. A insatisfação e a tristeza deixam de ser reações frente às adversidades da existência e passam a significar distúrbios passíveis de uma correção medicamentosa, principalmente quando o sujeito não produz e não dá as respostas conforme é solicitado. Esta renomeação transforma o sofrimento em expressões singulares de uma verdade universal e prévia sobre as formas de sofrer. “Essa verdade universal, garante as verdades

²⁵ Sujeito do enunciado designa o sujeito, aquele que fala, aquilo que o define quando ele fala. “O sujeito do enunciado é também aquilo que definimos como eu, que emerge de uma ideia de imagem unificada, de uma dimensão que se coloca a partir do equívoco provocado pela imagem no espelho, pelo mal-entendido. O ‘eu’ é construído a partir destas imagens e é representado pelo sujeito do enunciado, sendo, portanto, o lugar de onde o sujeito se relaciona com os outros, mas que está referenciado pelo simbólico” (Ferreira-Lemos, 2011, p. 101). “O sujeito não se esgota em ser sujeito do enunciado” (Garcia-Roza, 1984, p. 229).

singulares” (Silva Júnior, 2021, p. 46), mas um diagnóstico não pode vir de uma verdade universal, senão que da relação entre um sujeito e a lei cultural onde está inserido, de como entende, adquire e responde à experiência individual em seu contexto singular de vida.

Silva Júnior (2021, p. 50) observa que “as grandes narrativas de uma cultura, seus ideais, suas exigências morais, podem fazer adoecer na medida em que estabelecem relações deficitárias dos seus sujeitos com a verdade de sua história e de seu desejo”. Os novos discursos sobre o sofrimento, com a ascensão da racionalidade científica da natureza orgânica sobre a experiência psíquica, fecham uma verdade, não cedem da sua verdade, mas, segundo Freud, “a racionalidade é desde sempre, limitada, finita em seu poder” (Silva Júnior, 2021, p. 54).

Como situar o sujeito, fruto deste tempo, e pensar a saúde mental, quando assistimos ao aumento acelerado de sintomas elevados à classificação de transtornos? De que modo compreender esse sujeito mediante as mais variadas situações, separado das narrativas e dos contextos da história de vida, derivado desta construção em curso, onde muitas vezes é fragmentado em sua forma de existir, sentindo-se incapaz de reinventar sua vida? Percebemos o aumento da depressão, da ansiedade, de outros transtornos de muitas ordens e da autonegação, através de sintomas isolados, além de uma falta de esperança no futuro. Muitos tratamentos medicamentosos estão disponíveis a partir da nomeação individual de um transtorno que define um diagnóstico, mas não observamos o aumento de saúde mental na população.

Para Safatle (2022), quando se discute sobre o sofrimento psíquico e o neoliberalismo como economia moral, o neoliberalismo reconfigura a estrutura psíquica dos indivíduos, mudando o coração e a alma desses. O sujeito é levado a adotar uma postura de executor de performance, sem problematizar as situações, internalizando processos disciplinares, pois o sujeito foi calado, despolitizado e afastado do conflito e da crítica social. Somente ele é o responsável por sua baixa produtividade, a crítica passou a ser patologizada, a reclamação é um drama e, no tempo acelerado contemporâneo, não se tem paciência para queixas. Em um tal contexto, o ser humano passa a ter diante de si um ideal guiado por noções estratégicas de performance e de rentabilidade (Safatle, 2022).

Existe uma nova maneira de retratar o sofrimento no mundo contemporâneo, “ele é um obstáculo, um problema para nossa produtividade no trabalho” (Dunker, 2020, p. 104) e também nos estudos. Por isso, precisamos nos curar dele rapidamente e voltar a produzir. O ambiente de formação no curso de medicina não foge desta realidade; é permeado por relações competitivas, que levam a buscar o melhor desempenho, sendo este um dos fatores estressantes, como referem L. A. Nogueira-Martins e M. C. F. Nogueira-Martins (2016). Em muitos espaços

de formação, além da carga horária excessiva, o adoecimento não é bem visto, sem direito a atestado médico, com exceção em casos de doenças infectocontagiosas e de algumas cirurgias. Assim, os estudantes revelam constantemente a preocupação com o adoecer ou a morte de membros da família, como avós, pois não poderão participar da despedida, principalmente no internato, conforme menciona o regimento interno de algumas universidades.

De acordo com Dunker (2020), “Sofremos com o excesso de normas, de regras, de restrições que impedem a realização de nosso potencial desejante, expressivo e laboral” (p. 105). Não se trata de questionar e anular as regras, pois são fundantes em uma sociedade e necessárias para assegurar um ambiente de equidade e de justiça, mas existe um excesso “que limita a livre expressão do desejo” (Dunker, 2020, p. 105). O excesso tem se tornado rotina em várias áreas da vida, fazendo crescer os ideais, além do ritmo mais acelerado das expectativas de desempenho. Dunker (2020) cita Maria Rita Kehl (2020, p. 105), que afirma:

É nessa paisagem que a depressão se torna uma epidemia mundial. A segunda maior causa de afastamento do trabalho em menos de dez anos, a fonte e origem da epidemia de suicídios no trabalho e entre os jovens. A depressão é um sintoma que denuncia uma espécie de resistência a uma forma de vida baseada na intensificação da produção.

Todavia, esse excesso faz o sujeito se sentir improdutivo, desinteressando-se ao longo do tempo pela repetição e pensando somente nos resultados. O método de vida com excessiva disciplina para um único resultado se torna uma camisa de força, esvaziando o sujeito de seu desejo, de sua criatividade.

Quando essa lógica é assumida na universidade, os processos da aprendizagem passam a ser desconsiderados e os discentes são incentivados a estudarem muito para tirar a melhor nota, buscando somente o resultado, entrando em um ciclo de autorresponsabilização pela performance e pelo êxito. Se o foco é o resultado, podemos ser substituídos por qualquer outro que estude mais ou renda melhor no trabalho, sentindo que não temos garantia de um lugar, em um sentimento permanente de ameaça, de crítica, de irrelevância, de esvaziamento de si e de apatia. A produção não é considerada pessoal, surgindo o vazio, o desligamento e a depressão que, segundo Maria Rita Kehl, “é o nome contemporâneo para os sofrimentos decorrentes da perda do lugar do sujeito junto à versão imaginária do Outro” (2012, p. 49). Isso atinge as certezas imaginárias que sustentam o sentimento de ser.

Quando buscamos nos aproximar de um conceito sobre saúde mental, por meio da vasta literatura existente, percebemos uma lacuna conceitual e, em contraponto, maior quantidade no desenvolvimento de concepções teóricas acerca da doença mental. Existe uma centralidade na

questão da saúde, mas também com maior ênfase em aspectos da doença. A saúde e a saúde mental são áreas que trazem muitos desafios pela magnitude e por seu caráter multidimensional e transdisciplinar, pois não há saúde sem saúde mental.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (Saúde [...], 2016) compreende que a saúde mental depende de muitos fatores, como biológicos, psicológicos, ambientais, sociais e econômicos. Dessa forma, define que saúde mental é um estado de bem-estar no qual o indivíduo tem condições de usar suas habilidades na realização de seus objetivos, lidando com as tensões decorrentes da vida, mas com condições de recuperar-se do estresse, sendo capaz de trabalhar e contribuir no coletivo. A saúde mental é considerada uma condição fundamental para pensar, se conectar de modo positivo com suas emoções, perceber sua identidade intrapsíquica e a do outro, sem projeções internas que comprometam o relacionamento interpessoal. Ela é vital para o bem-estar do indivíduo e do seu entorno, organizando o desenvolvimento pessoal.

O estudante está sob a influência de vários fatores que impactam a sua saúde mental, em maior ou menor grau, como os variados tipos de pressões na formação acadêmica, que levam ao estresse. Afinal, eles vivem, em plena adolescência, mudanças familiares, alteram o padrão social, mudam de cidade, de estilo de vida, sacrificam o sono e a alimentação, abusando, muitas vezes, de variadas substâncias para manter o rendimento, conforme já referido neste trabalho. Se os professores, neste ambiente, desconsideram os sinais e os sintomas existentes nesta população, negam de certa forma a saúde mental, diante da crença equivocada de que é necessário sofrer para se tornar um bom profissional.

Almeida Filho, Coelho e Peres (1999) referem que, para Devereux²⁶, a chave para a saúde mental é a capacidade de ajuste às transformações. Este autor fala de uma condição de resposta do sujeito frente ao seu ambiente. O estudante adolescente, em plena travessia de fase, na qual acontece a redefinição de sua identidade pessoal, familiar e social, tem mais dificuldade de responder rapidamente ao que a universidade demanda, principalmente com a realidade na formação acadêmica em um curso que exige o contato maduro com pessoas em situações variadas de adoecimento e de dor, podendo encontrar a morte pela frente, sem saber como lidar. Este processo nem sempre é linear e ágil conforme o esperado e/ou idealizado. Para cada sujeito, a experiência acontece de forma diferente e necessita da atenção da equipe gestora, dos professores e da família mediante situações que possam inibir o desejo de aprender.

²⁶ Georges Devereux é conhecido como o criador da etnopsicanálise, disciplina que articula a psicanálise e a antropologia na compreensão dos fenômenos humanos.

Percebemos estudantes que suportam os acontecimentos em maior ou menor grau. “Portanto ainda no que diz respeito a questões psíquicas, questões mentais, poder-se-ia dizer que não há um estado de bem-estar e conforto, mas há, mais uma vez, fins, objetivos, desejos, esperanças. Em nossa linguagem chamamos a isso ‘desejo’” (Dejours, 1982, p. 9). O autor acrescenta que, mais que o bem-estar psíquico, “A saúde é quando ter esperança é permitido” (Dejours, 1982, p. 9); ter a esperança da realização dos objetivos desejados e vivenciados. Quando o desejo do estudante é afetado por alguma situação interna ou externa, este corre risco, torna-se vulnerável à depressão, à ansiedade, à falta de sentido na vida e no curso, no qual, em geral, ele levou muitos anos para entrar.

Na medida em que o sujeito é pensado desarticulado das experiências universais e coletivas, desvinculado de sua origem familiar, social e histórica, se percebe mais isolado e desamparado. Mesmo com todas as garantias e as promessas advindas do novo discurso social, não percebe sua alienação aos mandatos internos e externos, manifestos em sintomas constantes de insatisfação, de ansiedade e de angústia. “Se antes as estruturas pensavam o homem, agora teríamos homens que pensam a si mesmos sendo pensados pelas estruturas” (Dunker, 2011, p. 126).

Na moderna construção do sofrimento psíquico, a individuação se constrói pela racionalidade, por meio de padrões e de sistemas normativos de conduta, de produção de afetos e de determinação na forma de sofrer. A disciplina neoliberal anula a expressão da revolta em relação ao desejo, à linguagem e ao trabalho, reconstruindo outras formas de sofrimento. Algumas categorias clínicas e conceitos relacionados à estruturação da identidade do sujeito como o narcisismo e a corporeidade foram se alterando, conforme a construção de novos discursos sociais. A cultura foi gerando novos sentidos e definições para o ser humano e a manifestação de seu sofrimento.

O mal-estar e o sofrimento hoje têm relação com o apagamento da singularidade em prol de um discurso universal, produzido pela ciência e pelo capital. O sujeito da enunciação²⁷, ou seja, do inconsciente, foi sufocado para dar espaço a um sujeito que é enunciado pelo outro social que domina o saber sobre o sujeito orientando, padronizando, exigindo atitudes e comportamentos dentro de padrões que buscam dar resultado ao próprio mercado e à ciência. Como resultado, produz-se um sujeito que não se reconhece em meio a tantos dizeres e afazeres

²⁷ Segundo Schaffer (2015, p. 21) “a enunciação produz o enunciado que é produto de um ato individual da língua, que evidencia o processo de fabricação, o ato de criação de um sujeito falante”. Lacan refere que não são dois sujeitos (enunciado e enunciação), mas a enunciação produz e faz surgir um sujeito, que é o sujeito da linguagem, o sujeito discursivo, que revela a posição do sujeito falante na relação com o Outro.

e, paradoxalmente, sofre pela insuficiência. Resgatar o discurso do sujeito e de sua verdade em meio a todos os excessos talvez possa ser uma saída ao seu apagamento.

O constante estado de exaustão se revela no adoecimento físico de muitos estudantes. Essa realidade encontra consonância no que refere Santos (2009, p. 2) quando define a presença da síndrome de burnout, considerada “um fenômeno psicossocial constituído de três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e baixo sentimento de realização profissional”, causada pelo excesso de conteúdo, criando a ideia de formação a um especialista e não um médico generalista. Para dar conta de tudo, muitas vezes, as pessoas deixam outros aspectos da vida de lado, se dedicam a ser melhores, comprometendo o prazer de estudar e de aprender.

Sem o prazer de aprender, como seguir? A sobrecarga de atividades, algumas vezes, exclui a possibilidade de prazer na vida e nos estudos. Abrir mão do prazer traz prejuízos, traz a morte do desejo e, com isso, a perda do sentido em seguir adiante. Sem vislumbrar o sentido de seus objetivos, o risco de agravo à saúde mental aumenta. O excesso de exigências no curso interfere também na empatia, cristaliza defesas psíquicas e desmotiva o encantamento aos estudos, confundindo o ideal e o sonho da escolha profissional. Esta realidade poderá influenciar o jovem médico a lidar da mesma forma com seus pacientes, negando a dor, o sofrimento e a morte.

Os estudantes necessitam ser ouvidos em seus medos, angústias e inseguranças, pois como aprenderão a ouvir os pacientes se, ao longo do curso, não são acolhidos? Esta escuta está para além da queixa orgânica, cabe, na formação, escutar o motivo do sofrimento em cada etapa da graduação. “Descrever mudanças em modalidades de sofrimento, com seus afetos dominantes e com suas narrativas de referência, torna-se assim um método para fazer uma leitura social” (Dunker, 2020, p. 99). O autor acredita na escuta como uma resposta transversal ao sofrimento escolar, pois reposiciona o sujeito no tempo.

Isso nos aproxima de sintomas como a ansiedade, na qual o futuro se estreita e se objetiva; a depressão, na qual o passado surge como uma sombra devastadora; e o pânico no qual estamos presos no instante presente, devorados pela loucura, pela morte e pela desapareção (Dunker, 2020, p. 113).

L. A. Nogueira-Martins e M. C. F. Nogueira-Martins (2016) defendem a importância de desenvolver atitudes construtivas, através da formação integral, incluindo o estímulo das habilidades afetivo-relacionais apropriadas ao exercício profissional, visando que o futuro profissional insira em sua prática também o desejo de cuidar. Bellodi (2016) sugere que uma

maneira de superar as dificuldades é colocar à disposição do estudante profissionais para que eles conversem e possam contar de diferentes formas.

Com base nesse conjunto de compreensões acerca da elaboração que os autores elencados apresentam sobre o sofrimento psíquico existente na formação médica, o presente estudo, a partir dos objetivos expostos, dará voz ao estudante de medicina de uma universidade do RS, para que possa expressar as vivências geradoras de sofrimento durante a formação, que afetaram sua saúde mental. Procurando elucidar as várias questões imbricadas neste tema, realizamos uma pesquisa qualitativa de campo, com três grupos focais, no início, na metade e ao final do curso, que levanta questões como expectativa na chegada à universidade, relações pedagógicas, ambientes de formação, relações entre os colegas e saúde mental. Como o sofrimento psíquico foi ganhando outras formas e manifestações atualmente, traçamos uma breve linha do tempo, por meio da teoria de autores clássicos e contemporâneos da psicanálise, da filosofia e da educação.

Com o objetivo de aprofundar a compreensão do sofrimento psíquico dos estudantes, ouvindo seus depoimentos, levaremos ao coletivo envolvido nesta formação possibilidades e alternativas mais humanizadora mediante os desafios elencados. Por essa razão, nos próximos capítulos, dialogando com os resultados obtidos nos grupos focais, iremos detalhar e alinhar a teoria revelada, bem como introduzir outros autores, que trabalham com o referencial psicanalítico e se dedicam a construir caminhos para uma formação universitária médica mais humanizadora, levando em consideração o cuidado e o tempo real da aprendizagem humana.

5 AMBIENTES DE FORMAÇÃO, RELAÇÕES PEDAGÓGICAS, RELAÇÕES HUMANAS E SAÚDE MENTAL SOB A ÓTICA DOS ESTUDANTES DE MEDICINA

“Em tempos nos quais o pragmático, o lucrativo, o otimizado imperam, é preciso resgatar um ensino em que o educador terá de se jogar no sabor do vento, sem intenção de manipular, fazer render (...) antes, o professor parecia saber que falava ao sujeito. Hoje pensa falar com um objeto”.

Kupfer, 2000

Ouvir o depoimento dos estudantes que participaram dos grupos focais, integrantes dos três semestres planejados neste estudo, do início, da metade e do final da formação, constituiu uma experiência de identificação sobre o sofrimento existente na formação médica. Também ouvimos vivências dos momentos que os marcaram de forma positiva nas relações e na aprendizagem, retificando a construção do modelo de profissional que os inspira, pois instiga e motiva maior aprendizagem. Declararam outras experiências que surgem como inesperadas e paradoxais no curso dos sonhos, já que o acolhimento e o respeito na relação interpessoal são basilares ao bom tratamento e à construção do vínculo saudável na profissão. Relataram vivências de extrema hostilidade, agressão e assédio, de modo direto e indireto, perpassando pelo “currículo oculto”, onde discursos de poder e de preconceito são proferidos, de modo a impactar e calar a voz do estudante, além de gerar medo, o que dificulta a aprendizagem e as relações afetivas e compromete a saúde mental. A seguir daremos voz aos depoimentos.

5.1 Ambientes de formação

O curso de medicina possibilita ao estudante vivenciar a aprendizagem em vários ambientes, desde a sala de aula tradicional, com teoria e prática, até trabalhos de campo, em comunidades na cidade e na zona rural, em escolas com crianças e adolescentes, exercitando papéis educativos e de pesquisa, realizando intervenção clínica com diferentes populações, e em ambulatórios hospitalares nas diferentes especialidades, o que o hospital escola oferece, com blocos cirúrgicos, emergências, entre outros. Analisar os diferentes ambientes de formação teve como objetivo conhecer se, alguns deles, estava associado a um maior desafio, causando maior sofrimento. Falar sobre os ambientes deu aos grupos a oportunidade de recontar experiências desde a chegada na universidade até o internato, destacando o que mais os afetou.

Em relação ao sofrimento ligado a um ambiente, os estudantes são categóricos ao afirmar que os locais de formação dependem da pessoa. Dessa forma, não existiu um ambiente ao longo da formação que foi mais difícil, pois os estudantes se percebem abertos e com vontade

de aprender. Convivem com bons professores, mas também com outros que julgaram que não tinham paciência para estar junto nem dos estudantes, nem dos pacientes, ao explicar a matéria e os procedimentos práticos, o que causava constrangimento.

Então é a pessoa, é ela mesma de uma forma natural, saudável, tanto na sala, quanto no ambulatório, ela segue um padrão. Consistência, confiança, conforto, estabilidade, responsabilidade também, não só ensinar, mas no jeito de tratar o paciente, porque tu tá formando, não sei quantos alunos vão passar por esse professor, então ele tem uma responsabilidade [...] eu acho que tem muito a ver com a pessoa que tu é, reflete no médico, na satisfação com aquilo que se está fazendo (Aluna do VI nível).

A chegada ao sonhado curso, após muitos investimentos de ordem financeira, dedicação aos estudos e de tempo, que somam de um a cinco anos, abrindo mão, entre outras coisas, da convivência social, vem investida de muitas expectativas. No início, vivem a euforia pela conquista, mas em poucos meses entram em contato com situações que podem alterar a disposição emocional, pois alguns estudantes irão viver a primeira crise de suas vidas, o que impacta sua identidade ainda em formação, isso, muitas vezes, sem contar com o apoio institucional, se isolando e deixando de manifestar o sofrimento.

E aí tu entra na faculdade muito feliz, todo mundo entra muito feliz, e aí tu leva outro choque, e aí tu pensa. Eu hoje não trocaria o curso por nenhum outro, nunca duvidei do curso, só que foi um choque bem grande a questão psicológica, como a gente é tratado, enfim, porque a gente idealizava [...] (Aluno do VI nível).

Os três grupos relataram dificuldade na chegada e no período de adaptação, demoram até um ano para se ajustar, sentindo estranheza no novo ambiente. Se viram sem o acompanhamento necessário nas primeiras aulas para melhor se situarem no novo espaço geográfico, pois a cidade e todo o complexo universitário-hospitalar é maior, muitas vezes, que suas cidades de origem. Se sentiram imaturos, perdidos e sozinhos nos espaços de formação, dentro do hospital e na primeira anamnese. As expectativas iniciais que não se confirmam, não são acompanhadas pelos professores, em sua maioria médicos, gerando medo de não ir bem no curso. O acolhimento na chegada é um momento importante para a dissolução de temores e de fantasias, construídas pelo imaginário neste longo período que antecede o ingresso no curso, ao mesmo tempo que promove a abertura da instituição aos calouros que, a partir daí, passarão mais tempo na faculdade que em suas próprias casas. O relato a seguir é de uma aluna do III nível, transferida para esta instituição no período de desenvolvimento da pesquisa.

Tanto na outra faculdade quanto aqui, no início, eu tive um choque de realidade também, só que eu fui o choque de adaptação, então foi bem difícil [...]. Do nada você recebe muito conteúdo assim,

por não ver uma saída assim, bate, no desespero no início e aí no segundo semestre tranquilizou, me adaptei. No terceiro semestre eu vim para cá, então esse também está sendo uma loucura assim para mim [...] não muda muita coisa.

Uma estudante do internato revela que “o colega X nunca tinha entrado pela porta da frente do hospital, não sabia nada lá dentro, aí vai nós, um bando de perdidos”. A colega, também do internato, manifesta sua opinião, sugerindo o que teria sido melhor naquele momento: “na época, deveria ter sido apresentado ao paciente de uma maneira melhor, devia tá acompanhado, eu dizia muito que era desconfortável, ela não mostrar como fazia, era a primeira anamnese que eu fazia na minha vida, sem nunca ter visto alguém fazendo uma anamnese”.

Os estudantes de um dos grupos focais descreveram como a turma foi recebida, sem o acolhimento adequado para a recepção de calouros, produzindo um sentimento de ameaça, como revela uma aluna do III nível:

Eu me incomodo com certas posturas e coisas que foram empregadas desde o início da faculdade, tu mal tá entrando na faculdade, está com expectativa, com esperança, com desejo e chega alguém lá te falando que vai encher de médicos e que você não vai se dar bem. E você não vai ter futuro, e você não vai ter trabalho, que não vai ter retorno, que você vai basicamente morrer de fome [...]. Para mim, isso, olha, isso me doeu muito, [...] podia ter trazido uma contextualização da medicina, um incentivo para o curso, qualquer coisa, menos isso.

Um colega completa que ouviu: “você é só um burro de estar aqui”. A outra colega concorda: “eles também fizeram uma doutrinação política, dizendo, botando foto do atual presidente e ficou querendo dizer que se vocês são de esquerda, vocês são um tomate. O que que vocês estão fazendo aqui?”. Outro colega, também do III nível, declara como se sentiu diante desses discursos: “o aluno que passa em medicina, dá medo, os professores podem acabar com nossa vida, sujar nosso nome, foi péssimo, foi horrível. Foi tudo pelo contrário do que eu imaginei”.

Faz parte do período de adaptação, a partir do contato com o novo ambiente, observar a cultura e os discursos que permeiam o local. Assim, os estudantes perceberam que o discurso de sofrimento e de valorização do sacrifício estava presente desde o início do curso.

Mas acho que no começo da faculdade tem aquele conceito assim, do tipo “tem que ser sofrido”, tem que ir dormir tarde, não dormir em época de provas, tem que estudar e dizer pra todo mundo que tu sofre, tipo é isso, então parece que, que tu já entra sabendo que tu vai sofrer, sabe, a sensação que eu tinha é que as pessoas gostavam de dizer o quanto isso era sofrido, mentalmente, fisicamente, psicologicamente também era, e que tá tudo bem, era aquilo, [...] na semana de provas eles, meu Deus, morriam e sofriam muito (Aluna do internato).

Ao mesmo tempo que paira o discurso de sacrifício e de sofrimento, você é discriminado se assumir e reclamar das dificuldades, por isso muitos seguem calados. *“Na medicina, não podia ser uma pessoa com dificuldades, tinha que ser, meu Deus! Imagina chegar em casa e contar pra minha mãe que eu peguei um exame”*, comenta uma aluna do internato.

Um ambiente hostil gera mal-estar, que inibe a expressão e a ação. “A confirmação dessa incerteza traz consigo novamente a vulnerabilidade e a condição humana à tona e tende a permanecer durante a vida do ser humano na forma de medo e/ou aflição, pois essa incerteza é algo certo e irrevogável” (Deggerone, 2023, p. 58).

A formação universitária pautada pelas exigências de excelência e produtividade de onde atualmente buscam se destacar entre melhores posições no ranking, faz com que o erro não seja bem-vindo, nem mesmo quando é inerente ao exercício do aprender, impactando o jovem estudante, que necessita ser acolhido e amparado em seu novo grupo social, mas que, poderá ser convocado, ainda prematuramente, a reforçar o ranking e pontuar com êxito em suas notas. “A instituição, por sua vez, em decorrência de sua própria organização, em geral não suporta acolher o sofrimento causado, entre outras coisas, pela experiência de vazio que o sujeito-aluno experimenta” (Advíncula; Marques, 2022, p. 66).

Na contramão da realidade do sofrimento entre os estudantes, algumas instituições questionam a importância de setores de atendimento ao discente e ao docente, fechando os espaços já existentes, justificando redução de custos e deixando o estudante sem o apoio dos serviços especializados, fazendo com que eles busquem esse auxílio fora da instituição, os quais, quando dependem de convênios ou do serviço público, encontram uma realidade de superlotação, não suprindo esta demanda. O sofrimento psíquico não pode representar uma falha de um projeto social e institucional perfeito, ele se instaura neste ambiente, como resposta a um mal-estar que precisa ser compreendido de forma sistêmica.

Outro conflito que muitos estudantes carregam desde o início do curso é se devem viver só para a medicina, abrindo mão de outras experiências. Como fazer isso sendo jovem e tendo recém-conquistado a liberdade que os coloca diante de tantos desejos e possibilidades juvenis? Alguns alunos, participantes do grupo focal do internato, descreveram o discurso proferido por um professor na cerimônia do jaleco, comentando que:

Na nossa cerimônia do jaleco, [...] tinha os nossos pais né, e tudo mais, e ele falou pros nossos pais: [...] os filhos de vocês não vão ter tempo, tipo, ele falou como se qualquer coisa que a gente fizesse que não fosse a medicina seria muito secundário nesses seis anos, que era só se sobrasse tempo, sendo que a gente vendo hoje, assim, eu acho que no começo também a gente tem uma idealização das pessoas que a gente vê né, [...] algum profissional que a gente admire muito [...] que vive praticamente só pra medicina, a gente já acredita que é isso né, e ao longo da faculdade a

gente vai conhecendo pessoas diferentes que vão destruindo essa nossa ideia [...] e por muito tempo a gente é forçado a acreditar que a vida é essa [...] então a gente vai tendo coisas ao longo da medicina, que vão desmistificando isso, [...] mas no começo é nos dito isso, isso é muito triste.

Se mostrar como exemplo não incita, em um primeiro momento, o desejo de aprender no jovem estudante, não facilita o desejo de sonhar, pensar e projetar este lugar no futuro, pois estão elaborando perdas, e o modelo ideal, mesmo que desejado, quando percebem de uma forma única, é um caminho mais difícil. Um lugar idealizado, manifesto como regra a ser seguida, não abre perspectivas de identificação, distancia o sujeito, que não vislumbra como chegar lá, diante de um discurso de saber absoluto. E, neste discurso, não vem à tona que o lugar de destaque é em decorrência de um processo pedagógico e de uma boa prática, com alguns anos de construção, *“e aí desde o início tu já entra com aquela sensação de nunca vou alcançar, nunca vou chegar lá”*, refere uma aluna do internato.

Retomando Lacan, com base na teoria dos quatro discursos, onde o autor discorre sobre as diferentes formas de construir os laços sociais, aparece o discurso do Mestre (M), que incorpora uma função alienadora ao sujeito, que deverá obedecer. A dialética do senhor e do escravo ilustra esse discurso. O Mestre, que encarna a verdade e o saber, se dirige ao escravo, que o imita e repete tal qual o outro faz, ocultando a verdade do mestre como sujeito barrado, incompleto. *“O significante mestre sem nexos ou sem razão deve ser obedecido, apenas porque assim estabelece”* (Gutierra, 2003, p. 90). O professor que foi humilhado, tende a humilhar, pela lógica de que só assim seus estudantes serão bons médicos e profissionais. Se eu sofri para aprender, é parte do mérito. A ciência pode escorregar para o lugar de verdade absoluta, mas ela só avança se puder ser refutada ou acolhida, se for mestria permanece inquestionável (Backes *et al.*, 2022).

Em relação aos aspectos teóricos recebidos nos primeiros semestres, os estudantes percebem de forma fragmentada e distante do que consideram ser o conhecimento médico. São muitas matérias diferentes e com conteúdo amplo. Assim, eles se sentem cobrados e se cobram também a ter êxito, afinal, há pouco tempo dominavam muitos conteúdos, tendo a certeza que sabiam estudar. Se dão conta que não sabem estudar, pois a metodologia do cursinho com professores de excelente didática, onde sintetizavam em macetes, esquemas facilitadores, mapas mentais, questões sobre o conteúdo, com muito apoio motivacional estava direcionado a um foco, repetir o que eles já sabiam para entrar na faculdade. *“[...] eu tava muito perdida, eu não sabia estudar, eu achava que era da mesma forma que o cursinho”* revela uma aluna do VI nível. Outra aluna do internato diz:

Inclusive, tu tinha um ritmo, tu tinha um jeito de estudar, e por exemplo estudar pra fazer questões, era mais um negócio prático assim, e aí quando a gente chegou aqui, teve que redefinir tudo, todo o jeito de estudar e às vezes parece que não entrava, era difícil de entender, e aí eu lembro que a primeira vez que eu abri o capítulo de biologia, pra estudar, eu chorei, e eu falei: “Meu Deus! O que eu vou fazer da minha vida? Nunca vou entender isso aqui”.

A colega do internato reforça esta realidade comentando:

Tu chega aqui e não tem nada, a única forma de tu estudar é tipo ler o Guyton²⁸ ou ler os livros, e como assim ler o livro, tipo, eu não lembro como faz isso, e aí os livros com a escrita super difícil, e quem quer ler, então assim, tu tava lendo, lendo, lendo e não entendia nada, aí foi horrível.

Estes depoimentos vão ao encontro de estudos como os de Fiedler (2008) e de Millan *et al.* (1999), quando confirmam que:

O desencontro entre a realidade experimentada e a idealizada aparece também no resultado das primeiras avaliações, em que as notas podem não corresponder às expectativas do estudante que costumava ser um dos melhores. A perda desse status pode provocar desejo de abandonar o curso ou uma crise de identidade. Permanece ainda a angústia frente ao conteúdo a ser estudado, além da sensação de não retê-lo. Essa fase de adaptação ao novo método de ensino não paternalista, exige do estudante mudança de postura e muita dedicação, obrigando-o a abdicar do lazer, exercícios e convívio social. Tais perdas provocam dor psíquica, vivência depressiva, tristeza, frustração e desânimo (Fiedler, 2008, p. 56-57).

As disciplinas que encantam os estudantes que desejam o curso, são as voltadas ao estudo e à compreensão sobre o funcionamento do corpo humano, por aprofundar este tema mobilizador de curiosidades desde a infância e que, em algumas vezes, foi o que definiu o ingresso do estudante ao curso, ainda no Ensino Médio. Aprender sobre o corpo humano faz parte do primeiro ciclo da formação, mas dentro de alguns cursos de medicina, se apresenta como um assunto temido, com muitos desafios na metodologia de apresentação e na aprendizagem, mobilizando tensão, ansiedade e, algumas vezes, crise de pânico, quando representa um risco eminente de reprovação, fazendo os estudantes crer que não conseguem dar conta e que não serão bons médicos se não souberem tudo sobre o corpo humano ao final do primeiro ou segundo semestre de ensino. O encontro com o cadáver, novidade no primeiro ciclo, pode ser mobilizador de reflexões existenciais. Alunos transferidos revelaram que viveram a aprendizagem das disciplinas que ensinavam sobre o corpo humano com metodologias mais facilitadoras de modo mais leve, não temendo a aprendizagem destes conteúdos.

²⁸ Arthur C. Guyton, conhecido professor americano de uma universidade do Mississippi, autor do *Tratado de fisiologia médica*, com mais de 10 edições, que acompanha os estudantes de medicina há vários anos.

Nesta pesquisa, por meio do depoimento dos estudantes, esta área de estudos se apresentou com metodologia deficitária, disciplinar, com excesso de conteúdo, cobrança pela rápida memorização, em um curto período de tempo, com poucas notas de avaliação e baixa presença, apoio e vinculação dos professores. A ênfase na metodologia da decoreba, para retenção em curto espaço de tempo, estimula maior isolamento entre os estudantes e os coloca diante da tarefa de aprender e errar sozinhos. Em relação a esta prática, Freire (2011) nos ensina que:

A memorização mecânica do perfil do objeto não é aprendizado verdadeiro do objeto ou do conteúdo. Neste caso, o aprendiz funciona muito mais como paciente da transferência do objeto ou do conteúdo do que como sujeito crítico, epistemologicamente curioso, que constrói o conhecimento do objeto ou participa de sua construção (Freire, 2011, p. 36).

A publicização das notas baixas, sem o retorno das provas e a análise dos erros, os envergonha, aumentando a ansiedade e a sensação de perda, que já vinha sendo vivida ao se perceberem insuficientes. “*A prova da disciplina X foi o pior choque da minha vida*”, refere uma aluna do III nível. Sua colega declarou:

Então, foi muito difícil [...]. Eu estava sozinha em Passo Fundo, e o marido lá (na cidade natal), é muito difícil. Eu chorava, eu ia até aula chorando, não sei se alguém, alguma vez percebeu, espero que não. Mas eu ia chorando, eu voltava chorando, eu dormia chorando. Eu emagreci 5 ou 6, não sei, 7 kg, numa pegada. Tipo, muito difícil.

Outro aluno, também do III nível, que chegou de transferência à universidade, referiu que:

Os professores [da outra instituição] eram bem mais próximos mesmo, acabava a aula, conversavam. Eu marcava horário fora de prática pra conversar, para relembrar conteúdo. Aqui os professores não fazem, chegam, dão a aula e somem [...], nem para dar relatório crítico, nem pra dar aula prática. Só pegam e somem.

Outro aspecto que merece uma reflexão neste ambiente de formação, discutido nos três grupos focais, é o peso que as provas e os seus resultados, através de uma nota, adquirem na vida dos estudantes, se transformando em um instrumento de poder, levando os discentes ao temor. Eles consideram que as provas são importantes, mas se transformam em um trunfo de disputas e de exibições maior que a aprendizagem. Um aluno do VI nível diz que “*Os profs. fazem provas com conteúdo que não dão em sala, que viram no congresso, não adianta reclamar, se vingam com a turma e dificultam mais as provas, os professores sempre se voltaram contra nós*”. Como comentado, os professores não devolvem as provas para que o

estudante analise o que errou e possa rediscutir em sala de aula. “*Mas, eu não sei o que eu errei. Não sei porque, eu pego o gabarito, numa prova, mas aí a questão eu não vou lembrar o que eu escrevi. O que eu fiz [...] não me devolver a prova, sempre me incomoda bastante*”, refere um aluno do III nível. Contam que muitas vezes esquecem os conteúdos após a prova, acreditam que pela tensão envolvida.

Muitas vezes não recebem as devidas orientações para seguir com segurança em atividades práticas. Uma aluna do internato relembra que “*nunca tinha entubado, e era um minuto, e eu cheguei lá e expliquei tudo e ele não me falou que era pra eu fazer, eu fiquei explicando todos os passos, aí faltando sei lá... 15 segundos, ele falou ‘entuba’, aí eu tava no meio da entubação e acabou o tempo, ele só escreveu na minha folha: zero*”. Outra aluna do internato relembra que, quando entrou pela primeira vez em um bloco cirúrgico, não teve a orientação necessária de como usar todos os equipamentos, tentou fazer da maneira mais correta, olhando o grupo, mas mesmo assim ouviu críticas da enfermeira em público, ou seja, as orientações são insuficientes diante dos xingamentos constantemente existentes.

Me esculachou na frente da sala inteira, tava os médicos, o paciente do lado do anestesista, o residente, e eu ali, com a coisa assim, não sabia onde me enfiar sabe, e nossa, fiquei muito mal, queria sair dali chorando, porque a gente é uma baratinha né, tu já tá todo assim nervoso pra aquilo, e tu ainda faz errado e te desmontam e te xingam, ai... foi muito ruim.

Outra aluna do internato comenta como se sente diante da falta de apoio, de orientação e de acompanhamento:

A gente se sente injustiçado, mas assim, em pequenas coisas né, [...] pensando em nota, em sonhos, e injustiçado porque tu não enxerga como eu sou, injustiçado porque tu não vê como eu faço consultas, tu não vê quem eu sou, tu não vê se eu sou boa, tu não vê se ele é ruim, tu não vê nada, tu me generaliza, eu tenho que caber num padrão, injustiça porque eu não tenho tempo, injustiça porque é no tempo que a faculdade quer, é no horário que eles querem, eu não sei se eles vão aparecer, eu tenho que tá aqui as oito em ponto [...].

Alguns professores estão ausentes e não conseguem construir feedback positivo ou negativo, fazendo com que os estudantes se sintam indiferentes, alguns se veem como invisíveis, sentindo que estão lá para “tocar serviço”. Uma aluna do internato se pergunta “*o motivo das notas se os profs. não estão presentes*”. A ausência dos professores no acompanhamento e na avaliação foi reforçada por muitos estudantes nos três grupos focais, como declarou a aluna do internato:

Isso foi uma coisa muito marcante dentro da faculdade, que eu acho que assim, de verdade, umas duas, três vezes, eu fui a pessoa que durante uma consulta, como que tu vai dar uma nota pelo

atendimento de alguém, se tu não tá vendo aquela pessoa atender? Isso era uma coisa que me indignava, a gente tem colegas que passaram, porque os outros atenderam o tempo inteiro, o professor não tava lá pra ver.

A falta de organização incomoda e interfere na rotina do estudante, seja em sala de aula, seja na instituição. Eles chegam com um ótimo padrão de planejamento pessoal, reforçado pela passagem no cursinho, mas quando entram em contato com a falta de organização, também se desorganizam, como refere uma aluna do internato:

acho que isso da comunicação é um problema assim ó, enorme na faculdade [...] não sei das outras, mas é professor que não sabe, na mesma cadeira, que não sabe o que o outro deu, que não sabe, como é questões [...] daí não sabe se deu, se não deu, quem é que vai dar aula, às vezes tem que marcar uma aula e o professor não aparece.

Alguns estudantes, observando que os atendimentos nos ambulatórios do hospital deixavam lacunas, se desafiavam a fazer uma melhor escuta, recebendo retornos positivos dos pacientes, conforme relata uma estudante do VI nível:

As vezes o paciente está lá e quer ser ouvido de alguma forma, ele tem alguma dor que não é necessariamente física... e a gente atendeu muitos pacientes, que disseram: “é a primeira vez que estou sendo ouvido, já passei por tantos médicos e ninguém dá bola para o que eu tenho”. E às vezes a pessoa não tem alguma coisa, mas ela só precisa aí, ficar aquele tempo aí, sendo ouvido para ela se sentir um pouco melhor, com ela mesmo ou ela precisa ser tranquilizada no que ela tem, e acho que isso me motivou [...].

Outra estudante, também do VI nível, comenta que “*Parece que eles ensinam uma receita de bolo, daí tudo é aquilo, aquilo, mas tu não consegue pensar, raciocinar, individualizar o paciente e integrar ele*”.

Estudantes do internato revelam que neste momento final da formação, conseguiram ser vistas de forma individualizada e ser reconhecida pelo nome, pois não individualizar e não reconhecer nem os alunos em suas práticas, nem o paciente em suas necessidades, incomoda, conforme afirma uma estudante:

Eu acho que no internato eu sou enxergada como Y, eu não sou uma aluna, sabe, eu não sei se é por causa do [...] internato, [...] que eu tenho mais contato com alunos da residência, [...] mas o primeiro ano do internato todos os professores, [...] eu fiz amizades absurdas com meus professores, eu ia ir jantar na casa dos meus professores, viraram meus amigos assim, então eu tinha prazer de ir na aula, porque ia ser muito bom, tipo, eu era tratada como Y, não era aluninha, [...] então, e eu via isso nos meus colegas também, tipo, eles sabem quem é, eles davam uma nota assim para aquela pessoa, então era uma coisa diferente da faculdade, e outra, eles queriam te ensinar.

O ambiente de formação que relataram, levando em conta a cultura e o discurso médico,

que permeia esta formação, pautado no discurso da ciência, reforçado pelas exigências que a realidade contemporânea impõe ao sujeito e às instituições, como referimos, do êxito e da competição, se distancia do acolhimento às diferenças individuais necessária à dimensão humana. Marco Antônio Coutinho Jorge, apresentando a edição brasileira de *A ordem médica*, de Jean Clavreul (1983, p. 11) diz que “o discurso médico, prima por excluir a subjetividade tanto daquele que o enuncia como daquele que o escuta. Daí a pretensa objetividade do cientista que, na verdade, está calçada na abolição da subjetividade do autor”. O médico fala enquanto representante do saber, do corpo médico e da instituição médica, se anulando enquanto sujeito perante a objetividade técnico-científica. “A medicina não leva em conta esse mal-estar e com justa razão, porque o discurso médico não se sustenta senão por sua objetividade, sua cientificidade, que é seu imperativo metodológico” (1983, p. 30). Clavreul denuncia que existe a hierarquia do saber na medicina, instaurando a existência de um discurso que exige que o médico cale seus sentimentos, “ao mesmo tempo que o doente, como indivíduo, se apaga diante da doença, o médico enquanto pessoa também se apaga diante das exigências de seu saber” (1983, p. 49), pois a medicina invoca a ciência que se tornou sinônimo de verdade absoluta, apagando a posição do discurso de sofrimento, apagando também a posição subjetiva do médico.

5. 2. As relações pedagógicas e as relações humanas

Os estudantes revelam que existem excelentes professores na instituição, repetiam essa frase permanentemente nos três grupos focais, quase que, solicitando autorização para comentar sobre as experiências que, ao longo da formação, geraram sofrimento na relação com alguns docentes, especialmente quando estes se impuseram com hostilidade, grosseria e assédio no contexto pedagógico ou mesmo não deixando compreensível a orientação esperada para a realização da atividade teórica ou prática, ação que inibe os alunos, deixando-os em dúvida, provocando menor exposição e participação, devido ao temor de ser exposto ao ouvir críticas. Algumas vezes, eles passaram por situações de humilhação e de vexame, em sala de aula ou em ambulatórios, durante atendimentos, assim como assédio moral, sentindo-se perdidos, confusos e sem saber como agir, reforçando inseguranças que se projetam como ameaças no futuro, em relação à capacidade de ser médicos e ao espaço de trabalho, pois comentam que muitos professores detêm um lugar de poder pelo posto que ocupam nas instituições médicas da região. A seguir relatamos, através do depoimento dos estudantes que participaram deste estudo, algumas vivências e opiniões sobre as relações pedagógicas e humanas, de como

sentiram o impacto na aprendizagem, em seu desenvolvimento pessoal e na saúde mental, além da perspectiva profissional.

Em relação às questões didático-pedagógicas, referem que alguns professores não têm didática para conduzir as aulas e diminuem o potencial dos alunos, desacreditando-os, quando colocam em dúvida as escolhas feitas por eles, como comenta uma aluna do VI semestre:

Eu acho que pelo menos a maioria dos nossos professores parecem despreparados para a pedagogia, assim, porque a maioria dos nossos professores desmotiva a gente. Eu não consigo contar nas mãos quantas vezes eu já ouvi de professores assim “vocês estudam muito pouco, na minha época, era tudo no livro, vocês têm as coisas muito fáceis, e daí vocês não aproveitam, vocês não sabem nada”, e coisas assim, sendo que a gente tá na fase de ser motivados, de ser instigados a estudar.

Os estudantes reconhecem que estudar pelo livro é importante e muitos complementam os aprendizados com leitura de textos e de livros durante o semestre e nas férias, mas necessitam de maior tempo em aula e de maior orientação, pois vêm adaptados a um ensino onde aprendem com videoaulas, exposição teóricas, resumos, questões sínteses, mapas mentais, entre outros. O aumento de conteúdos no curso e a sobrecarga das disciplinas fazem que eles não deem conta de estudar com êxito todo o exigido, pois algumas matérias estão sendo ministradas de forma a pensar em um especialista para a área, e não de maneira genérica. Sobre essa forma de estudar, uma aluna do III nível comenta a partir do que escutou:

“Ah, mas não está no livro?”. “Está, mas aqui, gente, no entanto, sendo coerente, vamos ser coerentes, né! [...] São 380 páginas em um só capítulo. Qual disciplina que você consegue [...] os livros são aprofundados, né? Entendeu? Não tem como. Você precisa cobrar o que ele deu na aula, que deve ser o mais importante, né? Porque ninguém está para ficar dando aula aqui do que não é importante.

Um aluno do VI nível diz que:

A gente já viu eles falarem assim “ah, você tem que estudar, estudar, estudar”, daí se a gente tá morto, cansado: “ah, por que que tu tá cansado?”, porque estudar cansa, aí na época de prova a gente tá que nem uns zumbis, aí ao mesmo tempo a gente é cobrado porque a gente tem que saber, apresentar o tempo inteiro, para ir nos ambulatórios bem arrumados, a gente não pode estar que nem um mendigo, que nem eles dizem, e ao mesmo tempo é muita coisa que tem que acontecer ao mesmo tempo na nossa vida, a gente tem que se vestir bem, estar bem apresentado, daí a gente tem que estudar que nem louco e a gente não pode ter uma vida fora da faculdade.

A colega, também no VI semestre, diz:

Pensando, é tudo uma bola de neve, [...] a gente estuda, se mata estudando, e tem dias que simplesmente não dá, não desenrola, tu tá ali, mas tu não tá ali, não adianta forçar, às vezes não vai, daí tipo, você estudou, estudou, estudou pra aquela prova, e a prova não é nada condizente com

nada que tem em aula. E isso pra mim, nos últimos semestres, é uma das coisas mais desgastantes. Parece que as provas não condizem tanto com o que a gente tá tendo em aula.

Fiedler, em seu estudo (2008, p. 51), confirma que:

Tal excesso de atividades e exigências muitas vezes não permite que o estudante tenha tempo para exercitar-se, cuidar da sua saúde, relacionar-se com família e amigos ou desenvolver outros interesses. Dessa forma o curso de medicina em muito influencia a qualidade de vida do estudante.

Os participantes comentaram que não recebem feedback nas avaliações, desconhecendo seu desempenho. Estacia, em sua dissertação de mestrado, *Metacognição na formação e atuação do médico: o que as pesquisas têm a nos dizer*, refere que:

O feedback fornecido e recebido pelo aluno torna-o capaz de verificar sua própria aprendizagem e manter uma espécie de vigilância sobre ela. Isso reflete em aprendizes mais conscientes e capazes de gerir seus avanços, suas compreensões e identificar lacunas e incompreensões, o que, de acordo com Otero e Rosa (2023), é uma ação autorregulatória que repercute em uma aprendizagem mais eficaz (2024, p. 22).

Na mesma direção, a autora traz a contribuição de Hattie (2009) que:

Mostrou que o *feedback* é um dos elementos mais importantes para o processo de aprendizagem e que a forma como ele é dado pode ter um grande impacto no resultado final, destacando também a importância do papel da motivação na aprendizagem, afirmando-a como crucial para o sucesso dos estudantes (Estacia, 2024, p. 23).

Os estudantes questionam o motivo de não devolverem as provas, já que eles têm o direito de saber quais erros cometeram. Gostariam de conhecer as resoluções mesmo quando obtiveram bom rendimento. Percebemos que quando ficam sozinhos, sem saber dos resultados, tendem a se responsabilizar pelo erro, não tendo possibilidade de revisar, de discutir e de aprender de forma diferente. Comentam que alguns professores ensinam diferente do que cobram nas provas, dizendo posteriormente que eles aprenderam errado e tendo falas contraditórias, que os confundem. Uma aluna do III nível diz que: *“o fato é que a prova não foi absolutamente nada coerente com que nos foi passado, então, isso entra nessa questão em relação de professor com o aluno”*. Outra aluna do VI semestre acredita que:

Tem professor, como falei antes, que esquece que já foi aluno, e aí pra tu errar como aluno, pra mostrar a superioridade dele, o conhecimento dele, coloca numa questão assim, o rodapé do rodapé do livro, mas não foi uma coisa que ele passou em aula. Mas tá lá na bibliografia da aula. E aí usa isso de justificativa para poder cobrar.

Uma estudante do VI semestre comenta que alguns professores perguntam sobre os conteúdos: “*Ou tipo o professor ficar te perguntando coisa até tu errar a resposta, sabe? Só pra ele ter o prazer de te ver errando ali*”. Outro estudante do VI semestre diz: “*às vezes tu falou uma coisa errada, tu se confundiu com uma palavra, não quer dizer que tu não saiba, mas se confundiu com uma coisa óbvia, [...] só que daí, na cabeça deles, não sabe isso*”. Assim, eles temem ficar marcados ou decepcionar os professores que admiram. O colega, do VI semestre, comentou:

Eu me propus a ser o primeiro da rotação a atender, e aquele professor me marcou de um jeito, assim [...] ele me humilhou, eu fui pra casa [...] me sentindo um lixo, porque ele me cortava, ele era grosso, estúpido na frente do paciente, tipo, eu só queria levantar e sair. Eu tava me sentindo horrível. E pior [...] isso foi na primeira, né? Na segunda vez, (no ambulatório) que daí já era outra pessoa atendendo, acredite se quiser, ele disse que seria uma boa ideia eu me matar... tipo, eu fiquei muito mal com aquilo. Eu pensei “meu Deus, por que ele me falou isso?”. Eu fiquei pensando “meu Deus, o que eu tenho pra ele ter me marcado desde o primeiro dia? Fui o primeiro a atender, e aí agora ele diz que seria uma boa ideia eu me matar?” [...] não é algo que tu fala nem de brincadeira, [...] a gente não tinha ideia que ele ia ser assim, e isso desestimula né, [...] é muito ruim a sensação quando um professor te humilha na frente do paciente, porque tu não tem nem como reagir, teus colegas não tem como reagir, e esse mesmo professor já fez isso no nosso grupo, já fez isso em todos os grupos, e ele trata a gente [...] a gente também não revida porque muito provavelmente a gente vai encontrar ele no internato, a gente vai encontrar ele se fizer residência aqui, sabe? Se for dar plantão em alguma cidade aqui perto, daí não tem como tu confrontar.

Outros estudos confirmam a vivência de maus-tratos entre os estudantes e o quanto os insultos e a discriminação na relação aumenta a crise, baixa a autoestima e adoce a relação (Millan *et al.*, 1999, p. 57). Fiedler (2008, p. 59) comenta que, os maus-tratos “estão diretamente associados ao embrutecimento e cinismo na prática médica, mudando atitudes, valores e até mesmo a personalidade do aluno”. A autora traz o pensamento da psiquiatra francesa Marie Hirigayen (2003) que “define essas práticas como ‘assédio moral’, uma violência cotidiana nas relações de trabalho, capaz de destruir o amor-próprio e a saúde física e mental” (2008, p. 60).

O ambiente hostil reforça defesas psíquicas que levam a processos de estruturação de uma identidade superficial e inautêntica, desligada de sua base real. As condições do ambiente são garantidoras e facilitadoras para que condições internas venham a coexistir no mundo, pois o ser humano se desafia permanentemente para se superar. As condições internas podem ser afetadas por condições externas adversas. É importante que o sujeito, no processo de autoconhecimento, se reconheça mediante sua fragilidade, enxergando no outro alguém semelhante, e que possa se expressar no ambiente de modo espontâneo. Um espaço hostil, que promove ameaças, assédio ou até abusos, dificulta as relações, criando insegurança, sensação de impotência e vergonha, os quais levam o sujeito a se proteger, não se reconhecendo, comprometendo também o reconhecimento dos outros, repercutindo na dificuldade de

aprender. Uma estudante do internato declarou: “*Olha que injusto, eu não posso fazer nada, eu só tenho que aceitar, porque é isso que é, o preço que eu preciso pagar pra ser médica*”. Sua colega comenta: “*isso, é assim, com total falta de respeito, e aí tu fica pensando ‘meu Deus, mas será que é nesse ambiente que eu quero me incluir?’*, só que ao mesmo tempo, eu fico trabalhando que eu quero ser diferente, mas é assim, muito difícil gente”.

As defesas e o fechamento fazem parte do processo de adaptação ao novo ambiente, mas quando este se caracteriza como ameaçador e expõe o sujeito, reforça o distanciamento, mantendo um clima de medo, onde o estudante poderá sentir raiva, tristeza e depressão. A humilhação e o constrangimento em público evocam a vergonha, trazendo um mal-estar que leva à depreciação, descortina seu interior e sua intimidade, “onde ficaram aprisionados as fraquezas, os medos, as debilidades que poderão vir a manifestar num primeiro momento o constrangimento, e como uma consequência possível: a vergonha” (Deggerone, 2023, p. 67).

O constrangimento de se expor diante do Outro, que se manifesta pelo silenciamento e pela falta de participação em sala de aula, é uma das causas de sofrimento psíquico revelada no estudo de Sueli Caixeta (2011), onde analisa sobre o sofrimento psíquico em estudantes universitários. Algumas situações com este caráter foram descritas nesta pesquisa:

Parece que existe uma falta de conexão, entre professor e o estudante, que a gente percebe que algumas matérias tem mais, algumas têm menos. E quando eu falo sobre essa relação professor e estudante, eu acho que a gente pode trazer o exemplo de que todo mundo tem uma matéria, às vezes que marcou não pelo conteúdo ou pela matéria, mas pelo professor. Tem vezes que tu fala o nome da matéria, tu lembra de tal professor que marcou. Então acho que isso já demonstra o quanto é importante a relação professor e aluno. Eu tive uma experiência horrível no primeiro semestre com uma professora, onde a minha família inteira sabia que eu tinha pavor dela. Sabia o nome dela, sabia do que se tratava de tanto que me marcou e a matéria assim não era, não era insuperável, mas a professora era. Então, eu acho que a relação professor-estudante diz muito sobre como tu vai levar a matéria, sobre como tu vais ou não se dedicar. Mas isso interfere nos resultados também. Então, eu acho que é uma relação que tem que ser boa e tem professores que realmente, geralmente, não estão nem aí pra o ti (Aluna do III semestre).

A colega, também do III nível, acrescenta: “*a gente fala tanto na relação médico e paciente, terem alguma conexão, mas isso não acontece entre professor e aluno, a gente não tem um exemplo no dia a dia*”.

Freud, no artigo escrito em comemoração dos 50 anos de fundação de sua escola, diz que seu maior interesse como psicanalista, foi pelos processos emocionais, mais do que pelos intelectuais, que se importou mais pela vida mental inconsciente que pela consciente e neste reencontro, anos depois em sua escola, diz que:

Minha emoção ao encontrar meu velho mestre-escola adverte-me de que antes de tudo, devo admitir uma coisa: é difícil dizer se o que exerceu mais influência sobre

nós e teve importância maior foi a nossa preocupação pelas ciências que nos eram ensinadas, ou pela personalidade de nossos mestres. É verdade, no mínimo, que esta segunda preocupação constituía uma corrente oculta e constante em todos nós e, para muitos, os caminhos das ciências passavam apenas através de nossos professores. Alguns detiveram-se a meio caminho dessa estrada e para uns poucos – porque não admitir outros tantos? – ela foi por causa disso definitivamente bloqueada (Freud, 1914, 286).

Uma estudante, recém-transferida de outra faculdade de medicina da região Sul, que participava do grupo no III nível, surpreende a todos quando revela:

Agora que eu acabei de montar o quebra-cabeça na minha cabeça, [...] essa professora que eu tive um trauma, ela era aluna desta instituição, se formou aqui, ela é professora da disciplina X, e a minha turma disse que ela foi frustrada e que ela ia acabar com nós. Só para ver como uma relação de estudante e matéria interfere muito, porque ela foi lá e fez isso. Nossa! Que ela disse que era cria daqui, que ela sofreu e que a gente iria sofrer também.

Alguns estudantes acreditam que “*tem professor que faz parte da linha didática da humilhação*” e que “*eles querem fazer a gente passar pelos traumas que eles tiveram no passado*”, comentam duas alunas do VI semestre.

Desse modo, os estudantes conviveram com momentos onde se sentiram humilhados por constrangimentos morais, assédio e manifestação de preconceitos sexual e de gênero. Não gostam quando o professor faz piada com pacientes obesos. Na verdade, eles acreditavam que todos os professores iriam tratar as pessoas sem preconceitos, não vendo a doença, e sim o indivíduo como um todo. “Não é problema possuir valores e preconceitos se você está disposto a enfrentá-los expondo-os a experiências que transformará os envolvidos” (Dunker, 2020, p. 32).

A humilhação e a pressão do erro em público inibem os estudantes e bloqueiam o saber e a ação, gerando nervosismo e ansiedade. Comentam da imaturidade que percebem em alguns professores quando estes se vingam na prova. Os “arrogantes no ofício” não compreendem o lugar do discente e suas angústias. As cobranças dos familiares e dos professores fazem com que eles sintam culpa em determinadas situações e em dúvidas sobre como organizar suas rotinas. “*Sentimos insegurança, nada nos mostra que estamos no caminho certo*”. Uma estudante do VI semestre pensa que:

Tem muitos professores que acreditam que ser carrasco é essencial para a formação médica, que a gente precisa disso, [...] porque às vezes parece [...] alguns, naquela posição de autoridade, acham que aquilo é formador da personalidade médica, que precisa disso pra virar bons médicos, que precisa do esculacho pra estudar, pra ter medo de não acontecer de novo, e da próxima vez saber.

A colega complementa: “*pra formar caráter né, como se fosse uma experiência pra ti de caráter né, às vezes é só formador de falta de confiança, de transtornos, transtornos psíquicos*”. Um aluno do III semestre relata que o professor, durante uma prova, comentou:

“Óh! mais um otário que vai reprovar porque está fazendo a prova a lápis. Não vai conseguir passar a caneta e vai zerar”. Não, eu não sei se foi otário, talvez seja uma palavra pior e talvez seja uma palavra mais amena. Mas, ele falou exatamente isso. [...] teve aluna que tava fazendo a prova, ele olhou para o fundo da sala [...] esse mesmo professor sentou do lado da aluna e passou a prova inteira fazendo piadinha com o que ela estava escrevendo, com as questões da prova. Enfim, a aluna chorou e tal, passou mal e coisa tal. A matéria foi excelente, não posso tirar isso da matéria, mas o terror psicológico que foi implicado nessa matéria não foi sem querer, foi por gosto.

Um aluno do VI semestre percebe que um professor:

Debochou da gente até pro guri que fica na portaria, e o dito colega dele de disciplina, o dito carrasco, também, na última aula dele, dizendo assim no final da aula, “ah, vocês têm alguma dúvida?” aí todo mundo ficou quieto, daí ele assim “ah! porque na hora da prova, vocês são cheios de dúvidas, né! Vocês não conseguem fazer as questões, mas agora na hora que eu tô perguntando vocês não têm dúvidas.

A colega do VI semestre comenta;

Ver um médico que é muito bom na sua área, muito foda, muito importante, famoso, renomado, e que é um carrasco, trata os alunos super mal, se tu erra uma pergunta, eles te desmontam, te humilham, e aí eles começam a levar isso pra vida, sabe? Aí, tu tem que aprender assim mesmo, tem que aprender na dor [...].

Fiedler cita Milton de Arruda Martins²⁹ (1991) ao afirmar que “a faculdade de medicina é um ambiente de ‘toxicidade psicológica’, sendo função das instituições de ensino prover atendimento psicopedagógico, estímulo ao debate sobre os fatores de risco para a saúde mental, a vulnerabilidade e as limitações da profissão médica” (2008, p. 62).

O trabalho de pesquisa com grupos focais possibilitou que algumas vivências pudessem ser compartilhadas pela primeira vez, o que impactou os colegas que desconheciam maiores informações do outro, de suas histórias acadêmicas e de vida, mobilizando maior conexão e troca de afetos entre eles. “*Eu vejo a história da Z, mais do que tudo, parabéns por ter passado por tudo isso, é muito honrado compartilhar isso com a gente assim, pelo menos assim com muito respeito pela pessoa sabe*”, comenta um aluno do III semestre. Os depoimentos, na realização dos três grupos, superaram o tempo planejado, com manifestações em continuar

²⁹ Professor da USP, com pós-doutoramento em Harvard em sua área, mas que também pesquisa educação médica e promoção em saúde. Foi presidente da Associação Brasileira de Educação Médica.

falando em momentos posteriores, com solicitações vindas pelo telefone ou em encontros informais.

Ao serem questionados sobre o impacto nas relações pedagógicas e como estas práticas afetavam a vida, os estudantes comentam que a pressão, assim como não sentirem uma referência segura para os estudos, o excesso de conteúdos, o tipo de provas que expõe os estudantes, os maus-tratos e a violência desequilibram, geram culpa, fazem com que se sintam invisíveis, em um ambiente impessoal, desconectados com as pessoas, o que acreditam ser um descaso com o estudante.

Uma aluna do internato refere que:

O quinto semestre foi a coisa mais terrível, aí eu odiei a faculdade como um todo assim, eu comecei a gostar mais agora, no internato mesmo, porque daí eu vi o prático, sabe, porque pra mim estudar é horrível foi uma pressão horrível, tu nunca sabia o que ia acontecer, era aquela coisa de ir pisando em ovos o tempo todo, [...] se chegava em uma aula prática do Y, meu Deus do céu! Se ele me olhasse torto eu ficava pensando “meu Deus! Ele vai me alugar, ele vai me humilhar na frente dos pacientes, não sei o que eu vou fazer”, aquela vez que o X me humilhou na frente do paciente, eu saí chorando do ambulatório, porque ele acabou comigo na frente da paciente, e a paciente só me olhava assim, e eu ficava assim (ficou um silêncio entre elas e a aluna não sabia como agir), e aí, aí eu achei muito ruim.

Uma aluna do VI semestre diz que: “*a gente tem que se dedicar 100%, então não tem como, às vezes tem épocas que eu não consigo ir na academia, às vezes eu me sinto culpada de ir na academia, não estou estudando, que é época de prova, eu deveria estar estudando, por que eu estou indo na academia?*”. Outra voz comenta:

Culpado de ir na academia e culpado de não ir na academia, é, aí tu não vai, porque às vezes tu não rende em casa, [...] daí tu sente um sono absurdo, dorme 5 min e passou 3 horas, acorda desorientado, sem saber onde que tu tá, e se cobra; por que tu não foi na academia, por que tu não estudou e por que tu dormiu.

A colega do nível VI complementa:

Eu acho que tem até uns que acham que é bonito ser carrasco, que passa a sensação de que aquele professor é superior. Ele é superior, por isso que ele pode dar mijada, tem uns (colegas) que eu acho que acham bonito, e querem no futuro ser superiores também, então eu acho que tem algumas pessoas que podem seguir esse caminho e se tornarem carrasco também, por aquela história do “quem sofre bullying pode projetar o bullying no futuro”.

Esta condição de humilhação, presente nas relações entre “alguns professores” e alunos, referida na vivência prática, deve ser cumprida produzindo alunos servís que, neste momento, não ousam se pronunciar, se conformando ao modelo social em voga. “O pavor do aniquilamento produziria a aspiração de saciar as demandas de completude do outro protetor,

mesmo à custa da devastação da própria vida ou da vida dos outros”, reflete Jurandir Freire Costa, em seu prefácio à obra *O grupo e o mal*, de Contardo Calligaris, que discute sobre o motivo pelo qual alguns sujeitos aceitam abdicar de sua personalidade em nome da paixão pela instrumentalidade (Costa, 2022, p. 13).

Outros estudantes questionam os maus-tratos e os impactos negativos em viver uma relação de forma não particularizada. “*Pra mim, que eu vejo que pra alguns amigos meus também fez diferença e nos estressava bastante assim, é a falta de individualização que a gente teve ao longo do curso [...]*” comenta uma estudante do internato. A colega, no mesmo grupo, diz que “*é mais profundo que isso, é um descaso, esse descaso que eles têm com horário é um descaso com a gente, eles não querem nem saber quem a gente é, o que quer, quais são nossas expectativas com a matéria, ou com eles mesmo né, enfim, então eu acho que é uma coisa que é reproduzida*”, outra percepção é que “*parece que nem o professor gosta do que ele faz, ou coisa assim*”, refere uma aluna do VI semestre.

Partindo da afirmação de Milton de Arruda Martins³⁰,

A forma como o estudante é tratado durante o curso determina a forma como tratará o seu paciente futuramente, enfatiza que é preocupante que o estudante sofra abusos durante o curso. Não é incomum que se sinta ameaçado pelo abuso da autoridade de professores e residentes, ou receba agressões verbais, além de excesso de trabalho e em alguns casos, até abuso físico (Fiedler, 2008, p. 219).

No grupo focal, ao serem indagados se as atitudes dos professores influenciam os estudantes a serem iguais, as opiniões se dividem, dizendo que, no caso do modelo de atendimento pode influenciar, como atender o paciente rápido demais, mas em relação a repetir as mesmas atitudes, uma aluna do VI semestre diz que não: “*eu vejo que a gente observa as atitudes do professor e a gente concorda que tá errado. Ninguém vê essas atitudes vindo de uma figura de autoridade e pensa assim “nossa! muito bom! É assim que tem que ser mesmo!”*”.

Apesar desta afirmação, eles trouxeram dois exemplos em que a repetição de comportamentos abusivos é uma questão que só se confirma na realidade prática de cada sujeito a posteriori, a depender de como o sujeito estruturou suas identificações com os modelos de autoridade e como elaborou os maus-tratos. Uma professora, como relatado no grupo focal do III semestre, que ao assumir a cátedra de uma disciplina X, em outra instituição, repete o mesmo padrão abusivo que sofreu, justificando que, porque sofreu, iria se vingar, porém, também há o

³⁰ Proferida no 45º Congresso Brasileiro de Educação Médica em Uberlândia–MG, em 2007.

caso de outro professor que soube fazer diferente do que viveu, como conta uma aluna do VI semestre:

Esse semestre eu tive duas experiências que o professor elogiou o nosso grupo, [...] falou pra nós que ele [...] não sabia o que ia encontrar, e ele falou que ele ficou muito surpreso que a gente tem bom raciocínio clínico e que a consulta é muito boa, que a gente sabe passar o caso muito bem, e aquilo foi um [som de suspiro], uma respirada, assim era uma coisa que eu falava, que na época dele não era assim [...], mas que ele não esperava isso da gente, porque quando ele tava o mesmo que nós, era diferente. As pessoas não elogiavam, as pessoas não valorizavam, não falavam tipo “tá bom assim, continue assim que tá bom”.

Em paralelo aos depoimentos de vivências difíceis, puderam fazer o contraponto do que consideram positivo nas relações pedagógicas e nas relações com professores, percebendo como se sentem. Alguns transparecem o amor que sentem pela profissão e isso deixa os estudantes animados e confiantes da escolha que fizeram, refletindo a aprendizagem por espelho. Assim, os professores que compreendem os alunos contribuem para o desenvolvimento do processo de aprendizagem. Uma aluna do VI semestre comenta:

Nós estávamos conversando, aquele dia [...] quero ser assim, eu não quero ser assim de forma alguma. E a gente tava na mesma especialidade, dois professores que são da mesma especialidade e que atenderam pacientes de forma completamente diferentes. Um professor teve um dia que chegou lá uma paciente completamente descompensada, [...]. E o professor, o que ele fez? Colocou no quadro todos os problemas dela e nos explicou tudo que a gente podia fazer, que remédios a gente podia tirar, o que a gente podia acrescentar, tipo assim, reformou a mulher. E aí, na mesma especialidade, umas semanas depois, a gente foi lá, com outro professor, e a mulher tinha basicamente dois problemas: o da especialidade, específico, e hipertensão descontrolada. A professora assim, ela passou a consulta toda dizendo pra mulher que ela tinha que ir em tal médico para ver da hipertensão dela e falando mal de um outro que tinha tirado um medicamento dela. Basicamente, ela falou uma frase relacionada à especialidade dela. Completamente diferente do outro professor, que tentou ajeitar a vida da mulher. Aí, meu Deus, né! Não quero ser assim.

A colega também do VI semestre comenta o impacto de uma aula boa:

Tu vê que ele desenha, ele te conta, ele explica detalhe por detalhe do funcionamento a medicação, do porquê que vai trocar, aí tu sai, meu Deus! Ainda bem que eu entendi o que eu vou fazer, aí tu vai explicar pro paciente com muito mais confiança do que tu tá fazendo do que qualquer outro médico que chegar lá pra tu falar “ah, troca o medicamento dela”.

Ainda no VI semestre, a aluna diz:

Eu acho que tem duas vertentes, e eu acho que isso muda completamente como a gente, tem os que se sentem iguais a nós, que nos tratam como iguais, e os que se sentem superiores. Quem se sente superior geralmente são os que vão fazer ou debochar ou xingar ou falar uma grosseria, para tu errar, e os que se sentem iguais vão ser os que vão te explicar e os que vão tornar o teu ambiente agradável pra tu aprender. E aí se tu tá com um professor que se considera igual a ti, tu já sabe que o ambiente vai ser tranquilo [...]. Tu sabe que no ambulatório vai ser uma paz, tu não vai passar raiva [...] aquela energia que tu tem, tu consegue direcionar para aprender, e tu sai de lá sentindo que tu aprendeu, que é para aquilo que tu usou a tua energia, o teu tempo. E se tu já vai pro

ambulatório do outro [...] que é um carrasco, a metade da tua energia é usada como medo dele, e pra ficar prestando atenção se ele não vai fazer alguma cara feia para o que tu falou, ou se ele não vai xingar, ou se ele não vai debochar, e aí acaba que a energia que tu gasta aprendendo é muito menor e tu sai aprendendo muito menos. Então é totalmente diferente pra mim a forma que eu me sinto com professores que têm menos ego do que com os professores que sentem que eles são superiores, que eles que mandam e que eles que são bons.

Uma estudante do VI semestre percebe que:

Os professores mais jovens têm a tendência de nos compreender melhor se a gente tá num dia mais cansado ou não. Tem professores que têm uma sensibilidade maior de perceber se a gente tá cansado, triste, no período de provas, e compreender a nossa ansiedade, o nosso cansaço, então eu acho que sim, eles têm dificuldade de nos compreender.

Alguns estudantes sugerem que a instituição tenha mais rigor na seleção e na capacitação dos professores, conforme comenta uma aluna do III semestre:

Eu acho que deveria ter um maior rigor [...], em relação aos professores em qualquer universidade. [...] eu sei que é escasso número de profissionais, eu sei que tem tudo isso, né? Tem toda uma parte burocrática, falta profissional, falta professor [...] eu sei disso, mas no mundo ideal, talvez que fossem submetidos a um treinamento, [...] a formação docente que falta, eu vejo que falta. É que antes, na instituição, era requisitado, se eu não me engano, pelo menos ter um mestrado de que alguma coisa em pedagogia para dar aula neste nível, sabe? É. Antigamente era pedido para todos [...]. Devia voltar a isso.

A aluna do internato comenta na mesma direção: “*ser professor e querer ser professor são coisas totalmente diferentes [...], então é essa falta de responsabilidade com a escolha deles em querer ensinar, porque se tu quer ensinar tu tem que tá disposto, e a gente só falou aqui exemplos de pessoas que não tavam dispostas a ensinar*”. Aspecto também acentuado por um estudante do VI semestre, que conclui que:

As relações pedagógicas tem muito a evoluir. Quando a gente tem uma aula muito boa, que na verdade é o básico, a gente se surpreende, acha que nossa! O professor é um Deus, quando na verdade todos deveriam ser assim, explicar o que estão fazendo, porque estão fazendo, se sobrou um tempo, explicar outra coisa, sei lá, [...] mas também te dar uma dica pessoal, deveria ser assim.

Ao serem questionados pela mediadora se uma das situações geradoras de sofrimento é quando são cobrados por algo que não foram ensinados, dizem que sim. Uma aluna do internato revelara que “*eles querem que tu entenda sofrendo, é a única forma de tu aprender, então assim, ninguém, ninguém, foi ensinado a entrar no bloco, ninguém, todo mundo aprendeu errando ou conversando com teu amigo que já tinha ido e aí sabe como é que é*”. E a colega complementa: “*Uma coisa que é pra ser muito simples, e aí tu bloqueia*”.

Ao longo do curso, relatam mudanças:

Eu acho que, uma coisa que quando tu perguntou sobre mudanças, eu acho que uma coisa que mudou pra mim é essa história de endeusar muito o médico, porque eu lembro que quando eu entrei, meu Deus era o fulano de tal sem defeitos, o melhor de todos, e aí tu vai passando na faculdade daí tu começa a descobrir situações e coisas daquele profissional lá, e aí tu começa a conviver um pouco mais, daí tu começa ah, vou em uma janta, aí tu vai em um café com outro, aí tu conversa um pouco mais, tu vai vendo que é gente como a gente sabe, e vai mudando um pouco, tu já se sente mais à vontade pra talvez questionar mais (Aluna do internato).

O endeusamento da imagem e da posição social do médico e do curso gera um impacto ambíguo sobre a aprendizagem, pois, ao mesmo tempo em que admiram o profissional e desejam estar na sua convivência, esta aproximação não é garantia de transmissão de conhecimento e de construção de aprendizagem. Dependendo da forma como este profissional se coloca na relação com o estudante, estando mais aberto ao diálogo ou fechado em seu conhecimento, passando a impressão de saber absoluto, provoca aproximação ou distanciamento, construindo rejeição também à sua área de conhecimento. Uma aluna do VI nível diz que:

No semestre passado teve uma matéria, na época eu tive uma experiência [...] com os professores, a forma como davam aula, as provas, enfim. E eu saí dessa matéria por um semestre com uma visão sobre isso, sabe? Uma coisa muito importante, que a gente vê todo dia, mas que conforme os professores falaram isso, [...] daí nas férias de verão, eu fiz um estágio e simplesmente os médicos eram totalmente diferentes, sabe? A forma como eles davam a aula, parecia que eles tinham mais amor pela profissão e por dar aula, e eu fiquei com uma impressão bem legal, sabe? Tanto que eu até cogito essa área. Mas aqui, por exemplo, se eu passasse, só por isso, não veria como uma possibilidade.

Souza (2018) declara que a formação médica vive um desafio no processo de ensino e aprendizagem que envolve a escola médica integralmente, provocando mudanças na relação entre estudantes e professores, pois muitos professores são médicos atuantes, mas que nem sempre tem formação em docência. “São as autoridades em saber médico, o que repercute sobre o modo de o estudante encarar o exercício da profissão” (p. 61).

A relação entre os colegas é considerada um grande suporte durante a formação. Vários estudantes consideram o grande diferencial quando encontram apoio, podendo construir uma relação amistosa. Geralmente não carregam esta expectativa, pois acreditam no que ouvem: que é um ambiente competitivo, mas encontrar acolhimento entre os pares faz a diferença, como comenta um aluno do III semestre, “*com relação à receptividade dos colegas foi fantástica. Também achei que poderia ver uma hostilização [...], pelo contrário, me surpreendi com a recepção dos colegas, foi além da minha expectativa*”.

Outros relataram ter encontrado um ambiente competitivo e mais fechado, onde as informações de oportunidade em trabalhos de aula e de pesquisas não foram amplamente

divulgadas. Uma aluna do internato comentou: *“por que que tu não compartilha, sabe? Não fazia sentido pra mim, aí eu entendi que era uma coisa do tipo nós estamos concorrendo, involuntariamente, indiretamente”*. Alguns estudantes relataram que demoraram certo tempo para se abrir e confiar no novo ambiente, pois sentiram estranheza, porém, depois, desmontaram as expectativas negativas e as relações amistosas contribuíram para o sentimento de pertencimento, deixando-os menos deslocados. Os amigos colaboram para o feedback que necessitam ao final das novas tarefas. Descreveram viver relações solidárias, onde a presença afetiva traz segurança nas atividades, como refere uma aluna do VI semestre:

A gente se ajuda também durante o curso, então assim, um entra com pânico, fica nervoso, a gente monta um grupo e todo mundo vai. Teve um professor que brincou com nós [...], perguntando qual era uma resposta, e aí a gente ficava falando “concordo com fulano, concordo com fulano”, e ele falou: “ah, então se a fulana errar, todos vocês vão errar?”, e a gente falou “sim, ninguém solta a mão de ninguém”. Porque é o que dá segurança pra nós.

O grupo funciona como um suporte psicológico, um fortalece o outro. *“Ter um grupo de amigos bom, que seja bom pra ti, faz tanta diferença, porque eu sinto que tá todo mundo ou ansioso, ou depressivo, ou ambos, e quando tu tá com um grupo de amigos, eles tão passando pela mesma coisa, então a gente consegue se apoiar”*, comenta um aluno do VI semestre.

5.3 A saúde mental

Quando perguntado sobre o que é ter saúde mental na faculdade, os participantes do grupo consideram que é ter respeito, se sentir apoiado, pois estão em uma luta, longe de casa, passando por situações onde necessitam de um lugar que se sintam bem. Com a rede pessoal de apoio, são incentivados a não abrir mão do autocuidado, não ficar de madrugada estudando, não abdicar do tempo com a família, com os amigos e com o(a) namorado(a). Ao serem questionados se, desde o ingresso na faculdade, algo mudou relacionado à saúde mental e gera sofrimento, todos afirmam que sim; que piorou muito, afinal, não conseguem manter a rotina de cuidados que viviam anteriormente, com academia, alimentação equilibrada, sono e até mesmo a rotina de estudos que desenvolviam até então, em função da nova rotina em horários extras que a universidade impõe. A rotina caótica traz a sensação de perda de controle sobre a organização de suas vidas.

Recebem muitas informações de aulas, de eventos, de trocas de horários, recados de professores sobre faltas, em diferentes canais de comunicação, interferindo na rotina, que é permanentemente reorganizada. Existem muitos canais para o envio das informações e isso

atrapalha, pois necessitam estar atentos de diferentes formas, seja presencialmente ou via aplicativos, como WhatsApp, e-mail institucional do aluno, Moodle, entre outros, conforme declara uma aluna do III semestre:

Algo que para mim está impactando muito, que piorou no geral [...], eu era uma pessoa nada apegada ao celular, [...] estava no cursinho, eu desligava e vivia sem o meu celular. Hoje eu não posso fazer isso. Simplesmente, se eu fico muito tempo sem, eu perco alguma coisa que mudou, eu passo mal, [...] e isso me entristece. Isso me deixa irritada, porque era uma parte de mim que eu gostava. Era uma parte de mim que eu tive que deixar de lado, [...] perder a minha característica, não perder isso, mas tentar aliar ao que eu preciso fazer, porque eu tava perdendo o controle [...] a cada pouco tempo, eu pegava o celular, porque eu ficava nervosa. Não conseguia ficar imersa ao que eu estava fazendo, [...] sociedade, de multitarefas. É algo da faculdade que prejudica minha saúde mental.

Elaborar a perda do que idealizaram em relação ao curso e à instituição acontece de forma abrupta ou paulatinamente e é importante para uma melhor conexão e aceitação da realidade, sendo um processo mais fácil quando o estudante se sente acolhido na instituição. Um dos fatores pessoais constantes foi aceitar que não estão em outra universidade idealizada anteriormente, apesar do esforço. Poder olhar de forma positiva para si e para a nova instituição em que estão inseridos, acreditando que é possível a aprendizagem, depende de aceitar e de resignificar seu desejo, mas também do novo ambiente. Para alguns, permanece a sensação de “desonra da família”, se sentindo menos importante. Com o tempo, resignificam esse pensamento, mas somente se bem aceitos no novo ambiente e quando percebem seu aprendizado, elaborando, assim, sua castração, sua interdição sentida como ausência de possibilidade.

Uma estudante do III semestre comenta que:

Uma visão que eu criei e que realmente lá estão as mentes brilhantes, que lá vão ser as grandes ideias e que lá tem a melhor qualidade do ensino. Então eu fui muito apegada a isso e eu corri atrás, corri atrás mesmo. Quando eu entrei aqui, eu estava relutante. Eu achava que a faculdade não ia ser tão boa, eu achava que era para gente burra, eu achava que ia ser horrível, sabe? Que eu não ia conseguir crescer e que não ia conseguir me desenvolver.

Um estudante do VI semestre comenta que carregava uma visão idealizada da instituição que frequenta:

Para a minha decepção, essa idealização que tinha da faculdade ela foi sendo desmoronada nos primeiros semestres. Tipo assim, cada coisa que acontecia era um choque de realidade, daí chegou ali no terceiro, quarto semestre, e daí as coisas pararam de me chocar, mas eu continuo tomando uns tapas na cara, só que daí eu não fico mais surpreso, a gente já espera alguma coisa [outra voz: é, eu acho que a gente está anestesiado] é, isso, exatamente, a gente está anestesiado.

Revelam sofrimento diante do excesso de tarefas, de estudos e de cobranças externas, gerando ansiedade, o que se manifesta no aumento do uso do celular e da ingestão de mais alimentos. “*Eu percebi, descontando a ansiedade na alimentação; “Eu... é chocolate... Eu comia só sábado. Agora, toda semana”*”, comentam dois participantes do grupo no VI semestre. Este comportamento compensatório denota um conflito interno, fruto da necessidade incontrolável de praticar um ato para aliviar a ansiedade provocada pelo pensamento indesejado. Uma aluna do VI semestre comenta que:

Todo mundo aqui se cobra, na hora de atender [...] eles não tem muita paciência pra quem não sabe responder, pra quem tá começando, então às vezes a gente vai responder alguma coisa ou alguém pensa por um segundo e já é motivo pra dizer assim “tu não tava na aula?” [outra voz: é óbvio, como que tu não sabe responder?] “tu não tava na aula dessa semana?”

E as cobranças dos professores, sem acompanhamento, aumentam as pressões internas, associadas ao sentimento de culpa, conforme nos conta uma estudante do VI semestre:

Com o incremento da clínica, eu, pelo menos, me sinto cada vez mais insegura, e tipo de cobrança comigo mesma, como foi falado, porque tipo assim, eu preciso saber o tratamento de uma doença milhares de vezes, como é que vou lidar, sabe? Por exemplo, eu sei o básico, mas quando eu sou cobrada a um pouco mais, eu fico insegura, eu me sinto incapaz, por mais que eu receba a informação, eu não consigo desenvolver ela, sabe?

Um estudante do III semestre também comenta sobre a autocobrança:

Eu vou dizer uma cobrança quase de nós por nós mesmos. Pelo que? Pela responsabilidade. E às vezes tu tem tanto conteúdo que tu fica sem saída [...] Tem tanto conteúdo que fica se cobrando de ter que aprender tudo, mas ao mesmo tempo, no fundo, tu sabe que não é assim, só que é automaticamente uma cobrança e, querendo ou não, isso automaticamente, muito vinculado ao curso que a gente está fazendo [...] Mas tem vezes que dormir parece que tá sendo errado. Porque, naquele momento, eu não tinha que estar dormindo ou eu não posso parar para dormir. Então, eu acho que isso é uma coisa muito relacionada à saúde mental e que eu não tinha antes da faculdade, não sofria, eu não me cobrava tanto.

Os estudantes se dão conta de que a culpa que os acompanha atrapalha a organização e a condução de prioridades pessoais e educacionais, levando a uma descrença pessoal, construindo uma ansiedade e um temor ao futuro, quando não se veem capazes o suficiente, conforme narra uma aluna do VI semestre:

E isso só contribui para essa autocrítica que a gente já tem por si só e só aumenta. Quando a gente vê, tipo, poxa, nem meu professor vê potencial em mim, fica falando que a geração da medicina de antes era muito mais forte que a geração de agora... O que vai ser dos pacientes de vocês? Deus me livre dos pacientes de vocês!

Sem feedback que possa servir de norte, se comparam aos colegas, caminho também angustiante, duvidam de suas referências e não desenvolvem uma aprendizagem pessoal adequada às suas particularidades, como observa um aluno do III semestre, “*eu vejo meus colegas estudando uma semana antes da prova [...] não me sinto fisicamente capaz [...] eu me sinto mal comigo mesmo. Pô, como é que eles conseguem fazer isso? Para mim, é um desgaste subumano, [tipo] eu vejo que eu não tenho essa capacidade*”.

Uma aluna do VI semestre declara que:

Quando alguém pega na tua mão e ensina é diferente. A gente não se expõe ao ambiente educacional. Quando você é esculachado, desenvolve a tendência à ansiedade, tu desenvolve negatividade, a tendência a ter ansiedade ou evitar passar por uma situação parecida. Ou seja, claro que tu não vai querer se expor mais no ambiente educacional. Tu vai ficar tímido, tu vai ficar [encolhido?], com medo.

Diante das ameaças presentes em sala de aula, a ansiedade gera medo, que mantém os estudantes em estado de alerta, desacreditando da palavra dos professores e, mesmo com o passar dos anos, aprendendo mais, eles continuam se sentindo vulneráveis, comprometendo a saúde mental. Mais da metade do grupo pesquisado iniciou acompanhamento psiquiátrico e psicológico. Em um dos grupos, dos onze participantes, oito iniciaram medicação, permanecendo em atendimento psiquiátrico.

Eu acho que, agora, a gente tá numa fase de faculdade que já era mais do que a gente tava esperando, porque pelo menos na parte teórica e prática elas são mais aplicáveis, e eu acho que a gente tá mais feliz do que quando era no início, mas a parte emocional e psicológica decaiu, enquanto a parte prática aumentou, e eu acho que é por isso que a gente fica mais perdido, sei lá... [outra voz: mais cansaço] (Aluna do VI semestre).

A colega declara: “*Eu me considero uma pessoa imprestável, porque tem coisas boas, tem coisas muito ruins, aí eu fico triste, aí eu fico feliz, aí... tem um tabu, em relações interpessoais, aí nesse meio tempo, eu me sinto muito frustrada*”. Outro estudante, também do VI semestre, revela que está sempre desconfiado:

Tô esperando a próxima. É engraçado, mas é um sentimento real. Eu sempre tô esperando... tipo a gente vai ter uma prova amanhã, aí a professora falou que a prova vai ser super de boas [...], só que eu não consigo acreditar, eu vou estudar tudo como se fosse a prova mais difícil do mundo por causa que a minha cabeça diz que, levando em consideração o histórico da nossa turma, tudo pode acontecer.

Referem que diante dos professores “carrascos” a energia é para se defender do medo. Comentam que se sentem mais frágeis emocionalmente na faculdade e que adoeceram muito

ao longo do curso e, consultando médicos, descobriram que estavam somatizando. Um estudante do VI semestre comenta:

A gente tá aprendendo que mesmo que a gente saiba, a gente tá sempre duvidando, porque a gente tá sempre com medo [...] se eu tô errado muitas vezes, porque agora eu estaria certo? Não sei se eu me fiz claro, [...] a gente tá carregando, construindo um pouco uma personalidade médica meio insegura.

A colega completa: “*parece que a gente carrega um chicotinho que fica o tempo todo se batendo*”.

Entretanto, eles encontram mais tranquilidade no internato: “*eu vejo que agora no internato eu tô vivendo a melhor fase da faculdade inteira. Assim, porque é onde tudo faz sentido, pra mim pelo menos, da matéria, e eu me encontrei muito e consegui lidar com tudo com muito equilíbrio*”, comenta a estudante. O colega, também do internato, fala do que sente quando é bem tratado:

E se alguém lá que te trata com leveza, te trata com respeito em um ambiente, pra não conversar só coisas de aula, acho que melhora muito [...] me dá vontade de fazer as coisas e eu aprendo mais também, [...] com um profissional desses, porque eu sei o quanto eu aprendo, quanto eu me sinto bem, o quanto presto atenção, o quando acordo animado.

Ao serem questionados sobre o que fariam para cuidar da saúde mental dos estudantes, eles comentam que acolheriam e escutariam mais. Uma aluna do internato diz:

Se estivesse na minha mão e eu tivesse que fazer alguma coisa hoje, colocaria psicólogas, mais psicólogas desde o início da faculdade, porque talvez se eu tivesse condições financeiras, de uma psicoterapia desde o início da faculdade, [...] eu estaria aproveitando muito mais o internato, muito menos sofrimento.

Essa ideia foi recorrente, mas logo enfatizaram que a coordenação do curso necessita “*valorizar o que a gente tá trazendo [...] validar o sentimento e a opinião dos alunos*” e trazer “*profissionais que realmente sejam, e sejam pela educação aqui dentro, e não só por status de ser professor ou qualquer outra coisa assim*”.

Entre os vários aspectos enunciados pelos estudantes como fatores que interferem em sua saúde mental, um deles nos chama atenção e vale ressaltar, que é a relação com o professor, que se repetiu em vários momentos e depoimentos, até mesmo quando se discutiu saúde mental, de forma que aparece como uma das principais influências ao bem-estar dos estudantes. Nos parece, pela frequência revelada, que a ação do professor, através de palavras ou atitudes, exerce uma influência direta no desencadeamento do sofrimento psíquico. Esse aspecto aparenta estar

acima da complexidade das tarefas aprendidas durante o curso. Os estudantes desejam ser médicos, desejam saber mais, mas acreditam que serão bons médicos na mão de bons professores médicos, os quais diferem dos médicos que dão aula, que não são professores, pois não têm didática.

Mrech (2002) lembra que foi Lacan quem revelou, pela primeira vez, a importância da linguagem, da fala e do discurso no processo de transmissão. “A transmissão não é apenas um processo de comunicação. Ela remete a outro círculo maior: o da instauração da transferência de trabalho” (Mrech, 2002, p. 8). A autora considera que não basta o estudante receber o conteúdo do professor, é preciso que aquele estabeleça um saber com aquilo que foi ensinado, mas, muitas vezes, essa passagem não acontece, pois os professores constroem barreiras, criando resistências, o que neste estudo, revelou provocar sofrimento psíquico. Entre os fatores de origem está uma leitura redutora da linguagem e da fala dos professores, que constroem processos lineares de linguagem, desconsiderando a complexidade do contexto da comunicação e das relações.

A transmissão pedagógica tradicional baseia-se em um modelo de comunicação simples, que prevê uma leitura direta da linguagem e da fala. A crença é de que os professores transmitem e os alunos aprendem. Aquilo que foi transmitido, assim como, aquilo que vai ser capturado, extrapola, e muito, o sentido que foi estabelecido originalmente. A fala ocupa um lugar estratégico na relação professor-aluno. É ela que cria ou não a própria relação (Mrech, 2002, p. 9-12).

Até aqui apresentamos o pensamento dos estudantes, a partir das discussões dos grupos focais, agrupando-as em três categorias: ambientes de formação, relações pedagógicas e humanas e saúde mental. Seguimos analisando, com base nos referenciais teóricos da psicanálise e da educação, como a formação médica pode vislumbrar em seu ensino o cuidado com a saúde mental dos estudantes, com vistas a uma educação humanizadora.

6 SAÚDE MENTAL, PSICANÁLISE E FORMAÇÃO HUMANIZADORA ORIENTADA À FORMAÇÃO MÉDICA

“Amamos o médico não pelo seu saber, não pelo seu poder, mas pela solidariedade humana que se revela na sua espera meditativa. E todos os seus fracassos (pois não estão, todos eles, condenados a perder a última batalha?) serão perdoados se, no nosso desamparo, percebermos que ele, silenciosamente, permanece e medita, junto conosco”.

O Médico – Rubem Alves

Este capítulo retoma aspectos relevantes discorridos ao longo deste estudo, como forma de ampliar o olhar sobre as causas do sofrimento psíquico dos estudantes, a partir das vivências descritas durante a formação médica, surgindo como um desafio ao bem-estar do estudante, quando compromete sua formação. Se considerarmos tais manifestações sobre o sofrimento psíquico como um balizador, teremos um caminho na direção de mudanças no cuidado com a saúde mental do estudante. A partir da realidade manifesta, buscamos referências teóricas na psicanálise e na educação para repensar a concepção do sujeito humano que aprende, como se vinculam ao outro e ao ambiente e o que nos aponta na compreensão da aprendizagem. Por fim, iremos refletir sobre a humanização na formação médica a partir de autores da área da educação, que vivem o dia a dia no ensino e na prática médica, considerando também o pensamento dos estudantes, com base nas concepções que possuem sobre e o que é ser médico e a formação humanizadora neste contexto.

Percorremos ao longo deste estudo diversos autores e conceitos que nos levaram a analisar fatores que interferem na vida do estudante, influenciando a manifestação do sofrimento psíquico na vida acadêmica. Consideramos como premissa que o mal-estar é uma condição humana e nos atinge dentro da cultura e do social, e que o tempo contemporâneo produz novas formas de constituir a subjetividade, trazendo consigo outras manifestações de sofrimento. A juventude atenta às novas formas de ser, nas quais estão assujeitadas, mas, ao mesmo tempo, como sujeitos ativos, reage e manifesta sua ação-reação e o seu sofrimento de modo peculiar, corresponde como resposta, o que em alguns momentos, surpreende outras gerações que podem estranhar ou desconsiderar tais manifestações, como “vem essa geração cheia de mi mi mi” (Zaidhaft, 2019, p. 89).

Ao mesmo tempo, vimos que a medicina é um espaço secular de formação profissional e universitária que se construiu em bases históricas conservadoras, mas que vem ganhando contornos cada vez mais idealizados no mundo contemporâneo. Apesar de sua identidade ter sido construída com bases humanistas e de cuidado ao ser humano, vem se afastando desses conceitos, privilegiando um discurso médico e científico que traduz o período histórico,

atualmente com maior ênfase no capital, se distanciando da relação vincular humana e do cuidado. Nos dias atuais, vigora a ênfase aos protocolos técnicos e ao excesso de produção e de trabalho, que garantem os resultados planejados nas instituições, para a própria classe profissional, sacrificando o sujeito dessa ação, com rigor educacional, que reproduz a ordem social, podendo comprometer a saúde mental. “O princípio da adaptação prossegue, só que agora o critério de verdade será ditado pelo campo social. Em qualquer hipótese, no entanto, estão em jogo as formações imaginárias do eu” (Kupfer, 2000, p. 26).

Relacionamos algumas pesquisas³¹ que revelam que o estudante chega na formação com um ideal, mas encontra outra realidade, que, algumas vezes, corrói sua empatia e o expõe ao risco de anular sua subjetividade, fazendo-o desaparecer enquanto sujeito humano desejante. Entre os novos desafios, se depara com a visão de saúde e de doença ligada a um corpo anatômico fragmentado e morto, desarticulado do contexto social e desprovido da vida psíquica, resquícios da herança e da necessidade do avanço da medicina no século XIX (Lindenmeyer, 2012), que estimulou a evolução do conhecimento do corpo humano, mas provocou críticas na época, mobilizando a discussão em outras áreas médicas e científicas.

A valorização excessiva da dimensão orgânica das doenças deixando de lado a pessoa do doente, seus aspectos subjetivos, se impõe pouco a pouco, dando nascimento à necessidade de articular outros discursos que permitam a integração dos fatores subjetivos presentes nas doenças. Em primeiro lugar, o discurso filosófico será solicitado para estabelecer uma compreensão dos fatores subjetivos e suas ligações com as doenças (Lindenmeyer, 2012, p. 344).

Por sua vez, o estudante é eleito e agenciado a performar, dentro do modelo ideal, não conseguindo dar conta das demandas inerentes à formação, deixando transparecer o que lhe escapa, o que não controla, traduzindo sua existência neste ambiente através do sofrimento e dos índices alarmantes de sintomas emocionais, que não são bem-vindos, que precisam ser silenciados, pois são incongruentes com um ideal de indivíduo que é convocado para o “ser médico”.

Esta realidade lança ao desconhecimento ou à necessidade de apagamento do próprio funcionamento humano, da sua fragilidade constituinte, das relações intra e interpessoais e dos processos de aprendizagens, silenciando as manifestações de sofrimento humano em si, que se constroem e se originam neste ambiente, a partir do excesso de demandas com êxito nos resultados, das construções relacionais quando permeadas com desrespeito ao educando e na aprendizagem, quando desconsidera o processo. Existem perdas individuais nesse cenário, as

³¹ Vide pesquisas de Hojat *et al.* e de Kamijo *et al.* citadas no capítulo 2.2 e Souza, 2018.

quais não ousam ser reveladas, pois tocam nas relações de poder e de saber, que se cristalizaram e se fortalecem a serviço da ordem do discurso médico³² em cada momento histórico, pois se “trata somente de constituir um mito das origens conforme a ideologia do momento, inscritível nos paradigmas que podem compreender a comunidade científica” (Clavreul, 1983, p. 69). O sujeito corre riscos em meio a essa realidade, como aponta Deggerone:

A medida em que a tecnologia avançou nas diferentes áreas da saúde, trouxe consigo grandes possibilidades de melhoria dos cuidados, mas trouxe também o imediatismo dos procedimentos, a coisificação do “outro” e a cobrança exagerada para “executar a tarefa”, sem haver uma preocupação com o contexto em que acontece e a quem acontece (2023, p. 13).

Como a psicanálise pode contribuir neste cenário, mediante tantas contradições, onde a ênfase, a partir da construção do discurso e da prática tecnicista, invisibiliza o sujeito em formação? (Clavreul, 1983). O que é possível redimensionar na educação médica considerando o jovem sujeito em formação, priorizando o cuidado com a saúde mental do estudante, aprendiz desta engrenagem fechada, que se sustenta e se retroalimenta *per si*, onde parece funcionar de modo satisfatório?

Diante de todo o sofrimento exposto neste estudo, relacionado à formação no curso médico, muitas vezes desconsiderado e silenciado, mas manifesto pela via do real do corpo³³, pelo aumento do adoecimento físico e mental nos estudantes, como ampliar a escuta desta expressão? É possível decodificá-la, vendo-a como abertura para um caminho de mudanças na formação e na educação médica, diminuindo o sofrimento psíquico mediante o desejo de aprender a ser médico?

Acreditamos que entender mais sobre quem é o sujeito para a psicanálise, um sujeito inacabado, que se constrói a posteriori, no encontro e na relação com os outros, que estão inseridos no campo da linguagem, pode auxiliar na construção de uma formação humanizadora. Saber mais sobre quem é o estudante e a sua realidade, entender sobre o processo de aprendizagem, sobre o poder que a presença, o acompanhamento, o diálogo e a escuta do professor exercem na aprendizagem e no fortalecimento do desejo do estudante é fundamental

³² “É a constituição da medicina como discurso que a funda, e a funda como científica. Discurso completamente dominado ao discurso dominante. Pois sob a cobertura de objetividade dos resultados consignados e dos efeitos do saber adquirido (...) permanece sempre que existir sobre o homem um discurso que cada indivíduo em particular não pode conhecer, mas que, entretanto, tem o poder de transformar a humanidade. (...) Esse discurso constitui uma ordem das coisas em relação a qual cada um terá de se situar, para aceitá-la ou recusá-la” (Clavreul, 1983, p. 74).

³³ “O sujeito nasce com um corpo orgânico que segue uma bio-lógica, com um sistema mais ou menos autônomo, no sentido de ser independente da consciência, mas que não fica imune aos processos inconscientes – que irão organizar ou desorganizar esta lógica ‘bio’” (Victoria, 2016).

para construir um ambiente facilitador. Transformar a ação a partir desses conhecimentos pode ser a chave para a diminuição das manifestações do sofrimento psíquico.

6.1 O que o sujeito da psicanálise nos aponta na compreensão da aprendizagem

Partindo da informação de que o sujeito para a psicanálise se constitui a partir de um Outro relacional e ao longo da vida permanece interagindo, elegendo outros representantes com os quais reedita as relações de convívio e de aprendizagem, vimos que é a dinâmica afetiva que nos permite sobreviver e superar a fragilidade que nos caracteriza, obtendo a satisfação de nossas necessidades e desejos, que perduram ao longo do desenvolvimento. Freud definiu como pulsões (*Trieb*³⁴) as marcas representadas no inconsciente das expressões de necessidades físicas e subjetivas dos desejos. Assim, vamos estruturando a subjetividade (nosso eu) buscando ser amados e obtendo a satisfação dos desejos, temendo a rejeição e o abandono. O desenvolvimento é um constante jogo pulsional na busca de satisfação do prazer interno, mediado pelo ego e pela realidade externa, impõe exigências regulatórias. Ao longo do desenvolvimento, as pulsões se adaptam, abrem outros caminhos para possibilitar a satisfação ou se transformam, como a curiosidade sexual em busca de outros conhecimentos na cultura.

A contribuição da psicanálise não se ocupa em construir roteiros e manuais sobre como fazer, mas mostrar, a partir da existência do inconsciente, como se estrutura a aprendizagem, e que o sujeito, munido de pulsões, também se dirige ao conhecimento e à aprendizagem, se estrutura de diferentes formas, com sua estrutura singular, a partir de um desejo e de uma história. Assim, o sujeito não aprende do mesmo modo e nem com qualquer pessoa, afinal, as situações ambientais adversas podem comprometer a aprendizagem, assim como destruir seu desejo, levando-o ao sofrimento, como vimos no capítulo anterior, através do depoimento dos estudantes.

O desejo de aprender vem munido da necessidade de amor, de satisfação e de aceitação. A aprendizagem está pautada pelo conceito de sublimação, que é a passagem de um desejo primitivo (curiosidade sexual) para outro aceitável socialmente, de saber mais, de obter conhecimento em diversas áreas. Aprender mais implica em aprender com outra pessoa, eleita pelo sujeito. Para explicar esse processo, Freud utilizou o conceito de transferência, descoberto

³⁴ Freud refere *Instinkt*, para o comportamento animal fixado pela hereditariedade, característico da espécie e *Trieb*, coloca em evidência o sentido de impulsão, noção energética que opera como fator propulsor do funcionamento do aparelho psíquico (Laplanche; Pontalis, 1986, p. 507).

em sua prática clínica, quando percebeu que muitas pacientes pareciam se apaixonar pelo seu terapeuta, manifestação que se tratava de afetos infantis projetados na figura do terapeuta.

Da mesma maneira, no campo da aprendizagem, para aprendermos com alguém, é necessário supor que aquela pessoa saiba muito e pode nos ensinar alguma coisa. Além disso, é necessário carregarmos a ideia de que sem a ajuda dos outros não conseguiríamos aprender. A partir desta suposição, o sujeito poderá construir sua aprendizagem, se identificando com quem acredita que pode lhe ensinar, com um “outro” que carrega um ideal de Eu³⁵, ou seja, uma condição almejada pelo estudante. Esta identificação leva a comportamentos conscientes ou não, de querer satisfazer seu professor como forma de satisfação pessoal, de não querer decepcioná-lo, tentando fazer o melhor, sob o risco de perder seu amor, construído em uma relação imaginária, como nos relatou um estudante do VI semestre: *“é um medo às vezes de ficar marcado com aquele professor, se é alguém que tu admira, tu fica se sentindo mais ameaçado”*.

Freud avança em sua teoria, analisando como acontece a passagem de crenças, de valores e de afetos entre as gerações, chegando ao conceito de transmissão, que também é, em certos sentidos, aquilo que os professores fazem. Quando um professor ensina, junto aos conteúdos teóricos e às ideias conscientes, também transmite seu modo de vida, sua forma de pensar, de desejar, sua posição no mundo, seu pensamento em relação ao outro, além de suas posições éticas e subjetivas. Os conceitos teorizados na clínica psicanalítica por Freud, como sublimação, transferência, identificação e transmissão, contribuem para pensarmos as práticas e a relação educacional³⁶.

Ao professor não cabe doutrinar um estudante definindo a partir da sua história o que é melhor para o outro, que viverá a próxima geração, mas inspirar a partir da ética, possibilitando escolhas ao novo sujeito que está se constituindo. Ao mesmo tempo, a partir do conhecimento dos conteúdos em transferência pelo estudante, o professor não pode se deixar confundir com figuras afetivas e/ou parentais, pois, nesta relação, existe uma assimetria afetiva entre os dois, da mesma forma que, se ele se colocar como o único modelo ao seu aluno, tentará buscar nessa relação a satisfação narcísica de seu ego, buscando satisfazer sua vaidade. É aconselhado que o professor estimule o estudante a superar o seu conhecimento, esta é a condição para que a nova geração ultrapasse o conhecimento das gerações anteriores e construa novas aprendizagens. A transmissão permite que o professor tenha uma posição menos onipotente, entendendo que ele

³⁵ Ideal do eu “é a imagem daquilo que gostaríamos de nos tornar para sermos amados ou admirados pela nossa comunidade de pertencimento” (Calligaris, 2022, p. 12).

³⁶ Vídeos no YouTube – Freud e a Educação – Parte 1 e 2. Draw My Class.

é um facilitador de novas aprendizagens, mas que não atua de forma única e absoluta na construção da aprendizagem do sujeito.

6.2 O sujeito da psicanálise e a relação com a formação médica humanizadora

O ato de aprender, segundo Freud, pressupõe a relação com outra pessoa, que ensina. O professor para ser ouvido, necessita estar revestido pelo estudante de uma importância especial, que possibilitará que ele o influencie, entretanto, essa importância não está no valor dos conteúdos cognitivos que circulam entre eles, mas na possibilidade de abertura e de construção de relações afetivas entre os dois sujeitos. Kupfer (1989) enfatiza que “na perspectiva psicanalítica, não se focalizam os conteúdos, mas o campo que se estabelece entre o professor e seu aluno, que estabelece as condições para o aprender, sejam quais forem os conteúdos. Em psicanálise dá-se a esse campo o nome de transferência” (p. 87). Transferir é atribuir um sentido especial a figuras determinadas pelos desejos, que serão depositários de restos do inconsciente, que pertence ao aluno e que nem sempre ele tem consciência do motivo do investimento a determinado professor, mas tal sentido e como o professor é percebido é a mola propulsora da aprendizagem. O professor, no lugar de depositário da transferência do aluno, pode transitar entre ser o facilitador de muitas aprendizagens ou tomar o poder em suas mãos, incorrendo em abusos.

A história mostra que a tentação de abusar do poder é muito grande. No caso do professor, abusar do poder seria equivalente a usá-lo para subjugar o aluno, impor-lhe seus próprios valores e ideias. Em outras palavras, impor seu próprio desejo, fazendo-o sobrepor-se àquele que movia seu aluno a colocá-lo em destaque” (Kupfer, 1989, p. 83).

O professor, neste ofício, também está marcado pelo seu desejo inconsciente e só poderá permanecer como um bom profissional se, através do seu desejo de educar, puder sustentar e implicar o desejo do outro, do educando, daquele que não sabe, em uma relação que não pode ser de controle, pois existe algo da incompletude, que ele não ensina.

Existe uma importância da posição subjetiva do professor como variável fundamental a ser considerada, pra pensarmos sobre os efeitos daquilo que ele diz, bem como do que se cala, daquilo que ele faz, bem como do que se nega a fazer com os seus alunos (...). É com os traços deixados por sua história de vida que um professor se posiciona frente a um grupo de alunos. É marcado pela travessia de sua adolescência que ele

buscará a sensibilidade possível para manter uma tensão importante entre o desejo e a lei em sala de aula, reflete Walkíria Grant³⁷ (Gutierra, 2003, p. 12).

O desejo de saber do estudante pode se prender à figura do professor, que encarna este lugar de um suposto saber³⁸ pelo mecanismo da transferência, construindo nele um Ideal do Eu, instalando-se no campo do amor, fazendo-se amar por ele, tendendo a alienar-se ao desejo do professor. *“se o professor não perceber alienará totalmente seus alunos aos seus desejos, impedindo a separação e a possibilidade de os alunos lidarem com os conhecimentos da cultura, como sujeitos desejantes, passíveis de construir um saber próprio”* (Gutierra, 2003, p. 84).

Esta posição subjetiva especial do professor no ato da transmissão do saber, que levará aprendizagem ao estudante, acontece quando este percebe que também existe no professor um envolvimento e um interesse particular com um objeto de saber e que o professor vibra com seu conhecimento em uma determinada área.

Ao verificar o brilho nos olhos de seu professor em sua relação com o objeto de saber, o aluno passa a desejar o objeto de desejo desse professor. Esse mecanismo outorga poder à figura do professor, e a forma com que lidará com esse poder que lhe é atribuído marcará um tipo de educação: ou mais voltada para o campo da alienação ou visando a separação (Gutierra, 2003, p. 84).

Se apresentando interessado e estudioso em uma área, se mostra incompleto, como um ser faltante, que está em busca de saber mais, assim como o jovem. Este mecanismo inconsciente faz com que o aprendiz consiga projetar suas faltas na imagem deste professor que também está aprendendo, onde ambos desejam saber mais. Com isso, o desejo do estudante circula e produz seus efeitos.

Há de haver a transmissão do amor, mas como dissemos anteriormente, não é um amor restrito a um pedido de complementação narcísica, mas na verdade algo caracterizado como desejo. Um professor também é sujeito desejante em seu ato de transmissão, pois por ter desejado é capaz de transmitir ao aluno a possibilidade de desejar, de subjetivar o aprendizado (Gutierra, 2003, p. 87).

³⁷ Dra. Walkíria Grant é professora do Instituto de Psicologia da USP e apresenta o livro *Adolescência, psicanálise e educação*. O Mestre possível de Adolescente de Beatriz Gutierrez, fruto da experiência profissional da autora, posteriormente defendida em sua tese de doutorado na USP, o qual discute quais os bons professores eleitos pelos adolescentes que possibilitam o sucesso escolar, discutindo sua especial posição subjetiva de transmissão.

³⁸ Lacan, no seminário 11 (1985), define o Sujeito de um Suposto Saber (S.s.S.) como o sujeito depositário de um saber de outro sujeito. É uma função de transferência do inconsciente, onde o desejo de saber se atualiza e é projetado, no caso, na figura do professor.

Este lugar da transferência carrega um paradoxo, pois o professor precisa suportar essa posição de depositário do saber, mas sem acreditar demais nisso, abrindo espaço para a falta e o saber do estudante. O professor não se deixa confundir com o saber, pois ele não é o saber.

Isso nos evoca o depoimento do professor Zerbini, que introduziu o transplante de coração no Brasil e se dedicou intensamente a carreira acadêmica. Em entrevista para a Rede Globo, fez os seguintes comentários sobre os seus alunos que naquela época já ocupavam lugares de prestígio em instituições hospitalares ou ligadas à pesquisa “Fui um bom professor, pois meus alunos me ultrapassaram...” (Gutierra, 2003, p. 88).

6.3. A formação médica humanizadora a partir do depoimento dos estudantes nos grupos focais

Conceber e analisar as bases pedagógicas para uma formação médica humanizadora, é um debate contínuo, pela diversidade de áreas que envolve a formação médica, considerando que muitos professores médicos não têm formação pedagógica³⁹ e, por vezes, desconsideram a concepção de formação “enquanto conceito abrangente que vai além dos aspectos que envolve a graduação, sua estrutura e seus atores” (Souza, 2018, p. 15) assim como a noção de humanização, “pois não é uma definição ou conceito simples ou fechado, é algo que parece estar em permanente construção” (Souza, 2018, p. 13).

Pressupomos que a formação profissional, que abrange cuidado para tratar a vida do outro, se pautar por ações de compreensão da integralidade da condição humana, acolhendo a subjetividade do sujeito quando adoece. Tal aprendizagem também impacta o próprio sujeito em formação. Deggerone destaca que é preocupante o limite que a formação do profissional da saúde tem vivido, pela ênfase no domínio de protocolos e do conhecimento técnico-científico, pois “a percepção do ser humano na dimensão da saúde não atinge somente o físico, mas também, e, em especial, as emoções que são manifestadas e/ou ocultadas pelos envolvidos no processo de cuidar” (2023, p. 11). Essa compreensão exige reconhecer o outro em sua formação profissional, contemplando o “exercício da capacidade ética e das emoções para a empatia, para o cuidado compassivo, sensível e humanizado” (Deggerone, 2023, p. 12), realidade que destoa da lógica atual. Afinal, estamos lidando com áreas que exigem a formação em menor tempo,

³⁹ Acreditamos que os professores, imersos em suas práticas em sala de aula, como sujeitos históricos, são e estão atuando a partir de suas influências, concepções e princípios, o que os define e também contextualiza sua práxis. Diante da complexidade deste tempo contemporâneo e das manifestações advindas, discutidas neste trabalho, há de se retomar e aprofundar o debate sobre a formação do ser professor, a concepção sobre o sujeito jovem aprendiz e as novas relações com a aprendizagem, a fim de ressignificar este laço, fundamental para a saúde mental de todos.

com um número cada vez maior de estudantes, com profissionais associados à lógica do capital humano, que enfatizam a técnica e os procedimentos padronizados nos postos de trabalho, muitas vezes, fragmentando o cuidado e coisificando o ser humano e os vínculos em detrimento aos papéis instituídos (Barreto, 2019).

Discutir sobre o processo educativo-formativo do estudante de medicina, considerando os aspectos pautados neste estudo, como a idade em que chegam à universidade, a distância da família e, por consequência, a falta de apoio na rotina e o processo de adaptação, enquanto sinônimos de perdas e da repercussão que a formação médica exerce nos aspectos emocionais, requer das instituições formadoras saber mais sobre os estudantes, a aprendizagem, os processos e o impacto que alguns fatores naturalizados na formação acarretam. Pode ser sinalizador de riscos, condicionar a formação ao resultado de melhores notas, o que reforça a competição. Um ambiente competitivo evidencia fragilidades que não poderão ser expostas.

A “humanização” é um termo amplo, que evoca muitos significados de base conceituais, linhas de pensamento, ações e movimentos sociais em diferentes momentos históricos. Esse termo se propagou no final da década 1980, junto ao movimento técnico-político na área de saúde, mas, desde os anos de 1960, foi colocado em pauta no movimento feminista com relação à saúde da mulher. A partir os anos 2000, passa a pautar políticas públicas do SUS, integrada a um plano de Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde, que propõe, a partir de uma realidade social de violências na área da saúde, garantir qualidade nos serviços, para além dos avanços técnicos e tecnológicos, enfatizando a ética e as relações humanas. Os princípios do PNH enfatizam a importância da relação médico-paciente na atenção à saúde, necessidade que reporta a outros aspectos deste vínculo, como qualificar a assistência, diferenciando a população de forma subjetiva, pautada pelo direito à informação, o que supõe ampliação do processo de comunicação, apoiado na escuta e no diálogo, presumindo que “não existe um que não sabe, mas dois que sabem coisas distintas” (Alves *et al.*, 2009, p. 556), iniciando a construção da compreensão desta aprendizagem durante a formação.

Rios e Sirino (2015) reforçam o pensamento de José Ricardo Ayres quando diz que “é no estabelecimento de interações apoiadas na intersubjetividade, ou seja, na capacidade de criação de um campo de compreensão aprofundada do outro pela linguagem que o cuidado poderá se realizar na perspectiva da humanização” (p. 402). A autora chama atenção a um paradoxo, pois mesmo sendo reconhecida a importância da humanização na área da saúde, existe a dificuldade de integrá-la ao currículo, na formação da medicina, onde é vista como desinteressante e descartável. Vieira (2010) contribui nesta direção, ilustrando alguns

depoimentos de estudantes que não gostam das humanidades no curso, os quais comentam que “A relação médico-paciente, se baseia no bom senso, nas regras da boa etiqueta. Não há necessidade de ser estudada numa disciplina própria”, ou dizem que “os temas não se aplicam a realidade do cotidiano” (p. 210). Existe um desconhecimento das contribuições das humanidades na formação que leva ao preconceito em função da visão fragmentada do ser humano nas práticas na área da saúde, talvez pela ênfase à superespecialização, como referido neste estudo.

Se os conceitos teóricos que pautam a humanização, muitas vezes, não são bem-vindos nos currículos médicos, perdendo seu status aos procedimentos técnicos, um caminho possível será fundamentar a concepção da humanização em uma prática relacional diária, construindo referências ao “saber fazer médico” de forma integral que desenvolverá a posteriori. A humanização enfatiza a dignidade humana que se contrapõe à desumanização a partir da coisificação do outro e da desvalorização dos vínculos (Barreto, 2019). Humanizar é estar atento aos valores que reconheçam a condição humana pessoal e o outro, portanto, deve ser uma habilidade iniciada durante a formação. Waldow e Borges (2011, p. 415) ressaltam que, humanizar “é afirmar o humano na ação”, chamando atenção ao “cuidado”, pois o ser humano tem a capacidade de cuidar de forma integral, em função do registro do cuidado que carrega em si como traço unário constituinte, podendo, assim, desenvolvê-lo nas formas de componentes racionais e sensíveis, em uma prática profissional. O cuidar é relacional e “neste sentido, o cuidado passa a ter uma conotação de ‘interessar-se pelo outro’, e isto de certa forma movimenta ambos – completando-se um no outro” (Waldow; Borges, 2011, p. 415), podendo ser uma resposta à desumanização nas relações interpessoais e grupais. “O cuidado torna-se um exercício, é a prática de nossa humanidade”, que deveria vir associada a valores, à sensibilidade e aos princípios morais conforme reforçam os autores (Waldow; Borges, 2011, p. 417).

Para muitos estudantes, a humanização na formação médica estará presente quando existir um processo de formação continuada aos professores, quando puderem refletir o sentido de uma formação para o coletivo, quando não existir na fala de muitos docentes a romantização do sofrimento, as atitudes ruins e o gostar de ver o aluno sofrer, “*não é só normalizar, é uma exaltação dessa desumanização. Eu acho que o maior problema... da humanização, assim, é o professor*”, refere um aluno do III semestre. Por sua vez, uma aluna do VI semestre comenta:

Eu acho fofo que tem professores que são superempenhados, que querem evoluir como professor, profissional e afins, mas tem professores que não tão nem aí, sabe? Então a estrutura começa por parte deles, entende? E o quanto eles estão dispostos a servirem, a aprender a serem professores.

Acreditam que muitos professores não têm o entendimento sobre como seu comportamento afeta os estudantes, como comenta uma aluna do VI semestre:

Eu acho que eles podiam nos enxergar, [...] como alguém próximo deles. Eu vejo que tem professor, que tem uma filha da nossa idade e ele parece que compreende, [...] que às vezes não vai ir bem em algumas provas, que às vezes não vai saber responder alguma coisa na aula, que demanda muito mais tempo do que eles imaginam, [...] aí, tem que fazer um trabalho de 30 linhas, só que pra eles é fácil, mas pra nós não é, sabe? Então eu acho que se eles se aproximassem de nós, não sei explicar [...], se considerassem como se fosse um amigo, ou alguém da família, eles iam ter uma noção de que aquela pessoa tá tentando.

Quando existe aproximação, se constrói a possibilidade de diálogo e de uma relação mais genuína, baseada na compreensão, mas isso só acontece quando o professor tem essa capacidade, comenta uma aluna do VI semestre:

É só a gente pegar a perspectiva de professores que a gente conviveu mais nesse semestre, [...] professores que tinham a maior convivência, por vezes a gente tem um diálogo um pouco maior, eles nos conhecem, a gente consegue se aproximar de uma forma mais passiva, mais flexível, eles olham nos nossos olhos, [...] essa comunicação de pessoas que são iguais falando sobre assuntos em comum, [...] quando tu faz um trabalho prático ali, tenta entender o que acontece naquele grupo. Eu não sei se fez sentido.

Outro aspecto que incomoda, apontado por mais de um estudante, é ser comparado com a nota; “tem muitos outros fatores que vão influenciar em uma simples nota, muitas vezes não, não é um número que vai dizer a pessoa que você é ou o quanto você estudou”, comenta uma aluna do III semestre. Eles revelam que criam admiração quando o professor os coloca acima da nota, do resultado, quando são lembrados, reconhecidos, conforme expressa uma aluna do internato:

Ele pensou em ti, que ele sabe teu nome, que ele te conhece, e é uma pessoa segura, que dar 9 e alguma coisa pra um aluno não vai afetar a autoestima dele entendeu, porque ele tá ensinando, e acho que o propósito de qualquer professor deveria ser esse, pessoas a serem tão bons, [...], mas é uma coisa que eles têm muito receio acho, de dar nota boa pra quem realmente é bom, então eles fazem com que a gente também tenha que sofrer com isso, sabe, com essa angústia de receber essa nota, [...] quem tava me avaliando?

Segundo uma estudante do VI semestre, a humanização tem a ver com a empatia: “porque eu acho que se tivesse empatia, mudaria tudo, a forma de falar, atitude, notas, forma de avaliar, tudo, cuidado com os outros”. Assim, eles tecem comentários a respeito dos professores que consideram humanos na instituição, relacionando em que se destacam.

Eu vivi experiências maravilhosas com muitos professores aqui, a ponto de me acolherem em situações que eu tava mal, me acolherem em situações que eu tava nervosa, e teve professores em

que no ápice do momento que eu pensei em desistir da medicina me acolheu, me levou pra casa, realmente assim me deu colo na hora que eu precisei (Aluna do internato).

Souza (2018) acredita que seja necessário que cada docente reflita “até que ponto tem desenvolvida a noção do que é a humanização, quanto a prática em sua vida e profissão. Para que haja uma educação médica humanizadora, é preciso que exista uma docência humanizadora, como prática profissional que emancipa, que está a serviço da transformação” (p. 44).

Os estudantes destacam como referências positivas os professores que compartilham os casos clínicos, os que constroem e revisam os conteúdos com os estudantes, os que compartilham experiências profissionais com o grupo, os que oferecem um lugar de conforto, de acolhimento, de atenção e de gentileza, mesmo que seja um sorriso, independente onde estejam, os que têm o mesmo padrão de comportamento profissional e pessoal, que tratam bem o paciente, os que olham no olho, os que explicam e são empáticos. Traduzem isso como “a parte humana” da relação professor-aluno e da formação. Um aluno do internato revelou que:

Muda muito a minha saúde mental, e agora na psiquiatria eu comecei achando [...] a professora maravilhosa, a minha vida tá muito boa agora, [...] acho que faz muito questão dos professores que tu encontra, porque a leveza que tu leva, querendo ou não, a parte da aula é simplesmente a parte mais pesada do teu dia, e se é alguém lá que te trata com leveza, [...] com respeito em um ambiente pra não conversar só coisas de aula, acho que melhora muito [...] me dá vontade de fazer as coisas e eu aprendo mais também, [...] quanto eu me sinto bem, [...] quando presto atenção, quando acordo animado.

Souza (2018) refere o pensamento de Mário de Marco, que reforça que a humanização não é algo simples, a partir do pressuposto de que somos humanizados porque somos humanos. “Seria banalizar uma tarefa complexa e que passa pela construção de um sujeito construído histórico e culturalmente, processo em que a comunicação e a relação são essenciais, visto que o ser humano é um sujeito relacional” (p. 43).

Questionar sobre o que é ser médico nos três grupos focais, durante este estudo, também revelou referências a relações humanizadoras, gerou discussões em diferentes direções, indo de dúvidas sobre a prática e sobre como se projetar na carreira, até considerações sobre atitudes que não poderão assumir, pensando no bem do paciente, e sobre os ideais construídos ao longo de sua história, que, em alguns momentos, não encontram eco dentro do curso, além do desejo de fazer a diferença.

Alguns estudantes, no início da formação, acreditam que a medicina é “pedestalizada”, que foi colocado em um patamar de responsabilidade acima das outras profissões, mas pensam que todas têm importância e necessitam de profissionais responsáveis, “*inclusive eu fico*

pensando, às vezes, naquele pensamento meio intrusivo, quem será [...] o engenheiro que construiu esse prédio que, agora, eu estou subindo o elevador? Quando é que ele veio da manutenção? [risos]”, comenta um aluno do III semestre, reforçando que construir uma casa com saneamento e esgoto tem grande importância, mas não é uma função colocada em um pedestal. Discutem se esta concepção tem relação com o fato de trabalhar e ter responsabilidade sobre a vida ou a morte, provocar erro ou óbito no ser humano, o que traz um peso muito grande.

Destacam-se como humanos os professores que têm maior interesse e envolvimento com seus pacientes e alunos, conforme relata uma aluna do III semestre, a partir do depoimento de um professor que perdeu um paciente depois de muita dedicação.

Ser médico é tipo assim, no sentido mais emocional da palavra é exatamente o que ele demonstrou pra nós. Porque, assim, ele realmente se abriu na nossa frente, [...] foi muito sincero. Acho que o semestre inteiro ele foi ótimo. Ele tratou a gente bem. Ele sempre mostrou realmente para mim que ele era uma pessoa, que era exemplo da profissão. [...] quando o professor chorou na nossa frente, ali eu nem sabia que eu queria fazer, eu queria dar um abraço nele, eu queria dar um troféu. Toma aqui o troféu de melhor médico do mundo e de melhor ser humano do mundo porque foi muito admirável [...] tem muitos outros que para mim são piores que umas barata [...] eu, eu admirei demais o professor aquele dia.

Acreditam que o bom médico é aquele que carrega um bom caráter, pois é importante na profissão, mas reconhecem que muitos não possuem esse atributo. Deve “*contemplar todas as expectativas, todas as perspectivas e que a gente imagina que a gente crê, que a gente acredita que deva ser um médico*”, este aspecto é conflitante, na discussão de um grupo, “*porque a gente vai para um outro ponto que o médico também é ser humano, que o médico também erra e que não necessariamente ele é bom*” comentam. Em um aspecto, o grupo do III nível tem consenso que, como um ser humano, deve-se manter uma postura ética e não tirar vantagem do cidadão fragilizado:

Porque essa profissão ela abre muitas portas, no sentido de que a gente tem acesso, primeiro a espaços que na teoria são super-restritos [...] então a pessoa, se ela não tem uma postura ética nesse sentido [...] o abuso de poder está num passo no ato. [...] e isso é pesado porque você é a única profissão que é legalizada a mutilar seres humanos.

Acreditam que, somente com caráter é possível equilibrar a idealização construída que se transforma em um fardo, com a responsabilidade necessária à profissão. Creem que acolhimento e conforto ao paciente são anteriores e básicos a qualquer prescrição e que deveria se revelar e comprovar em um teste psicológico como condição para ingressar na faculdade.

Enquanto os estudantes no início da formação trouxeram reflexões e questionamentos sobre ser médico, a partir das idealizações construídas, da teorização e da observação em sala

de aula, os que se encontravam na metade do curso, mais envolvidos com a prática clínica, enfatizaram a importância da humanização e o impacto que certos comportamentos pessoais, como rotular as pessoas, acarretam de prejuízo no paciente, no estudante e na relação com a profissão, trazendo uma visão sobre o ser humano, inserindo também a importância da educação na saúde, comentando que:

Não rotular a pessoa e eu acho que ser médico, teria que ter uma didática de explicar pro paciente realmente o que ele tem [...] e explicar também a importância de fazer uma mudança de hábito de vida, porque a maioria dos pacientes vem [...] bem bagunçado nas suas vidas, acham que isso não tem interferência, acham que eles não têm capacidade de fazer mudanças, tu ter uma didática realmente de conseguir explicar sem falar assim ó: “tu é obeso...”, sabe? Botar esse peso no colo do paciente.

Tecem considerações críticas sobre o olhar muito especializado ao ser humano, como declara um aluno do VI semestre:

Eu acho que na visão que eu tenho agora, que é mais do futuro da medicina, tentar olhar o paciente de um jeito mais holístico, não tão específico, especialista assim. Correlacionar outras coisas, que às vezes o especialista pode focar tanto na sua especialidade e deixar passar alguma coisa muito óbvia.

Ser médico é integrar a complexidade sobre o sujeito à boa ação clínica e ao acolhimento, comenta uma estudante do VI semestre:

É ter responsabilidade, acolhimento, muito mais do que medicamento. É ter sensibilidade, pensar na pessoa, no todo, ouvi-la, compreender e entender o paciente. Ter uma didática, linguagem compreensiva para explicar ao paciente. Ter um olhar sensível e conduzir um diagnóstico para o paciente [pois] por mais que a gente tenha uma especialidade, a gente pode se puxar e tentar entender o paciente.

Por sua vez, os estudantes do internato, além de alguns aspectos já comentados, se projetaram como principiantes na área, refletindo a construção da identidade profissional, a noção sobre as cobranças e comentando particularidades, agora conhecidas, das diversas áreas médicas, como as que necessitam de maior presença e disponibilidade ao paciente e de como se imaginam atuando como médicos nessas áreas. Falavam de uma realidade mais próxima, pois ‘já são quase médicos’ se percebendo em um novo papel social e profissional, como comenta uma aluna.

Além de acolher, é fazer o melhor que a gente pode e assumir que a gente não pode tudo, sabe, então assumir que às vezes vou estudar pra procurar uma dose, assumir que eu não sei e que eu vou precisar discutir esse caso com alguém, e se mostrar vulnerável na frente do paciente também,

tipo não sei o que tu tem, mas eu vou dar o meu melhor pra te acolher e te dar, te curar um pouco do que te aflige, então acho que é acolher e ter a humildade assim.

Neste estudo, percebemos o amor que os estudantes carregam pela medicina, mas, no internato, ressaltaram que a medicina faz parte da vida deles sem colocar a profissão acima de tudo, como comenta uma aluna:

Eu pratico medicina, e acho que é isso assim, acho que a gente tá em uma geração que a gente questiona muito isso de eu sou médica, não, eu sou a X, eu sou a Z, e eu gosto de várias coisas e a minha profissão é medicina, mas eu não sou só aquilo, aquilo não me define, né, [...] só isso realmente não me define, [...] então acho que a gente vai questionando isso, se isso é bom, nos tira um peso grande também né.

Pensamento que encontra reforço em outra colega, que diz:

Então ser médico vai ser um dos meus galhos, mas eu amo cozinhar, eu amo fazer artes, amo fazer hobbies, amo ler livros, amo fazer “n” coisas, e a medicina vai tá junto com todas elas, assim como eu tenho responsabilidades comigo, eu tenho responsabilidade com os meus pacientes.

O colega reforça: “*Ser médico é uma das coisas que eu quero ser*”. Os depoimentos sobre o amor pela medicina, mas também o desejo de viver outras experiências que enriquecem e trazem qualidade de vida reforçam o trabalho de Fiedler (2008), quando revela que a falta de tempo para lazer e para o convívio com a família e os amigos e a perda da liberdade pessoal também estão entre os principais fatores geradores de estresse. A autora refere o estudo de Randon (2000):

Aponta que uma das preocupações na formação dos jovens deveria ser desenvolver-lhes o interesse pela vida e ensinar-lhes a valorizá-la, pois a prevalência de hábitos ruins que sabotam sua qualidade de vida pode estar ligada ao fato de que a vida oferecida a esses jovens é destituída de valor real (Fiedler, 2008, p. 27).

A humanização, para a psicanálise, não cabe em uma resposta universal. O sujeito para a psicanálise não pode ser definido com um corpo, um número, um aluno a mais ou qualquer atributo de ordem racional ou objetiva. É um sujeito dividido por uma falta constituinte, não se define no nível da objetividade. Sua formação acadêmica, quando percebida a serviço da dominação, em uma tentativa de serem moldados, gera mal-estar. A humanização, para a psicanálise, deve ser voltada à escuta do sujeito, sem priorizar um saber pré-definido sobre ele. A escuta é um caminho para o acolhimento e a construção do vínculo afetivo entre professores e alunos. “A humanização pode ser assim pensada como um processo de desconstrução do

discurso biomédico, voltando para o sujeito e para o que lhe é próprio, sua singularidade” (Pedrosa; Nunes, 2021, p. 38).

Vimos que os estudantes manifestam sofrimento psíquico no espaço universitário até elaborarem suas faltas e perdas, muitos deles, distantes de suas redes de apoio, em um tempo longo de formação. Que o formato preconizado na formação médica atual, cobrando resultados exitosos e excessivas demandas técnicas, leva, a partir da metade do ciclo da formação, a uma perda do ideal, do altruísmo e da empatia, anulando a subjetividade do estudante. Desconsiderar a realidade desse cenário é subestimar o sujeito humano em sua constituição psíquica, em seu desamparo constitutivo, assim como desconsiderar o processo e o ato de aprender. Buscamos nos referenciais psicanalíticos bases para ressignificar a manifestação do sofrimento, pois o desconsiderar pode significar invisibilizar o sujeito desta manifestação, deixando-o perdido em não atender o seu desejo de saber. Nos depoimentos de alguns estudantes nos grupos focais, vimos que estamos diante de uma geração que ressignificou o sentido do sofrimento, não acreditando que ele seja necessário ao processo de aprendizagem, desejando que não seja romantizado pelos professores e, muitas vezes, se surpreendendo em ter que passar por isso para ser médico. Desconsiderar o sofrimento psíquico pode representar não observar a característica dos vínculos construídos no campo da relação com a aprendizagem.

A impossibilidade de um vínculo positivo, tira o professor do lugar projetado pela transferência, de um suposto saber, conduzindo ao discurso do mestre, sendo sinônimo de poder, afastando o estudante de uma relação autêntica, onde poderia se expressar e construir sua demanda de saber, fundada no campo da linguagem. Esta relação se fratura, quando o discurso do mestre se sobrepõe como verdade absoluta, enfatizando um conhecimento centralizado e não acessível.

O desejo do saber é algo infinitamente mais elevado e ligado, antes de mais nada, precisamente à linguagem, na medida em que é a linguagem que lhe dá inicialmente seu lugar, e que sua primeira aparição no desenvolvimento do indivíduo se manifesta no nível do desejo do saber (Lacan, 2001, p. 32).

Pensar a relação humanizada implica em superar o ato de ensino que se mostra repetitivo, onde não reconhece no estudante as necessidades que sua condição humana de aprendiz por vezes manifesta. Souza (2018) considera que a “humanização acontece pelo enfrentamento e por formas de lidar com as relações de poder, de trabalho e de afeto produtoras de práticas desumanizadas, ao se considerar um horizonte ético e humanístico” (p. 20). Essa condição se conquista com a escuta e o diálogo, fundando uma formação com valores praticados

em atos de respeito, embasando, assim, uma nova condição de cuidar que não será esquecida, mas apreendida e, futuramente, repetida.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Educar é algo a mais, não é somente aprender uma série de fatos e técnicas de raciocínio. Significa aprender a ser, um ser humano capaz de amar e imaginar”.
Martha Nussbaum

O adoecimento dos estudantes de medicina é um dos grandes desafios na realidade da educação médica contemporânea. Este estudo revelou que ele persiste, está presente na formação e interfere na aprendizagem, no desejo e na crença pessoal de pertencimento e de capacidade de conquista profissional do estudante. Se apresenta como um fenômeno multifatorial, entre eles, a sobrecarga nos estudos, que leva, em alguns momentos, a abrir mão de atividades importantes como o lazer, os esportes, o sono, entre outros; a excessiva cobrança por excelente rendimento e notas, quando não percebem o reconhecimento do esforço pessoal, construindo, nesta direção, a incerteza quanto ao rendimento. Com a dúvida aparece o sentimento de culpa em realizar outras atividades vitais ou permanecer estudando. Outro fator, preponderante ao desencadeamento do sofrimento psíquico, é a qualidade do vínculo estabelecido na relação professor-aluno. A presença de comportamentos hostis, agressivos e abusivos na relação pedagógica dificulta a aproximação e a vinculação dos estudantes. Que sentem que não têm espaço na relação, não são reconhecidos, veem-se apagados enquanto sujeitos, dificultando o seu reconhecimento nas relações. Tendem ao isolamento, permanecem em uma relação coisificada. Se confundem, se sentem excluídos e sem serem escutados, todos esses fatores dificultam a aprendizagem.

Os estudantes desejam aprender em uma relação mais próxima, complementar, com escuta e diálogo, onde sejam reconhecidos e compreendidos em sua realidade, desejam estudar livres de ameaças que inibam sua expressão em público e sua aprendizagem. Os depoimentos nos grupos focais mostraram que os estudantes atribuem ao professor a responsabilidade de construir uma educação médica humanizadora, afinal, acima de todos, é o professor que poderá fazer a diferença na relação.

Chegar às considerações finais requer a retomada do ponto de partida deste estudo, que buscava saber mais sobre os estudantes que chegam à universidade, seus objetivos nesta escolha, o que leva à manifestação do sofrimento psíquico e como tal ocorrência interfere em sua saúde mental, mais especificamente, no curso de medicina, cenário da pesquisa de campo, pela atuação da pesquisadora nos últimos anos. Objetivamos, também, a partir da identificação das formas de sofrimento psíquico presentes entre os estudantes e dos possíveis agravos à sua

saúde mental, analisar caminhos para uma formação humanizadora que considere e amenize tal sofrimento.

A partir do embasamento com os referenciais teóricos apresentados, nos interessamos em saber mais sobre a realidade dos estudantes nesta universidade. No primeiro semestre de 2024, momento da construção do perfil dos estudantes, o curso contava com 610 discentes, destes, 334 responderam à pesquisa, sendo 161 através de um formulário eletrônico e 173 por um formulário impresso. A mudança na metodologia aconteceu pelo fato de muitos estudantes não responderem à pesquisa, aspecto a ser considerado para sensibilização na instituição, já que esta se propõe a três eixos formativos por meio do ensino, da pesquisa e da extensão.

O resultado da pesquisa mostrou que a maioria dos respondentes são mulheres (65%), brancos, católicos, distribuídos entre a faixa etária dos 20 aos 23 anos, convergindo com a realidade de outros estudos citados, como Cruz *et al.* (2010), Souza *et al.* (2020) e o Censo de 2022. A grande maioria é de pagantes, eles residem sozinhos em imóveis alugados e são oriundos de outras cidades do RS, de SC e do PR e não estavam em relacionamentos afetivos estáveis. Dos 334 participantes, somente 71 deles residem na cidade sede da universidade, junto os familiares. A grande maioria dos estudantes, está distante dos familiares ou rede de apoio, fator que, em momento de maior crise, podem predispor à maior vulnerabilidade, pois estão sozinhos.

A decisão pelo curso mostrou razões pessoais diversificadas, como gostar de estudar, principalmente ciências e o corpo humano, perceber uma área abrangente, com muitas especialidades diferentes, e se realizariam como profissionais, em caminhos diversos. Outro motivador revelado neste estudo é gostar de cuidar de pessoas. Alguns estudantes viveram doenças pessoais e encontraram médicos inspiradores. Outros, ao contrário, relacionaram a escolha por viverem experiências traumáticas e negligências médicas, de forma que desejam fazer a diferença na vida de outras pessoas. Este estudo mostrou uma diversidade de motivações, divergindo de outros, onde prevalece a influência de um médico na família, como vimos em Cruz *et al.* (2010), ou a estabilidade financeira, citada por Kamijo *et al.* (2021). Neste, a maioria dos participantes não encontrou apoio para entrar na medicina nos familiares, mesmo daqueles que já eram médicos. Além disso, somente uma participante referiu a necessidade financeira como fator ao ingresso no curso.

Partimos da hipótese que a construção das representações idealizadas na formação médica, quando não encontra um ambiente propício de expressão e de elaboração, por meio do acolhimento, da escuta e do diálogo, pode levar o estudante a entristecer-se com a realidade vivida, comprometendo sua saúde mental.

O estudo pode constatar que os estudantes carregam construções imaginárias e idealizadas a respeito do universo médico e dos professores, a partir do discurso social e médico. Se deparam com o discurso de sacrifício e de sofrimento. Quando, aos poucos, entram em contato com a estrutura do curso, o ensino teórico e prático e o processo avaliativo, constroem a opinião a respeito dos vários aspectos da realidade, até então desejada, muito comentada, mas pouco conhecida por cada um dos estudantes. Esta elaboração acontece em um momento onde o jovem estudante confronta seu desejo, sua escolha, suas faltas, e elabora as perdas que se revelam diante da mudança de vida, do não saber, do ter que se adaptar e se transformar neste novo lugar, da produção acadêmica, espaço do mundo adulto, como teorizam Carneiro, Júnior e Cunha (2021). A adaptação, na chegada no novo ambiente de formação, não acontece de maneira rápida. Se sentirem à vontade e superarem a identidade perdida, pode demorar em torno de um ano.

O depoimento dos estudantes nos grupos focais foi didaticamente organizado em três categorias de análise: ambientes de formação, relações pedagógicas e humanas e saúde mental.

Quando entraram em contato com o resultado das primeiras avaliações, recebendo notas baixas, se perceberam como estudantes ruins, se sentindo ameaçados. Afinal, há pouco tempo, tiravam notas excelentes, de forma que não entendem o motivo de mesmo estudando não tirarem boas notas. Diante de nota baixa, algumas vezes expostas, temem não ser bons profissionais.

Em situações no local onde não foram acolhidos, se depararam com manifestações de mal-estar e de sintomas, dificultando a aprendizagem, levando à sensação de que eles não irão alcançar os objetivos. Não conseguem se expressar no ambiente rígido, onde impera a exigência do resultado positivo. A competitividade, quando presente, levou ao maior isolamento do estudante. Sentem-se sozinhos diante de alguns desafios, o que dificulta a necessidade de reconhecimento e de pertencimento ao novo local de vida. Este grupo se percebe e se declarou estudioso, ama a medicina e admira os médicos que têm habilidades na docência, que compreendem o estudante e ajudam a entender e aprender o conteúdo. Muitos integrantes deste estudo tentaram outros cursos universitários, mas perceberam que não se realizariam, desistiram e vieram para a medicina.

Revelam que o curso fica mais difícil quando se deparam com xingamentos, maus-tratos e discurso de poder, atrapalhando a vida e a crença em sua aprendizagem, consideração que reforça o estudo realizado por Freud (1974) sobre o mal-estar na cultura, quando descreve que dentre os maiores sofrimentos, o mais penoso é o que se origina de nosso relacionamento com o semelhante. “Não a admitimos de modo algum, não podemos perceber por que os

regulamentos estabelecidos por nós mesmos não representam, ao contrário, proteção e benefício para cada um de nós” (Freud, 1974, p. 105).

O sofrimento psíquico invadiu o campo universitário, e a formação médica carrega taxas manifestas de sintomas psíquicos, como ansiedade, depressão e desajustes emocionais, mais elevadas que a média da população geral, realidade constatada neste estudo, mediante o depoimento que a saúde mental piorou e muitos iniciaram o uso de medicamentos (Martins, 2016). A realidade do discurso encontrado, que o médico se constrói sofrendo, não convence muitos estudantes, que não acreditam nesta forma para aprender, por isso, gostariam que os professores não romantizassem o sofrimento. Na verdade, representa um indicativo de risco pessoal quanto à possibilidade de ser um bom médico, pois isso é responsabilidade somente do sujeito, como referem os estudos de Advíncula e Marques (2022).

A perda da singularidade e da individuação está em permanente questão, o que foi revelado pelos estudantes, que não se sentem reconhecidos e se veem invisíveis diante de relações impessoais com alguns professores.

Nessa realidade, os estudantes declararam viver sintomas como ansiedade, angústia e depressão, também percebem o humor oscilar, notam descontrole na alimentação e se sentem inseguros diante das provas, mesmo estudando. Não confiam que a prova será condizente com o conteúdo ministrado em aula, vivem com medo e duvidam de sua capacidade. Comentam que se sentem frágeis emocionalmente na faculdade e que adoeceram muito ao longo do curso, consultando médicos, que os revelaram estarem somatizando. Sentem culpa e não conseguem estabilizar a rotina, equilibrando os estudos, a alimentação saudável, os exercícios físicos e o sono. A maioria dos participantes iniciou medicação psiquiátrica. Outra consequência revelada é deixar de gostar de estudar algumas matérias, quando não gostam do professor, como já apontam os estudos de Hojat *et al.* (2009).

A angústia e a culpa se apresentaram como mal-estar permanente, uma urgência subjetiva, mediante o excesso de demandas, de experiências e de temer resultados negativos, paralisando, em alguns casos, o estudante (Ferrari; Mendes, 2021). Mesmo diante das inúmeras tarefas, se sentem tristes, frágeis em reconhecer o que produzem, condição relacionada ao aumento da depressão e do vazio de vida atual (Dunker, 2020).

Este estudo revelou que o curso se torna um ambiente dificultador ao estudante, já que enfrentam momentos de humilhações, de constrangimentos morais, de assédios e de manifestações de preconceitos como a homofobia, o machismo e a gordofobia.

Em relação ao período de formação, revelaram mais dificuldade no meio do curso, no V e VI semestre, pela sobrecarga de conteúdos, pela pressão, pela incoerência das provas e pela

intensificação do ciclo clínico, momento em que se sentem inseguros, com receio de não saber conduzir bem um paciente, dados análogos ao estudo de Hojat *et al.* (2019). O internato foi considerado o melhor momento da formação, pois vivem com mais equilíbrio e tudo faz sentido.

O trabalho de pesquisa com grupos focais possibilitou que algumas vivências pudessem ser compartilhadas pela primeira vez entre os estudantes, pois desconheciam as histórias acadêmicas e pessoais uns dos outros, mobilizando maior conexão e troca de afetos entre os participantes. Puderam falar abertamente, reforçando que o apoio existente é motivador na saúde mental. A relação entre os colegas é considerada um grande suporte durante a formação, pois recebem feedback e fortalecimento psicológico.

Não definiram uma área específica da formação relacionada a maior ou menor sofrimento. Porém, identificamos que tal experiência tem ligação com a relação estabelecida com o professor responsável. O sofrimento, ao longo do curso, se instaura e se desencadeia quando percebem professores sem paciência junto aos estudantes, junto aos pacientes, pela pressão exercida, sem apoio e segurança.

A complexidade das tarefas e tudo que terão que estudar e realizar não desmotiva, pois os estudantes desejam aprender, mas a interação se compromete quando o professor se coloca de forma superior e distante, quando age com maus-tratos e quando o assédio está presente. O sofrimento advém pela falta de acolhimento, pela ausência de alguns professores, percebido pelos estudantes como indiferentes, pela carência de orientação e de acompanhamento e pela quase inexistência de feedback. Desejam ver como o professor realiza a atividade em um primeiro momento, para fazer melhor, desejam ser escutados e reconhecidos na realização da tarefa e, enquanto alunos, procuram proximidade e diálogo.

Vimos que enfrentam dificuldade diante da falta de didática e da desorganização no processo de aprendizagem, levando à desorganização pessoal. Se percebem com grande autocobrança, medo de errar e temor de ser expostos em público, são muito rigorosos e se criticam bastante, o que gera ansiedade.

Revelaram que situações de humilhação e de vexame inibiram suas ações, deixando-os perdidos, confusos e sem saber como agir, de modo que comprometeu o investimento nos estudos com a matéria, “despotencializou” e desmotivou os estudantes (Hojat *et al.*, 2019). Se sentiram ameaçados em relação à capacidade de serem bons profissionais, se depreciando, acreditando não ter espaço de trabalho na cidade e na região, pois comentam que muitos professores detêm um lugar de poder pelo posto que ocupam nas instituições médicas da região.

Ouvir de alguns professores que desacreditam a capacidade do estudante, se comparando ou se colocando como exemplo, não contribui para o educando se motivar nos

estudos, além disso, o discurso da necessidade total de dedicação à medicina, em um primeiro momento, gerou mal-estar, pois diante de um professor que admiram, sentiram que estavam distantes de se tornarem semelhantes a tal profissional, afinal, os estudantes ainda não sabem como fazer. Lacan refere que o discurso do mestre, como forma de construir laço, incorpora uma função alienadora, onde ao outro só cabe obedecer (Gutierra, 2003).

Para este grupo de estudantes, ter saúde mental é viver com respeito, se sentir apoiado, acolhido, pois estão em uma luta, longe de casa, passando por situações onde necessitam de um lugar que se sintam bem. Todos os participantes, nos três grupos focais, afirmaram que sua saúde mental piorou após o ingresso na faculdade, o que os leva a buscar acompanhamento psiquiátrico e/ou psicológico.

Acreditam que existem mudanças que podem ser realizadas para que o ensino seja mais humanizado, mas que dependem do professor, com capacitações continuadas que o qualifiquem para as relações pedagógicas cuidadosas, com mais diálogo, sem romantização do sofrimento e realização ao ver o estudante sofrer. Acreditam que o professor é quem faz a diferença.

Criaram admiração pelos professores da instituição quando estes os percebem e os colocam acima da nota e do resultado, quando foram lembrados e reconhecidos; assim, sinalizam que a humanização tem a ver com a empatia dos professores. Destacam como humanos e empáticos os professores que compartilham seus casos clínicos, os que constroem e revisam o conteúdo, os que compartilham experiências profissionais com o grupo, traduzindo como “a parte humana”, os que oferecem um lugar de conforto, de acolhimento, de atenção e de gentileza, mesmo que seja um sorriso, independente onde estejam, os que têm o mesmo padrão de comportamento profissional e pessoal, os que tratam bem o paciente, os que olham no seu olho e que te explicam bem a matéria. A humanização na formação passa por não rotular uma pessoa, por não colocar o peso do problema no paciente.

Este estudo, mesmo que confirme a realidade demonstrada em outras pesquisas que o antecederam, não se esgota aqui. Que outros pesquisadores possam continuar construindo referências, que fortaleçam a necessidade de uma formação médica humanizadora, a partir da reestruturação na concepção de um ensino que não sacrifique, apague e comprometa a subjetividade do estudante. Qualquer manifestação de discurso que construa uma prática onde exclui o outro em formação, compromete seu desejo, sua singularidade e necessita ser repensada, pois coloca em risco sua saúde mental. Vivemos o desafio, enquanto equipe de professores, de construir estratégias de enfrentamento a essa realidade, de ofertar a quem se prepara para cuidar no futuro, uma formação sinônimo de cuidado.

REFERÊNCIAS

- ADVÍNCULA, Iaraci; MARQUES, Ricardo Delgado. Reflexões em torno da experiência de escuta de jovens universitários em um núcleo de apoio discente e docente. *In: BASTOS, Angélica; ZANOTTI, Susane Vasconcelos. Mal-Estar no século XXI e suicídio entre jovens.* (org.). Rio de Janeiro: Contra Capa, FAPERJ, 2022. p. 63-76.
- ALMEIDA FILHO, Neomar; COELHO, Maria Thereza Ávila; PERES, Maria Fernanda Tourinho. O conceito de saúde mental. *REVISTA USP*, São Paulo, n. 43, p. 100-125, 1999. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/28481>. Acesso em: 30 jun. 2023.
- ALVES, Antonia Núbia de Oliveira; MOREIRA, Simone da Nóbrega Tomaz; AZEVEDO, George Dantas de; ROCHA, Vera Maria da; VILAR, Maria José. Humanização e a formação médica na perspectiva dos estudantes de medicina da UFRN – Natal – RN – Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*, [S. l.], v. 33, n. 4, p. 555-61, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/GZ9WrJHmFWk9CM76sBjPXmj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 nov. 2024.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. Outras instituições associadas, *Abem*, 2025c. Disponível em: <https://website.abem-educmed.org.br/associados/outras-instituicoes-associadas/#>. Acesso em: 16 mar. 2025.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. *Abem*, c2025. Página inicial. Disponível em: <https://website.abem-educmed.org.br/>. Acesso em: 10 abr. 2025.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, [S. l.], v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.
- BACKES, Carmen; GILES, Cristian; FROEMMING, Liliane Seide; RAMOS, Lis Nunes. Transmitir é ensinar o que não se sabe. *In: APPOA. Instituições psicanalíticas: às margens do impossível.* Porto Alegre: APPOA, 2022.
- BALDASSIN, Sérgio. Disciplinas e áreas mais estressantes durante o curso de medicina. *In: BALDASSIN, Sérgio.* (org.). *Atendimento psicológico aos estudantes de medicina: técnica e teoria.* São Paulo: Edipro, 2016.
- BARRETO, Ricardo Azevedo. A psicanálise no contexto institucional da humanização da assistência em saúde. *Estudos de Psicanálise*, Belo Horizonte, n. 52, p. 127-134, dez/2019. Disponível em: <https://cbp.org.br/2022/n52a15.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2024.
- BELLODI, Patrícia Lacerda. Tragédias, violência e trauma no curso médico. *In: BALDASSIN, Sérgio.* (org.). *Atendimento psicológico aos estudantes de medicina: técnica e teoria.* São Paulo: Edipro, 2016. p. 81-90.
- BRASIL. *Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.* Brasília: Ministério da Educação, 2014. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2022.

BRASIL. *Lei n. 13.709, de 14 de agosto de 2018*. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Brasília: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm. Acesso em: 17 out. 2024.

CAIXETA, Sueli Pereira. *Sofrimento psíquico em estudantes universitários: um estudo exploratório*. 2011. 106 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) — Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2011. Disponível em: <https://bdtd.ucb.br:8443/jspui/bitstream/123456789/1774/1/Sueli%20Pereira%20Caixeta.pdf>. Acesso em: 6 jan. 2025.

CALLIGARIS, Contardo. *O grupo e o mal: estudo sobre a perversão social*. São Paulo: Fósforo, 2022.

CARNEIRO, Henrique Figueiredo; JÚNIOR, Ricardo Pinheiro Maia.; CUNHA, Thiago Costa Matos Carneiro da. Universidade: discurso, escrita e a engenhosa fábrica de enlouquecimentos. In: FERRARRI, Ilka Franco; MENDES, Alice Aguiar. (org.). *O sofrimento psíquico de jovens no espaço universitário*. São Paulo: Escuta, 2021. p. 79-100.

CASTALDELLI-MAIA, João Maurício; MACHADO, Marcelo Pazallo; BALDASSIN, Sérgio; ALVES, Tânia Corrêa Toledo de Ferraz. Fatores ambientais da faculdade de medicina e sintomas depressivos nos estudantes. In: BALDASSIN, Sérgio. (org.) *Atendimento psicológico aos estudantes de medicina: técnica e teoria*. São Paulo. Edipro, 2016.

CHAZAN, Ana Claudia Santos. *As dores e delícias da formação médica: um estudo de caso sobre a qualidade de vida dos estudantes de medicina da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ*. 2015. 138 f. Tese (Doutorado em Ciências) — Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/12821/1/ve_Ana_CI%C3%A1udia_ENSP_2015. Acesso em: 13 dez. 2022.

CLAVREUL, Jean. *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. CFN, c2025. Página inicial. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/>. Acesso em: 12 fev. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012*. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>. Acesso em: 4 abr. 2024.

COSTA, Jurandir Freire. Prefácio. In: CALLIGARIS, Contardo. *O grupo e o mal: estudo sobre a perversão social*. São Paulo: Fósforo, 2022. p. 09 – 20.

CRUZ, José Arnaldo Shiomi da; SANDY, Natascha Silva; VANNUCCHI, Tiago Riberto; GOUVEIA, Éder Maxwell; PASSAROTTI, Carlo Camargo; BRUSCHINI, Homero; SROUGI, Miguel. Fatores determinantes para a escolha da especialidade médica no

Brasil. *Revista de Medicina*, [S. l.], v. 89, n. 1, p. 32-42, 2010. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/46270/49924>. Acesso em: 17 set. 2023.

DE MARCO, Mario Alfredo; ABUD, Cristiane Curi; LUCCHESI, Ana Cecília; ZIMMERMANN, Vera Blondina (org.). *Psicologia médica: abordagem integral do processo saúde-doença*. Porto Alegre: Artmed, 2012.

DE MARCO, Mario Alfredo. Modelos de comunicação e comunicação em saúde. In: DE MARCO, Mario Alfredo; ABUD, Cristiane Curi; LUCCHESI, Ana Cecília; ZIMMERMANN, Vera Blondina (org.). *Psicologia médica: abordagem integral do processo saúde-doença*. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 63-73.

DE MARCO, Mario Alfredo. (org.). *A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial*. 2 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

DI MATTEO, Vincenzo. Subjetividade e cultura em Freud: ressonâncias no ‘mal-estar’ contemporâneo. *Revista Discurso*, [S. l.], n. 36, p. 193-216, 2007. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/discurso/article/view/38077/40803>. Acesso em: 30 mar. 2025.

DEGGERONE, Rosmari. *Cuidado e formação humanizadora na área da saúde humana: uma perspectiva a partir da Teoria das Emoções de Martha Nussbaum*. 2023. 164 f. Tese (Doutorado em Educação) — Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2023. Disponível em: <https://www.upf.br/ppgedu/dissertacoes-e-teses/teses-2021-2024>. Acesso em: 6 set. 2024.

DEJOURS, C. Por um novo conceito em saúde. *Disciplinas da USP*, 1982. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/enrol/index.php?id=80531>. Acesso em: 1 maio 2022.

VEJA ESTE

DUNKER, Christian Ingo Lenz. Mal-estar, sofrimento e sintoma. *Revista de Sociologia Tempo Social*, São Paulo, v. 23, n. 1, 2011. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/ts/issue/view/1004>. Acesso em: 25 fev. 2023.

DUNKER, Christian Ingo Lenz. *Paixão da ignorância: a escuta entre a psicanálise e educação*. São Paulo: Contracorrente, 2020. v. 1.

ESTACIA, Carolina Tagliari. *Metacognição na formação e atuação do médico: o que as pesquisas têm a nos dizer?* 2024. 87 f. Dissertação (Mestrado em Educação) — Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2024. Disponível em: <http://tede.upf.br:8080/jspui/handle/tede/2771>. Acesso em: 1 abr. 2025.

FERRARI, Ilka Franco; MENDES, Aline Aguiar. Um serviço de acolhimento possível em universidade: pesquisa e ações. In: FERRARI, Ilka Franco; MENDES, Aline Aguiar. (org.). *O sofrimento psíquico de jovens no espaço universitário*. São Paulo: Escuta, 2021. p. 13-28.

FERREIRA-LEMONS, Patrícia do Prado. Sujeito na psicanálise: o ato de resposta à ordem social. In: SPINK, Mary Jane P.; FIGUEIREDO, Pedro; BRASILINO, Jullyane. (org.). *Psicologia social e personalidade*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, ABRAPSO, 2011. p. 89-108. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/xg9wp/pdf/spink-9788579820571-08.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2024.

FIEDLER, Patricia Tempski. *Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e a influência exercida pela formação acadêmica*. 2008. 308 f. Tese (Doutorado em Ciências) — Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-10072008-161825/publico/PatriciaTempskiFiedler.pdf>. Acesso em: 9 abr. 2022.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Zbfsr8DcW5YNWVkyMVBByhrN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 out. 23.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

FREUD, Sigmund. *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

FREUD, Sigmund. Análise terminável e interminável. In: FREUD, S. *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago Editora: 1980. v. 23.

FREUD e a Educação - Parte 1. [S. l.: s. n.], 2019. 1 vídeo (9 min.). Publicado pelo canal Draw My Class. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=uB1VxO4KtbM&t=227s>. Acesso em: 15 fev. 2025.

FREUD e a Educação - Parte 2. [S. l.: s. n.], 2019. 1 vídeo (10 min.). Publicado pelo canal Draw My Class. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=27-fC9VwgJ4&t=3s>. Acesso em: 15 fev. 2025.

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. *Freud e o Inconsciente*. 10. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1984.

GATTI, Bernardete Angelina. *Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas*. Brasília: Liber Livros Editora, 2005.

GOMES, Andréia Patrícia.; REGO, Sérgio. Paulo Freire: contribuindo para pensar mudanças de estratégias no ensino de medicina. *Revista Brasileira De Educação Médica*, [S. l.], v. 38, n. 3, p. 299-307, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/Cb5wpYjhP8y6C9WzxxqJNHh/>. Acesso em: 16 abr. 2025.

GUTIERRA, Beatriz Cauduro Cruz. *Adolescência, psicanálise e educação: o mestre possível de adolescente*. São Paulo: Avercamp, 2003.

HOJAT, Mohammadreza; VERGARE, Michael J.; MAXWELL, Kaye; BRAINARD, George; HERRINE, Steven K.; ISENBERG, Gerald A.; VELOSKI, Jon; GONNELLA, Joseph S. O Diabo está no terceiro ano: um estudo longitudinal da erosão da empatia na faculdade de medicina. *Medicina Acadêmica*, [S. l.], v. 84, n. 9, p. 1182-1191, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19707055/>. Acesso em: 8 dez. 2023.
HOYER, Thomas. Formação como cidadania ou: para que formação? In: DALBOSCO, Cláudio Almir; MUHL, Elton Henrique; FLICKINGER, Hans-George. (org.). *Formação humana (Bildung): despedida ou renascimento?* São Paulo: Cortez, 2019. p. 143-158.

HULLEY, Stephen B.; CUMMINGS, Steven R.; BROWNER, Warren S.; GRADY, Deborah G.; NEWMAN, Thomas B. *Delineando a pesquisa clínica*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

IANNINI, Gilson; TAVARES, Pedro Henrique. (org.). *Fundamentos da clínica psicanalítica: obras incompletas de Sigmund Freud*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo 2022. Brasília: IBGE, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/22827-censo-demografico-2022.html>. Acesso em: 29 maio 2025.

KAMIJO Eduardo Delatorre; LIMA, Maria Victória Schweder de; PEREIRA, Ana Paula; BONAMIGO, Elcio Luiz. Escolha da medicina como profissão e perspectiva laboral dos estudantes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, [S. l.], v. 45, n. 4, p. 1-9, 2021.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbem/a/L3nCrrzvwdKw5RttjLg6TGw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 abr. 2025.

KAUFMAN, Arthur. (org.). *De estudante a médico: a psicologia médica e a construção das relações*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

KEHL, Maria Rita. *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*. São Paulo: Boitempo, 2012.

KUPFER, Maria Cristina. *Freud e a educação: o mestre do impossível*. São Paulo: Scipione, 1989.

KUPFER, Maria Cristina. *Educação para o futuro: psicanálise e educação*. São Paulo: Escuta, 2000.

LACAN, Jacques. *O seminário: livro 11 - os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

LACAN, Jacques. *O seminário: livro 17 – o avesso da psicanálise, 1969-1970*. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.

LACAN, Jacques. O lugar da psicanálise na medicina. *Opção Lacaniana*, [S. l.], n. 32, dez. 2001.

LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Bertrand. *Vocabulário de psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

LINDENMEYER, Cristina. Qual é o estatuto do corpo na psicanálise? *Tempo Psicanalítico*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 2, p. 341-359, dez 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382012000200006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2025.

MARTINS, Milton de Arruda. *Estudantes de medicina e médicos no Brasil: números atuais e projeções*. São Paulo: PROADI-SUS-USP, 2013. Disponível em: https://www.fm.usp.br/cedem/conteudo/publicacoes/cedem_92_relatoriopaemi.pdf. Acesso em: 17 set. 2023.

MARTINS, Luiz Antonio; Nogueira.; MARTINS, Maria Cezira Fantini Nogueira. Cuidando do estudante enquanto futuro profissional: a importância da formação e da avaliação de atitudes. In: BALDASSIN, Sérgio. (org.). *Atendimento psicológico aos estudantes de medicina: técnica e teoria*. São Paulo: Edipro, 2016. p. 39-49.

MILLAN, Luiz Roberto; DE MARCO, Orlando Lúcio Neves; ROSSI, Eneiza; ARRUDA, Paulo Corrêa Vaz de. *O universo psicológico do futuro médico: vocação, vicissitudes e perspectivas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

MRECH, Leny Magalhães. *Psicanálise e educação: novos operadores de leitura*. São Paulo: Editora Pioneira – Thomson Learning, 2002.

NUSSBAUM, Martha C. *Sem fins lucrativos: por que a democracia precisa das humanidades?* São Paulo: Martins Fontes, 2015.

OLIVEIRA, Benigna Maria de. Perfil dos alunos de Medicina muda nos últimos 10 anos. *Faculdade de Medicina da UFMG*, 2019. Disponível em: <https://www.medicina.ufmg.br/perfil-dos-alunos-de-medicina-muda-nos-ultimos-10-anos%EF%BB%BF/>. Acesso em: 17 set. 2023.

OLIVEIRA, Benigna Maria de. Ações afirmativas mudaram perfil discente de Medicina. *Universidade Federal de Minas Gerais*, 2019. Disponível em: <https://ufmg.br/comunicacao/noticias/perfil-dos-alunos-de-medicina-mudou-nos-ultimos-10-anos>. Acesso em: 17 set. 2023.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Revista Brasileira de Educação Médica*, [S. l.], v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/QDYhmRx5LgVNSwKDKqRyBTy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 abr. 2024.

PEDREIRA, Maria Gabriela Guidugli. A démarche da psicanálise na formação dos professores. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 670-675, 2018. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/estic/article/view/152734>. Acesso em: 25 jun. 2023.

PEDROSA, Daniel dos Reis; NUNES, Lúcia Efigênia Gonçalves. Psicanálise aplicada e humanização: articulações e aproximações ao espaço da clínica psicológica nos serviços de saúde. In: FADEL, Cristina Berger; DAMIÃO, Domingos Bombo; ZAGO, Maria Cristina. *Psicologia: abordagens teóricas e empíricas*. São Paulo: Editora Científica Digital, 2021. p. 14-42. Disponível em: <https://downloads.editoracientifica.com.br/articles/210605097.pdf>. Acesso em: 3 dez. 2024.

PIZZANI, Luciana; SILVA, Rosimary Cristina da; BELLO, Suzelei Faria; HAYASHI, Maria Cristina Piumbato Innocentini. A arte da pesquisa bibliográfica na busca do conhecimento. *Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação*, Campinas, v. 10, n. 2, p. 53-66, 2012. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/rdbci/article/view/1896>. Acesso em: 8 abr. 2025.

QUAL a diferença entre real, simbólico e imaginário? Christian Dunker - Falando Nisso 13. [S. l.: s. n.], 2016. 1 vídeo (5 min.). Publicado pelo canal Christian Dunker. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=aokkRvErfvM>. Acesso em: 22 abr. 2024.

REGO, Rhyan Meninea; MARQUES, Natália Alves; MONTEIRO, Perla da Costa; OLIVEIRA, Céres Larissa Barbosa de; LINS, Nara Alves de Almeida; CALDAS, Cezar Augusto Muniz. O perfil atual do estudante de medicina e sua repercussão na vivência do curso. *Pará Research Medical Journal*, [S. l.], v. 2, 2018. Disponível em: <https://app.periodikos.com.br/journal/prmjjournal/article/doi/10.4322/prmj.2018.005>. Acesso em: 25 jun. 2023.

RIOS, Cristina Izabel; SIRINO, Caroline Braga. A humanização no ensino de graduação em medicina: o olhar dos estudantes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, [S. l.], v. 39, n. 3, p. 401-409, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/gTydDcCgK9NHfWJVDR4R6Fc/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 3 nov. 2024.

ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel. *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1998.

SAFATLE, Vladimir. A economia é a continuação da psicologia por outros meios: sofrimento psíquico e neoliberalismo como economia moral. In: SAFATLE, Vladimir; SILVA JUNIOR, Nelson; DUNKER, Christian. (org.). *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. Belo Horizonte: Autêntica, 2022. p. 17-46.

SANTOS, José Wellington dos. A síndrome de burnout: uma análise social e psicodinâmica. *Revista Científica Eletrônica de Psicologia*, [S. l.], ano 7, n. 13, 2009. Disponível em: http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/BceySbdZN5mczCk_2013-5-13-14-51-20.pdf. Acesso em: 20 ago. 2022.

SAÚDE mental depende de bem-estar físico e social, diz OMS em dia mundial. *Nações Unidas Brasil*, 2016. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/74566-sa%C3%BAde-mental-depnde-de-bem-estar-f%C3%ADsico-e-social-diz-oms-em-dia-mundial>. Acesso em: 17 jul. 2023.

SAÚDE Mental e a Escola Médica – SIG 25 de setembro de 2023. [S. l.: s. n.], 2023. 1 vídeo (58 min.). Publicado pelo canal ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=5iKA-BwaG1s>. Acesso em: 25 set. 2023.

SCHÄFFER, M. Subjetividade e enunciação. *Educação & Realidade*, [S. l.], v. 24, n. 1, 2015. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/55803>. Acesso em: 30 maio 2025.

SILVA JÚNIOR, Nelson. O mal estar no sofrimento e a necessidade de sua revisão pela psicanálise: patologias do social. In: SAFATLE, Vladimir.; SILVA JUNIOR, Nelson; DUNKER, Christian. (org.). *Arqueologias do sofrimento psíquico*. Belo Horizonte. Autêntica, 2021. p. 35-58.

SOUSA, Marianna Ramalho de; CAZAGRANDE, Géssica Silva; SILVA, Heloá Santos Faria da; HERNANDES JÚNIOR, Paulo Roberto; KUMSCHILIES, Marcia Célia Galinski;

BASTOS JUNIOR, Rossy Moreira; AZEVEDO, Fátima Alexandra da Costa. Educação médica voltada para a humanização e atenção básica: uma revisão de literatura. *Revista Científica Integrada*, [S. l.], n. 3701, v. 4, 2020. Disponível em: <https://www.unaerp.br/revista-cientifica-integrada/edicoes-anteriores/volume-4-edicao-4/3701-rci-educacaomedicahumanizada-07-2020-1-1/file>. Acesso em: 18 fev. 2023.

SOUZA, Maria Elizabet Lautert de. *Formação médica e humanização*. 2018. 161 f. Tese (Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) — Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-04092018-095204/publico/souza_do.pdf. Acesso em: 18 fev. 2023.

SOUZA, Pedro Gomes Almeida de; PÔRTO, Ana Carolina Carvalho de Araújo; SOUZA, Amanda de; SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes da; BORGES, Fabiano Tonaco. Perfil socioeconômico e racial de estudantes de medicina em uma universidade pública do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Niterói, v. 44, n. 3, 2020. Disponível em: http://educa.fcc.org.br/pdf/rbem/v44n3/pt_1981-5271-rbem-44-03-e090.pdf. Acesso em: 17 set. 2023.

TANIGUCHI, Juliana Bosso; COMARÚ, Luísa Motter; GIORDANI, Camila Biedler; MACHADO, Isadora Walber; MOHR, Laura; FUNGHETTI, Ana Luíza; KOCHENBORGER, Larissa. Depressão em estudantes de medicina: uma preocupação prevalente. In: FREITAS, Guilherme Barroso Langoni; ALMEIDA, Camilla Castro de; PAGANINI, Juliane Cristina de Almeida. *Pesquisa e ações em saúde pública*. 6. ed. Iratí: Pasteur, 2022. p. 267-276. Disponível em: <https://editorapasteur.com.br/wp-content/uploads/2023/02/Pesquisas-em-Saude-Publica-Ed.-VI.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2023.

TENÓRIO, Leila Pereira; ARGOLO, Vanessa Araújo; MELO, Enaldo Vieira de; SÁ, Helena Pinho de; COSTA, Ednéa Fontes de Oliva. Saúde mental de estudantes de escolas médicas com diferentes modelos de ensino. *Revista Brasileira de Educação Médica*, [S. l.], v. 40, n. 4, p. 574-582, 2016. Disponível em: <http://educa.fcc.org.br/pdf/rbem/v40n4/1981-5271-rbem-40-4-0574.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2022.

VICTORA, Ligia Gomes. Corpo real, corpo simbólico, corpo imaginário. *Correio APPOA*, [S. l.], v. 3, n. 2, 2016. Disponível em: http://www.apboa.com.br/correio/edicao/253/corpo_real_corpo_simbolico_corpo_imaginario/295. Acesso em: 17 fev. 2025.

VIEIRA, J. R. Quando os alunos não gostam do curso. In: KAUFMAN, Arthur. (org.). *De estudante a médico: a psicologia médica e a construção das relações*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p. 201-208.

WALDOW, Vera Regina; BORGES, Rosália Figueiró. Cuidar e humanizar: relações e significados. *Acta Paul Enferm*, [S. l.], v. 24, n. 3, p. 414-418, 2011. Disponível em: <https://acta-ape.org/pt/article/cuidado-e-humanizacao-relacoes-e-significados/>. Acesso em: 4 nov. 2024.

YIN, Robert. *Estudo de caso: planejamento e método*. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZAIDHAFT, Sergio. A saúde mental dos estudantes de medicina: reminiscências e conjecturas de um mestre-escola. *Revista Medicina*, São Paulo, v. 98, n. 2, p. p.86-98, 2019. Disponível em: <https://revistas.usp.br/revistadc/article/view/154139>. Acesso em: 20 out. 2022.

ZANOLA, Pedro Costa; LUSTOZA, Rosane Zétola. Alienação e separação no Seminário 11 de Lacan: uma proposta de interpretação. *Tempo Psicanalítico*, Rio de Janeiro, v. 51, n. 2, 2019. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382019000200007. Acesso em: 8 abr. 2025.

APÊNDICE A – Roteiro perfil estudantes**CURSO DE MEDICINA****Perfil dos Estudantes do curso de Medicina****1. Qual sua idade?**

- Até 18 anos
- 19 anos
- 20 anos
- 21 anos
- 22 anos
- 23 anos
- Mais de 24 anos

2. Qual o seu sexo?

- Masculino
- Feminino
- Outro
- Prefiro não declarar

3. Qual sua cor?

- Branca
- Preta
- Parda
- Amarela
- Indígena
- Outra

4. Qual sua cidade e estado de origem?

5. Qual a sua religião?

- Católico
- Evangélico
- Espírita
- Budista
- Umbanda
- Candomblé
- Sem Religião
- Outras

6. Atualmente, você está em algum tipo de relacionamento estável?

- Sim
- Não
- Prefiro não declarar.
- Outro.

7. Com quem você reside em Passo Fundo?

- Amigo(s) ou amiga(s)
- Colega(s) da faculdade
- Familiar(es), como pai, mãe, irmãos, cônjuge e filho(a)
- Parente(s), como tios, primos, avós e outros
- Outro
- Com ninguém

8. Qual o tipo da sua residência?

- Imóvel próprio, registrado em seu nome
- Imóvel alugado
- Imóvel pertencente à família
- Quarto alugado
- Outro. Qual:

9. Você é bolsista?

- Sim Não

APÊNDICE B – Roteiro para o grupo focal – III e VI níveis

Data da realização: _____

Semestre: _____

Tempo de duração: 2 horas

Etapa 1 – Abertura

- Apresentação da pesquisadora, da equipe e introdução sobre o objetivo da pesquisa.
- Apresentação conceitual sobre o grupo focal.
- Solicitação de permissão para que a sessão seja gravada.
- Apresentação e “quebra-gelo” junto aos participantes.

Etapa 2 – Condução da técnica

Apresentar os cinco eixos temáticos do trabalho.

1. Expectativa de origem:

O que motivou a escolha deste curso?

O que lhe diziam do curso?

O que você imaginava do curso?

O que percebeu ao chegar no curso? No ambiente acadêmico?

Algo mudou em sua percepção inicial em relação ao curso?

Se algo mudou, o que mudou? Se transformou? Este fator está ligado a quê?

Se refez, de que forma?

O que é ser médico/a para você hoje?

2. Relações pedagógicas:

O que encontrou nas relações em seu ambiente formativo?

Quais os discursos que permearam sua formação escolar em relação a ser médico?

Já se sentiu ameaçado em sua formação? Em que sentido? Por quem? Como isso afetou o seu comportamento?

Como a relação com seus professores de medicina, interfere na sua vida?

Existe algum componente expresso no discurso e/ou na relação pedagógica que desencadeiam mal estar em você e nos colegas, diante sua crença em ser médico?

Em algumas dessas situações você procurou o apoio institucional?

Foi acolhido? De que forma?

Sentiu-se compreendido? Pode descrever se sim ou se não?

Na sua percepção, qual a compreensão que os professores possuem da vida do estudante?

3. Ambientes de formação:

Como você representa os ambientes de formação: sala de aula, ambulatório, hospital?

Existe diferença, no tratamento, metodologia nestes ambientes de formação? Qual?

Quais acontecimentos ou situações lhe marcaram pessoalmente nesses ambientes? Estava em que semestre? Chegou a atrapalhar?

Existiu algum ambiente de maior desgaste?

Houve algum desses ambientes que você percebeu como mais positivo na sua formação?

Como você avalia, de uma forma geral, as práticas pedagógicas dos professores, (em termos de relações humana e aprendizagem?)

A compreensão que os professores possuem da vida do estudante, interfere sobre a formação e identidade do estudante?

Percebe, assistiu ou viveu algum tipo de preconceito? (etarismo, gênero, étnico racial, cor, condição financeira, ideologia política, sexual). Por parte de quem?

Você acredita que as práticas pedagógicas afetam a sua vida? Qual delas? De que forma?

Consegue conciliar a faculdade com outros afazeres em sua vida?

O que você, enquanto estudante em formação, sugeriria em termos de humanização na educação médica?

4. Relações entre os colegas:

Como você estabeleceu as relações entre os colegas de graduação?

A relação com os colegas de medicina interfere ou interferiu em sua vida?

Já se sentiu rejeitado em alguma situação?

Percebe, assistiu ou viveu algum tipo de discriminação?

Você pode descrever alguma situação, sem citar nomes?

Você acredita que relações tóxicas com prof. na relação pedagógica, produz rel. tóxicas entre os colegas: bullying, assédio, estupros, discriminação, xenofobia, machismo?

5. Saúde mental:

O que é ter saúde mental nesta formação?

Como percebe a sua saúde mental?

O que você não consegue fazer neste período, que fazia antes e percebe se interfere no seu bem estar?

E você começou a fazer alguma coisa que não fazia antes, para dar conta da faculdade?

Você viveu algum sofrimento na sua formação?

O que acredita que gerou? Em que momento? O que foi mais difícil?

Como deu conta nesta situação difícil?

Percebe o surgimento de alguma característica (emoção, sentimento) diferente, que não existia antes, que surgiu após sua entrada da faculdade?

Qual a fragilidade que foi se revelando em você?

Existe algum traço de personalidade em você, que é dificultador na sua formação (perfeccionismo, medo, preocupação, frustração com notas baixas, muito crítica consigo, se cobra perfeição)?

Viveu algum sintoma, quadro psíquico ou transtorno que necessitou de medicação? Em que semestre?

Pensou em parar o curso em algum momento?

Expos sua dificuldade? Foi entendido ao falar?

Tem apoios dos pais em suas dificuldades? Dos professores? Da instituição?

6. Outros:

Algo a completar?

Algo a comentar que não foi contemplado nas questões anteriores e que achas importante para contribuir com esta pesquisa?

Se o cuidado com a saúde mental dos colegas estivesse em suas mãos, o que você faria?

Algum recado?

Etapa 3 – Encerramento

- As principais ideias que emergiram da discussão são apresentadas pela pesquisadora.
- Abertura para questionamentos, ideias, sugestões.
- Agradecimento pela participação efetiva de todos.

APÊNDICE C – Roteiro para o grupo focal do internato

Data da realização: _____

Semestre: _____

Tempo de duração: 2 horas

Etapa 1 – Abertura

- Apresentação da pesquisadora, da equipe e introdução sobre o objetivo da pesquisa.
- Apresentação conceitual sobre o grupo focal.
- Solicitação de permissão para que a sessão seja gravada.
- Apresentação e “quebra-gelo” junto aos participantes.

Etapa 2 – Condução da técnica

Apresentar os cinco eixos temáticos do trabalho.

1. Expectativa de erigem:

O que motivou a escolha deste curso?

O que lhe diziam do curso?

O que você imaginava do curso?

O que percebeu ao chegar no curso? No ambiente acadêmico?

Algo mudou em sua percepção inicial em relação ao curso?

Se algo mudou, o que mudou? Se transformou? Este fator está ligado a que?

Se refez? De que forma?

O que é ser médico para você hoje?

2. Relações pedagógicas:

Como você representa as relações pedagógicas que foram vivenciadas na formação.

O que encontrou nas relações em seu ambiente formativo?

Encontrou diferença no início da faculdade e agora?

Em relação às cobranças? Quais as mais difíceis para você?

Quais os discursos que permearam sua formação em relação a ser médico? discurso de sofrimento? Orientação para ser frio, objetivo, racional, ser superior, incapaz se não tirar boa nota.

Já se sentiu ameaçado? De forma explícita ou implícita?

Já presenciou hostilidades? Como elas afetaram o seu comportamento?

Como a relação com os professores de medicina interfere na sua vida?

Em algumas dessas situações você procurou o apoio institucional?

Foi acolhido? De que forma?

Sentiu-se compreendidos? Em que momento sim? Em que momento não?

3. Ambientes de formação:

Como representa os ambientes de formação: sala de aula, ambulatório, hospital (enfermaria, bloco cirúrgico), unidade básica de saúde.

Existe diferença nestes ambientes de formação? Qual diferença?

Qual ambiente lhe trouxe mais desgaste e qual foi mais positivo na sua formação?

Quais acontecimentos lhe marcaram, nestes ambientes? Estava em que semestre? Chegou a atrapalhar?

Como você avalia, de uma forma geral, as práticas pedagógicas dos professores, (em termos de relações humana e aprendizagem?)

Percebe, assistiu ou viveu algum tipo de preconceito? (etarismo, gênero, étnico racial, cor, condição financeira, ideologia política). Por parte de quem?

Você acredita que as práticas pedagógicas afetam a sua vida? Qual delas? De que forma?

Qual foi o semestre mais difícil? Por qual motivo

Consegue conciliar a faculdade com outros afazeres em sua vida?

O que você, enquanto estudante em formação, sugeriria em termos de humanização na educação médica?

4. Relações entre os colegas:

Como você estabeleceu as relações entre os colegas?

A relação com os colegas de medicina interfere ou interferiu em sua vida?

Já se sentiu rejeitado em alguma situação?

Percebe, assistiu ou viveu algum tipo de discriminação?

Você pode descrever alguma situação, sem citar nomes?

Você acredita que relações tóxicas com prof. na relação pedagógica, produz rel. tóxicas entre os colegas: bullying, assédio, estupro, discriminação, xenofobia, machismo?

5. Saúde mental:

O que é ter saúde mental nesta formação?

Como representa sua saúde mental?

O que você não consegue fazer neste período, que fazia antes e percebe que interfere na sua saúde mental?

E você começou a fazer alguma coisa que não fazia antes, para dar conta da faculdade?

Você viveu algum sofrimento na sua formação? Em que semestre?

O que acredita que gerou? Em que momento? O que foi mais difícil?

Como deu conta nesta situação difícil?

Percebe o surgimento de alguma característica (emoção, sentimento) diferente, que não existia antes, que surgiu após sua entrada da faculdade?

Qual a fragilidade que foi se revelando em você?

Existe algum traço de personalidade em você, que é dificultador na sua formação (perfeccionismo, medo, preocupação, frustração com notas baixas, procrastinação)?

Viveu algum sintoma, quadro psíquico ou transtorno que necessitou de medicação?

Pensou em parar o curso em algum momento? Precisou parar o curso em algum momento?

Você adquiriu algum problema de saúde?

Expos sua dificuldade? Foi entendido ao falar?

Tem apoios dos pais em suas dificuldades?

6. Outros:

Algo a comentar que não foi contemplado nas questões anteriores e que acha importante para contribuir com esta pesquisa?

Se o cuidado com a saúde mental dos colegas estivesse em suas mãos, o que você faria?

Algum recado?

APÊNDICE D – TCLE - Para todos os alunos da faculdade

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Caro (a) Estudante do Curso de Medicina,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa sobre “*Causas e Consequências do Sofrimento Psíquico em Estudantes de Medicina: Desafios à Formação Médica*”, de responsabilidade da pesquisadora *Ana Luíza Funghetti*, mestranda em Educação pelo Programa de Pós-graduação da Universidade de Passo Fundo – PPGEDU-UPF, sob a orientação do Doutor Angelo Vitório Cenci.

Esta pesquisa **justifica-se**, devido ao elevado nível de sofrimento psíquico presente nos espaços de ensino ao longo da formação médica, por fatores prevalentes e constantes que ameaçam a saúde mental dos estudantes. Diante desta realidade faz-se necessário ampliar o campo de diálogo entre acadêmicos, professores e gestores acerca das vivências desencadeadoras de maior agravo a saúde mental, buscando soluções que atenuem esta realidade.

O **objetivo** desta pesquisa é estudar o sofrimento psíquico do estudante de medicina, ao longo da formação médica, compreendendo os fatores que predispõem ao risco dos sintomas emocionais e, conseqüentemente, ao maior comprometimento da saúde mental e indicar perspectivas para uma formação médica que zele pela saúde mental e pelo teor humanizador.

Este trabalho levantará o perfil dos estudantes que integram o curso de medicina no ano de 2024, período previsto para o trabalho de campo. **Levantaremos dados identitários como idade, sexo, cor, cidade de origem, religião, se está em relacionamento, com quem reside na nova cidade, tipo de residência, bolsistas ou não.** Essas informações irão enriquecer o capítulo que busca levantar o perfil do estudante de medicina, a partir da constatação que os dados da cidade, são inexistentes em nosso banco de pesquisa.

A sua participação nesta pesquisa será através da coleta de seus dados identitários através de um formulário eletrônico. Lendo e concordando com esse documento (TCLE) eletronicamente, você será direcionado(a) para um questionário online com as perguntas citadas anteriormente.

Os **riscos possíveis** nas ações que envolvem a identidade dos estudantes através do levantamento de dados é se sentirem inseguros quando a privacidade destes. Para minimizar

esse fator, **não iremos separar os estudantes por semestre, impossibilitando a identificação por turmas.** Ao participar desta pesquisa, você poderá elucidar de forma mais objetiva quem são os estudantes desta instituição.

Você terá a garantia de receber esclarecimentos sobre qualquer dúvida relacionada a pesquisa e poderá ter acesso aos seus dados em qualquer etapa do estudo. Sua participação nessa pesquisa não é obrigatória.

As suas informações serão transformadas em gráficos, analisadas e articuladas ao corpo teórico da pesquisa. Os dados coletados não serão divulgados abertamente e de forma avulsa em publicações em redes sociais, somente citados no trabalho. Informações relacionadas à sua identidade não serão coletadas, garantindo sigilo à identidade dos participantes da pesquisa. Caso ocorra eventual dano comprovadamente decorrente da sua participação na pesquisa, você tem o direito de buscar indenização. Os resultados da pesquisa estarão sujeitos a divulgação em encontros de formação, congressos, eventos e estarão disponíveis no banco de dissertações da Universidade de Passo Fundo (UPF), mas você terá a garantia do sigilo e da confidencialidade das suas respostas.

Caso você tenha dúvidas sobre o comportamento dos pesquisadores ou sobre as mudanças ocorridas na pesquisa que não constam no TCLE, e caso se considere prejudicado(a) na sua dignidade e autonomia, você pode entrar em contato com Ana Luíza Funghetti pelo telefone (54) 99678-0261, com o curso de Medicina, ou também com o Comitê de Ética em Pesquisa da UPF, pelo telefone (54) 3316-8157, no horário das 8h às 12h e das 13h30min às 17h30min, de segunda a sexta-feira. O Comitê está localizado no Campus I da Universidade de Passo Fundo, na BR 285 - Km 292, 4º Andar Centro Administrativo, Bairro São José, Passo Fundo/RS. O Comitê de Ética em pesquisa exerce papel consultivo e, em especial, educativo, para assegurar a formação continuada dos pesquisadores e promover a discussão dos aspectos éticos das pesquisas em seres humanos na comunidade.

Dessa forma, se você concorda em participar da pesquisa, com os termos que constam nas explicações e orientações acima, responda “Sim” para a primeira pergunta do formulário intitulado “Perfil dos estudantes de Medicina da Universidade”. Caso não concorde com a participação na pesquisa, responda a opção “Não” e envie o formulário. Desde já, agradecemos a sua colaboração.

Passo Fundo, março e abril de 2024.

Nome da pesquisadora: Ana Luíza Funghetti

APÊNDICE E – TCLE para os níveis III, VI e internato

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Caro (a) Estudante do curso de Medicina,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa sobre *“Causas e Consequências do Sofrimento Psíquico em Estudantes de Medicina: Um Desafio à Formação Médica”*, de responsabilidade da pesquisadora Ana Luíza Funghetti, mestranda em Educação pelo Programa de Pós graduação da Universidade de Passo Fundo – PPGEDU-UPF, sob a orientação do Doutor Angelo Vitório Cenci.

Esta pesquisa **justifica-se**, devido ao elevado nível de sofrimento psíquico presente nos espaços de ensino ao longo da formação médica, por fatores prevalentes e constantes que ameaçam a saúde mental dos estudantes. *Diante desta realidade faz-se necessário ampliar o campo de diálogo entre acadêmicos, professores e gestores acerca das vivências desencadeadoras de maior agravo a saúde mental, buscando soluções que atenuem esta realidade.*

O **objetivo** desta pesquisa é estudar o sofrimento psíquico do estudante de medicina, ao longo da formação médica, compreendendo os fatores que predispõem ao risco dos sintomas emocionais e, conseqüentemente, ao maior comprometimento da saúde mental e indicar perspectivas para uma formação médica que zele pela saúde mental e pelo teor humanizador.

A sua participação na pesquisa será presencial, por meio de um encontro integrando um **Grupo Focal**, que objetiva aprofundar as vivências na universidade, discutindo temáticas em cinco eixos: expectativas na chegada à universidade, relações pedagógicas, ambientes de formação, relações entre os colegas e saúde mental. O grupo focal prevê até 12 estudantes, acontecerá no turno da noite, nas dependências da faculdade, numa sala confortável, privativa, com água, café e lanche, iniciando às 18:30 horas, com duração aproximada de 2 horas. A data será definida a partir da confirmação dos participantes.

Você poderá sentir um pouco de desconforto psicológico durante a participação na pesquisa a partir da fala de acontecimentos que possam ter afetado a sua vida ou a de algum colega em curso. Fatores ansiogênicos ao serem rememorados podem reativar emoções ou sentimentos desagradáveis. Caso for identificado algum sinal de desconforto psicológico durante a participação na pesquisa, que afete o bem estar de um ou mais participantes a pesquisadora compromete-se a interromper o trabalho e orientá-lo (a) através de um acolhimento especializado na área para que tal situação seja melhor entendida e elaborada. Posteriormente orientará o encaminhamento a profissionais indicados da área. Caso algum estudante não deseje mais participar da continuidade, terá a liberdade de deixar o grupo. O anonimato será resguardado e os nomes serão trocados.

Ao participar desta pesquisa, você terá os seguintes **benefícios** poder elencar, refletir aspectos nocivos a formação teórica e relacional na faculdade, contribuindo na construção de indicadores que tragam mudanças e maior qualidade nos estudos e em aspectos do

relacionamento. Poderá também elaborar emocionalmente vivências através do debate a partir de dicas dos colegas, superando dificuldades vividas e contribuindo com os colegas da turma.

Você terá a garantia de receber esclarecimentos sobre qualquer dúvida relacionada a pesquisa e poderá ter acesso aos seus dados em qualquer etapa do estudo. Sua participação nessa pesquisa não é obrigatória e você pode desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento.

Havendo a necessidade de pagar vale transporte para locomoção até a escola ou lanche, caso esteja emendando os turnos em função de outras atividades anteriores a pesquisadora terá a responsabilidade de providenciar. Você não receberá pagamento pela sua participação no estudo dos Grupos Focais e não terá nenhuma despesa.

As suas informações serão gravadas, sistematizadas em relatório e posteriormente destruídas. Os dados relacionados à sua identificação não serão divulgados abertamente em publicações em redes sociais, somente citados no trabalho articulando e reforçando a teoria que evidencia esta problemática. Reforço que as possíveis citações que integrarem a análise e relatório final desta pesquisa não seguirão com os nomes. As iniciais poderão ser substituídas, a partir do consentimento do entrevistado. Caso ocorra eventual dano comprovadamente decorrente da sua participação na pesquisa, você tem o direito de buscar indenização. Os resultados da pesquisa serão divulgados em encontros de formação, eventos, estarão disponíveis no banco de dissertações da universidade, mas você terá a garantia do sigilo e da confidencialidade dos dados.

Caso você tenha dúvidas sobre o comportamento dos pesquisadores ou sobre as mudanças ocorridas na pesquisa que não constam no TCLE, e caso se considera prejudicado (a) na sua dignidade e autonomia, você pode entrar em contato com Ana Luíza Funghetti pelo telefone (54) 99678.0261, ou com o curso de Medicina ou também pode consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da UPF, pelo telefone (54) 3316-8157, no horário das 08h às 12h e das 13h30min às 17h30min, de segunda a sexta-feira. O Comitê está localizado no Campus I da Universidade de Passo Fundo, na BR 285 - Km 292, 4º Andar Centro Administrativo, Bairro São José, Passo Fundo/RS. O Comitê de Ética em pesquisa exerce papel consultivo e, em especial, educativo, para assegurar a formação continuada dos pesquisadores e promover a discussão dos aspectos éticos das pesquisas em seres humanos na comunidade.

Dessa forma, se você concorda em participar da pesquisa como consta nas explicações e orientações acima, coloque seu nome no local indicado abaixo. Desde já, agradecemos a sua colaboração e solicitamos a sua assinatura de autorização neste termo, que será também assinado pelo pesquisador responsável em duas vias, sendo que uma ficará com você e outra com o pesquisador.

Passo Fundo, ____ abril de 2024.

Nome do (a) participante:

Assinatura: _____

Nome da pesquisadora: Ana Luíza Funghetti

Assinatura: _____