NATTASHA MAGALHÃES SILVA

O sofrimento psíquico ao longo da formação médica: a escuta de estudantes de medicina

(Versão corrigida)

São Paulo

2019

NATTASHA MAGALHÃES SILVA

O sofrimento psíquico ao longo da formação médica: a escuta de estudantes de medicina

(Versão corrigida)

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Prof. Dra. Léia Priszkulnik

São Paulo

2019

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

`

Catalogação na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Silva, Nattasha Magalhães
O sofrimento psíquico ao longo da formação médica: a escuta de estudantes de medicina / Nattasha Magalhães Silva; orientadora Léia Priszkulnik. -- São Paulo, 2019.
135 f.
Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) -Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2019.

1. Estudantes de Medicina. 2. Formação Médica. 3. Sofrimento Psíquico. 4. Freud. 5. Lacan. I. Priszkulnik, Léia , orient. II. Título.

Nome: Silva, Nattasha Magalhães

Título: O sofrimento psíquico ao longo da formação médica: a escuta de estudantes de medicina

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovado em: _____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição:_____ Assinatura:_____

Prof. Dr. _____

Instituição:_____ Assinatura:_____

Prof. Dr. _____

Instituição:_____ Assinatura:_____

Aos meus amores: meu pai, minha mãe, Isaac, Shirley, Stevan, Larissa e Antônio. A presença de vocês torna viável o meu caminhar firme rumo à vida.

AGRADECIMENTOS

À Prof. Dra Léia Priszkulnik pela orientação cuidadosa, atenta e paciente. Assim como, o acolhimento nos momentos decisivos dessa pesquisa. Meu muito obrigada.

Ao Niraldo Santos e Ilana Mountian pelas importantes considerações no momento do exame de qualificação. Niraldo, agradeço o aceite do convite para compor a banca.

À Danna, obrigada, também, por estar presente na banca, e agradeço pela sua presença durante o mestrado.

À Psicanalista Eliane Costa Dias pela leitura atenta do texto final e importantes trocas.

Ao psicanalista Antonio Alberto Peixoto de Almeida pelas fundamentais contribuições.

Agradeço ao Prof. Dr. Eduardo de Castro Humes pela sua disposição constante em ajudar nesta pesquisa, sua colaboração foi fundamental para a construção deste trabalho.

Aos participantes desta pesquisa que de forma atenciosa e interessados trouxeram suas experiências e vivências sobre o tema.

À Cláudia Rocha sempre muita cuidadosa e disposta a auxiliar sempre da melhor forma possível nos tramites burocráticos da academia.

À prof. Dra Roseane Nicolau por seu lugar singular de início da transmissão em psicanálise, e por ter me recebido, ainda como estudante na UFPA, em seu grupo de estudo onde pude ensaiar os primeiros passos na minha trajetória de pesquisa e na psicanálise.

À prof. Dra Maria Lívia Moretto pela transmissão em psicanálise e por viabilizar espaços de trabalho, pesquisa e estudo onde posso aprofundar o meu percurso teórico-clínico.

À prof. Dra Maria Cristina Kupfer exemplo de profissional e pesquisadora que sempre manteve as portas abertas para os interessados, também, na pesquisa.

Aos meus pacientes.

Aos amigos de vida Lorena Bitar, Aleph Amin, Brenda Linhares e Ana Paula Vedovato.

Às colegas Fernanda Gomes, Fernanda Leão, e Marcella de Oliveira do nosso grupo "Orientandas Léia", que é espaço de trocas sobre a academia e psicanálise, mas, também, e principalmente, de cuidado e amizade; à querida Manuela Pergola pela amizade e conversas que afagam o coração; Thaís Pereira pela amizade, confiança e trocas constantes sobre a psicanálise na Instituição; Analí Orico pelo cuidado e acolhimento ao longo do mestrado. Saibam que a companhia de vocês nesta jornada, que é o mestrado, foi imprescindível, e tornou tudo mais leve.

Às amigas Vanusa, Amanda e Sandra pela amizade sincera que supera a distância. E que me mostraram que o caminho da pesquisa pode ser árduo, mas é gratificante e belo.

Meus sinceros agradecimentos também aos profissionais: Rivonilda Graim; Márcia Bonna; Lotufo Neto; Maria do Carmo Dias Batista; Luiz Fernando Carrijo Cunha; Goldete Priszkulnik.

Ao Antônio por ser lugar de encontro e onde posso repousar. Obrigada pelo amor e cuidado que apontam para a leveza da vida.

Ao meu pai e minha mãe que mostraram desde sempre que se pode ir além, assim como transmitiram um amor que me permite seguir bem. Aos meus irmãos Isaac, Shirley e Lari, pelo carinho, amizade e cuidado contínuo, mesmo com a distância. Ao Stevan por ser essa pessoa alegre e tão amável. A presença e apoio de vocês foram primordiais para realização desse trabalho.

.

Ser Pesquisador

É ser escafandrista
Em mar de palavras e acontecimentos
A lado de armadura semi permeável
Trazendo à luz
O que está submerso.

É dar corpo à partir da escrita
É tentar dar ordem ao caos
Para que a sociedade Caminhe
Para frente.

15/05/2019

RESUMO

SILVA, N. M. (2019). *O sofrimento psíquico ao longo da formação médica: a escuta de estudantes de medicina.* 2019. 135f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

A atualidade mostra um aumento nos casos de doenças na área da saúde mental na universidade, principalmente entre os estudantes de medicina. O presente trabalho visa investigar sobre esse fenômeno, tendo como foco o sofrimento psíquico ao longo da formação médica. Os objetivos: levantar e problematizar as vicissitudes que acompanham o estudante desde a escolha por medicina até o término da formação; focalizar e discutir a importância do momento e do processo em que se dá a escolha pela profissão; levantar as contribuições da psicanálise para o tema e delimitar possíveis propostas de intervenções de apoio a serem desenvolvidas. A concepção de investigação que embasa este trabalho é o modelo de pesquisa qualitativa em psicanálise que permite compreender os fenômenos em profundidade. Para tanto, foi realizada revisão de literatura e a pesquisa de campo, em que foram realizadas entrevistas com estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Então, verificou-se que os entraves vividos na formação acadêmica se dividem em três eixos: os fatores relacionados à subjetividade de cada aluno (exigências internas e externas) juntamente as vicissitudes do contexto histórico e social; as dificuldades imbricadas na formação médica; os percalços da prática médica. Foram entrevistados(as) sete alunos(as), na faixa etária de 22-29 anos, que estavam no quinto ano do curso. Na análise das entrevistas, elencaram-se sete categorias mais presentes: escolha por medicina; amadurecimento ao longo do curso; início do curso; relatos em torno da morte; rotina; limites da medicina; suicídio. Na discussão, destaca-se que esses sujeitos são jovens, fazem parte de um grupo maior que são os estudantes universitários, assim possuem as características e nuances próprias dessa posição no imaginário social. Estão numa fase em que ocorre a reestruturação psíquica do sintoma e da fantasia, e a saída da adolescência para a entrada na vida adulta, que se dá a partir das escolhas que fazem para si, entre elas a de uma profissão, em uma época que já não se disponibilizam referenciais simbólicos sólidos para o sujeito sustentar suas escolhas, momento em que as pessoas fazem escolhas de um modo mais isolado, não baseadas num Ideal de Eu, mas sim pautadas pelo modo de gozo. Frisa-se que a medicina tem imbricado em sua prática aspectos que mobilizam aquilo que é da ordem do Real, ou seja, do não controlável, envolvendo a relação com o corpo (do outro e o próprio) e os aspectos em torno da morte; além disso, na atualidade, o incremento das novas tecnologias faz com que a sociedade aumente as exigências de eficácia terapêutica, o que pode causar angústia diante da sensação de impotência. Propõe-se que as medidas de apoio devem ser pensadas a partir de três frentes: oferta de locais em que possam receber acompanhamento psicológico; viabilizar dispositivos de informação e de trocas que possam sensibilizá-los para a complexidade da formação escolhida e para um cuidado consigo mesmo; e dar atenção aos casos de isolamento, em que os alunos sabem que sofrem, mas não buscam ajuda.

Palavras-chave: Estudantes de Medicina. Formação Médica. Sofrimento Psíquico. Freud. Lacan.

ABSTRACT

SILVA, N.M. (2019). *Psychic suffering during medical training: listening to medical students.* 2019. 135f. Dissertation (Master degree in Clinical Psychology) - Institute of Psychology, University of São Paulo, São Paulo, 2019.

The actualy shows an increase in cases of mental illness in the university, especially among medical students. The present work aims to investigate this phenomenon, focusing on psychic suffering during medical training. The objectives: to raise and to problematize the vicissitudes that accompany the student from the choice by medicine until the end of the formation; to focus and discuss the importance of the moment and the process in which the choice is made by the profession; to raise the contributions of psychoanalysis to the theme and to delimit possible proposals of support interventions to be developed. The research conception that underlies this work is the qualitative research model in psychoanalysis that allows to understand the phenomena in depth. For that, a literature review and the field research were conducted, in which interviews were conducted with students of the Medical School of the University of São Paulo (FMUSP). Then, it was verified that the obstacles experienced in academic formation are divided into three axes: the factors related to the subjectivity of each student (internal and external demands) together with the vicissitudes of the historical and social context; difficulties imbricated in medical training; the mishaps of medical practice. Seven students were interviewed, aged 22-29 years, who were in the fifth year of the course. In the analysis of the interviews, seven categories were presented: medicine choice; maturation along the course; beginning of the course; reports about death; routine; limits of medicine; suicide. In the discussion, it is emphasized that these subjects are young, are part of a larger group that are university students, so they have the characteristics and nuances of that position in the social imaginary. They are at a stage where the psychic restructuring of the symptom and the fantasy occurs, and the exit from adolescence to enter into adulthood, which occurs from the choices they make for themselves, among them that of a profession, at a time when there is no longer any solid symbolic framework for the subject to support his choices, when people make choices in a more isolated way, not based on an Ideal of Self, but based on the mode of enjoyment. It is emphasized that medicine has imbricated in its practice aspects that mobilize that which is of the order of the Real, that is, of the uncontrollable, involving the relation with the body (of the other and the own) and the aspects around the death; In addition, at present, the increase of new technologies causes society to increase the requirements of therapeutic efficacy, which can cause anguish in the face of impotence. It is proposed that support measures should be designed on three fronts: provision of places where they can receive psychological support; to make available information and exchange devices that can sensitize them to the complexity of the chosen training and to self-care; and give attention to cases of isolation, where students know that they suffer but do not seek help.

Key words: Medical students. Medical Training. Psychic Suffering. Freud. Lacan.

SUMÁRIO

Apresentação 9
Introdução 13

Capítulo 1 18
1.1 Subjetividade do aluno..... 19
1.1.1 Recortes da história da medicina e da imagem do médico 19
1.1.2 O tempo em que o estudante está inserido: a contemporaneidade..... 26
1.1.3 Dentre as várias profissões: a escolha por medicina 35
1.2 Formação médica 40
1.2.1 Fases do curso de medicina 41
1.2.2 Vicissitudes da formação médica imbricadas à prática médica 45
1.3 A prática médica 49
1.3.1 O laço social e os discursos em Lacan..... 50
1.3.2 Consequências à medicina em seu laço com a ciência 54

Capítulo 2 Metodologia..... 60
Objetivos 60
Geral 60
Específicos 60
Método 60

Capítulo 3 Entrevistas e resultados 65
3.1 Do convite para falar ao encontro consigo na entrevista..... 65
3.2 Apresentação dos sujeitos 66
3.2.1 Participante 1..... 67
3.2.2 Participante 2 68
3.2.3 Participante 3 69
3.2.4 Participante 4 70
3.2.5 Participante 5 71
3.2.6 Participante 6 73
3.2.7 Participante 7 74
3.3 Categorização 75

Capítulo 4 Discussão dos Resultados 76
4.1 Eixo 1 subjetividade do aluno 76
4.2 Eixo 2 formação médica 83
4.3 Eixo 3 a prática médica 90

Capítulo 5 Pensando em possibilidades de Intervenções..... 99
5.1 Medidas de suporte em atenção terciária 100
5.2 Medidas de suporte em âmbito primário 102
5.3 Medidas de intervenções para casos de isolamento 108

Considerações finais 113
Referências..... 119
Apêndice A 133

APRESENTAÇÃO

O presente estudo faz parte do campo de pesquisa da psicanálise e da medicina, o qual, norteado por formulações freudianas e lacanianas, visa uma investigação sobre o sofrimento psíquico dos estudantes de medicina na formação médica, jovens universitários, que vivenciam uma difícil rotina ao longo do curso para a formação médica.

O interesse em realizar especificamente essa investigação se deu por um longo processo que foi sendo amadurecido e lapidado pela experiência da pesquisadora como psicanalista num hospital e por estudos dentro do tema da psicanálise na instituição. O começo dessa trajetória iniciou, ainda, como estagiária num hospital especializado no tratamento de câncer na região Norte, no Pará. Neste local atuou, durante a Faculdade de Psicologia, passando por várias clínicas, entre elas, como eram alcunhadas, "neuro", seguida pela "clínica médica", "hemato", "gineco", "cabeça e pescoço", "cirúrgica" e "triagem". O estágio teve duração de dois anos e foi feito com a tutoria da psicóloga responsável pelo setor. Após a conclusão do Curso de Psicologia, a pesquisadora foi convidada a compor a equipe de psicologia do mesmo hospital, sendo alocada no Centro de Tratamento Intensivo (CTI), exatamente por ter tido a experiência em várias clínicas, pois, como informado, precisavam de uma profissional com esse perfil.

Por um lado, durante o período de experiência no hospital, lhe foram postas muitas questões sobre a atuação do psicólogo em uma instituição hospitalar, entre elas: o que faz um psicanalista num hospital?; como desenvolver um *setting* analítico para além dos muros de um consultório?; como se estabelece o trabalho com a equipe multiprofissional? E, por outro lado, atentava-se à prática médica e sua rotina diária, assim como, as atividades diárias dos internos de medicina. As dúvidas foram sendo sanadas e até mesmo fomentadas pelo estudo e pela supervisão, mas reverberam até os dias atuais, juntamente com as questões postas diante do sofrimento psíquico dos estudantes de medicina.

Então, pede-se licença para realizar uma breve digressão e apresentar a linha de raciocínio que viabilizou o questionamento sobre o tema do sofrimento dos futuros médicos. Partindo-se dos questionamentos em torno da atuação do psicanalista na instituição hospitalar, seguido de suas respostas as quais direcionaram às novas investigações que deram abertura para elaboração de uma pergunta de pesquisa.

A prática de um psicanalista no hospital, pode-se dizer, é a mesma que a de um profissional que se encontra presente em um consultório tradicional, no que tange ao vínculo com o paciente. Moretto (2001), em seu livro *O que pode um analista no hospital?*, sustenta

que o fazer desse profissional se dá por uma escuta ao paciente que aponte para o saber presente no inconsciente, o qual implica-o no seu próprio desejo. Assim, num hospital o psicanalista escuta o sujeito onde este estiver, seja num ambulatório, entre quatro paredes, seja num leito de enfermaria, seja num corredor, em pé. Essa escuta solicita que o paciente associe livremente sobre aquilo de que se queixa, para então, baseado na atenção flutuante dos conteúdos trazidos, dar o direcionamento de tratamento necessário. Como posto, o *setting* analítico tradicional, num hospital, não se faz primordial, tendo em vista que o dispositivo analítico se estabelece com a presença de uma pessoa que fala e outra que apresenta uma escuta atenta e especializada.

Dentre os relatos trazidos pelos pacientes se destaca a presença da queixa de algo que o incomoda, juntamente com uma demanda e um endereçamento. Essa demanda, que às vezes é explícita – "me cure deste sintoma" –, pode vir cifrada, e em uma cena inconsciente, querendo o paciente dizer, na verdade, "me deixe com este sintoma, estou muito bem aqui", pois sua demanda é outra e está ligada ao seu próprio desejo. Cabe ao analista, em sua direção de tratamento, levar o paciente a uma mudança de posição diante do seu desejo (MORETTO, 2001). Assim, é função do analista não responder à demanda e devolvê-la ao paciente como uma convocação de produção de saber.

Nesse ponto de direção do tratamento, o trabalho do analista acaba sendo posto em xeque no ambiente hospitalar, onde a voz que prevalece é a da ciência, que se supõe detentora do saber e que estabelece qual a melhor conduta para os sujeitos. Logo, a demanda de uma equipe de saúde é exatamente retirar o sintoma, curar o sujeito, enquanto a da psicanálise é implicá-lo no sintoma. Então, é comum que a equipe demande ao analista, por exemplo, algo no sentido de convencer o paciente a fazer um determinado tratamento, ou exame, desconsiderando o que o paciente quer. Como manejar essa demanda da equipe partindo-se de uma práxis da psicanálise pautada na ética do desejo?

Priszkulnik e Moretto (2014) frisam que realizar um trabalho que tenha em vista a transmissão do desejo do sujeito à equipe multiprofissional, para fazer valer a verdadeira demanda deste, só é viável quando o analista está inserido em uma equipe de saúde. Contudo, as autoras ressaltam que estar inserido não corresponde a estar presente, ou fazer parte do quadro de funcionários: estar inserido equivale a construir um lugar onde o psicanalista possa atuar. Todavia, a montagem desse lugar é, em grande parte das vezes, possível a partir da demanda desse grupo direcionada a esse profissional como uma demanda de saber sobre

aquilo que afeta o paciente.

Diante de tais estudos, a pesquisadora se perguntou: como proceder quando uma equipe não demanda um saber sobre o paciente? O que pode ser feito? Isso é considerado um "ponto problema" que pode repercutir na não inserção do psicanalista na equipe (MORETTO; PRISZKULNIK, 2014, p.293).

Essa reflexão sobre a atuação dos profissionais de saúde/classe médica remeteu a outro ponto da experiência da pesquisadora no hospital: a rotina de médicos e estudantes de medicina. Ambos os grupos se queixavam da grande demanda de trabalho e das exigências impostas pela instituição. Desse modo, verificou-se uma soma de sofrimento: a) em um grupo, médicos angustiados com o padecer dos pacientes, geralmente assolados pelo adoecimento avançado destes, já que chegavam a suas mãos tardiamente, com bem pouco a ser feito devido à gravidade da situação; b) enfermeiros e técnicos de enfermagem muito cansados diante da rotina tripla que geralmente tinham; c) e em outro grupo, alunos de medicina, em situação não muito diferente da dos médicos, frequentemente, espelhando o sofrimento de seus tutores.

Esses estudantes, por um lado, demonstravam angústia com o andamento do tratamento de seus primeiros pacientes tanto que os encaminhavam para o serviço de psicologia, assim como buscavam um saber sobre o sofrimento do paciente; por outro, se apresentavam cansados e atarefados diante da difícil rotina de um interno (aluno que está no quinto ou sexto ano do curso e realizando os estágios na clínica). Preocupavam-se com sua postura e desde cedo exigiam um posicionamento de um profissional já formado. Nesse sentido, queixas de cansaço e de dificuldades relacionadas à interação com os professores/tutores eram também comuns.

Então, aliando o questionamento do que se poderia fazer quando a equipe de saúde não demanda ao analista um saber sobre o paciente juntamente com a percepção das vicissitudes da equipe de saúde, levantei como hipótese que algo poderia ser feito na base, ou seja, na formação desses profissionais, no seu ensino para que se tornassem profissionais mais interessados em saber sobre o estado emocional dos pacientes. E no caso, por se tratar de um posicionamento de pesquisa, optou-se por eleger como objeto de investigação a formação médica.

Em interseção com essa reflexão, Freud (2010[1919]) verificou que, na formação desses profissionais, eles ficam tão obstinados pelos estudos de física, química que podem

deixar de lado fatores importantes da vida em geral e psíquica dos pacientes. Então, destacou que é importante, na formação médica, não que aprendam algo sobre psicanálise, mas, fundamentalmente, que saibam de algo a partir da psicanálise.

Tomada pelas reflexões sobre a inserção do psicanalista e sobre as experiências acima descritas, surgiu o desejo de compreender melhor o mal-estar vivenciado por esses profissionais e talvez vislumbrar propostas no intuito de contribuir no processo de sua formação. Então, com o avançar dos estudos sobre o tema, abriu-se um segundo viés, e ainda mais agravante, que foi a saúde mental dos estudantes de medicina.

Então, buscou-se realizar uma investigação sobre este tema, pois, ponderou-se que algo pode ser feito na formação médica para mitigar o sofrimento desses alunos, no entanto, para poder oferecer dispositivos para esse trabalho foi feito primeiramente uma pesquisa sobre como está a área emocional desses estudantes.

Logo, essa trajetória de pesquisa suscitou questões que norteiam o desenvolvimento deste trabalho de mestrado: o que ocorre com esses estudantes os quais as pesquisas mostram que as taxas de sofrimento são maiores que a de outros alunos universitários? Quais as ações poderiam ser aplicadas ao longo dessa formação para abrandar tais sofrimentos?

INTRODUÇÃO

Atualmente, verifica-se um aumento referente ao sofrimento psíquico entre os estudantes de medicina. Como posto na apresentação, percebia-se uma rotina atarefada entre esses alunos, sempre muito preocupados com os pacientes, assim como com sua relação com os professores, sobre a qual chegavam a verbalizar/questionar entre si o porquê de tal vínculo ser tão dificultoso. Mas a isso se somam outros entraves que levam a um padecer psíquico que, em muitos casos, chega a ser tão grande que pode levar a adoecimentos graves, como psicopatologias, e tentativas de suicídio.

Logo, depreende-se que o Curso de Medicina é um potencial estressor para o desencadeamento de sofrimento dos estudantes (MILLAN et al., 1999; RAMOS-CERQUEIRA; LIMA, 2002; ARRUDA; MILLAN, 2008; FIEDLER, 2008; BULAMAH, 2010). Mas, frisa-se que a subjetividade dos alunos não pode ser desconsiderada como parcela de contribuição do sofrimento do qual se queixam, como apontam os trabalhos de Gannam (2018) e Braga, Gutierra e Santos (2012).

Assim, destaca-se a notícia apresentada pelo olhar jornalístico de Claudia Collucci na *Folha Digital* de 12 de abril de 2017 sobre alunos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), que destacou em manchete: “Surto de suicídio”. No texto, Collucci (2017) revela que houve seis tentativas de suicídio entre os alunos do quarto ano do curso e, também, apresenta entrevistas com estudantes e profissionais da faculdade. Em uma das entrevistas, há a seguinte afirmação de uma aluna:

> — Além do cansaço mental, da desumanização cotidiana, temos que ter a cabeça tranquila para estudar doenças [...] Em apenas dez semanas de duração, somos cobrados sobre fisiopatologia das doenças, sobre diagnósticos e sobre quais exames solicitar para excluir ou confirmar hipóteses [...] Não temos tempo para cuidar da nossa saúde mental e física (p.1).

A mesma aluna acrescentou que outro fator de estresse são as “panelas” (termo referente a grupos de aproximadamente 15 alunos montados por livre escolha para os estágios obrigatórios). Em torno disso, ressaltou: “Alunos malvistos ou que não são bem relacionados, por inúmeros motivos, acabam sobrando e formando a famigerada ‘panela lixo’ ou são excluídos e têm que mendigar uma vaga entre os grupinhos já formados”.

Em seguida, a repórter destacou considerações dos profissionais de psicoterapia do

Instituto de Psiquiatria (IPQ) da Universidade de São Paulo (USP): “Ficamos muito chocados com os acontecimentos recentes envolvendo a saúde dos alunos. Há uma grande apreensão e tristeza pairando em todos nós”. E falaram sobre esgotamento, ansiedade, internações psiquiátricas, tentativas de suicídio e mortes entre os alunos, ressaltando a dificuldade de compartilharem isso no meio acadêmico, e pediram que os alunos saíssem do silêncio.

Em um tempo posterior surge outro acontecimento. Damasceno (2017) apresentou o caso de uma estudante da FMUSP que teve o seu quadro de saúde mental agravado por conta das exigências acadêmicas, o que a levou ao uso e abuso de álcool e drogas, chegando a largar o curso por três vezes. O repórter acrescentou que na Faculdade de Minas (FAMINAS) ocorreram, em novembro de 2017, cinco tentativas de suicídio num período de 40 dias, em que duas pessoas morreram, e que em 2018 houve um suicídio.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018), segundo dados globais, revela que o suicídio é a segunda causa de morte na faixa etária entre 15 e 29 anos. A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP, 2014) considera o suicídio como um problema de saúde pública. No caso, em relação aos estudantes de medicina, dados mostram que a taxa de suicídio nessa população é superior à da população geral (RICHINGS; KHARA; DOWELL, 1986), e Arruda e Millan (2008) informam ser quatro vezes maior ao comparar com a população de São Paulo, entre 20-29 anos.

Millan et al. (1999) acreditam que o interesse pelo estudo da ocorrência de suicídio entre esses estudantes iniciou-se no final da década de 1960 e apresentam o estudo de Simon (1968), que, em trabalho realizado com 62 escolas americanas e três canadenses, concluiu que é a segunda causa de morte entre os estudantes, perdendo apenas para acidentes. Em pesquisa mais recente realizada a partir de revisão de literatura de 2000 a 2014, Santa e Cantilino (2016) mostraram que a taxa de suicídio nesse grupo permanece acima do padrão normal encontrado na população em geral. E indicaram possíveis causas: incidências de transtornos psiquiátricos como depressão; grande carga de trabalho; diminuição do sono; entraves na relação com pacientes; muita informação; ambientes insalubres.

Sabe-se que o suicídio é uma ocorrência causada por multifatores e resultado da junção de fatores psicológicos e biológicos, assim como genéticos, ambientais e culturais (ABP, 2014) e conforme Meleiro (1998) a passagem ao ato deve ser compreendida de acordo com a singularidade de cada sujeito. É um fato que ocorre em toda a humanidade, e deixa a população alerta para o desenvolvimento de dispositivos para a sua prevenção. Assim,

considera-se que o suicídio pode ser o último ato de um sujeito diante do sofrimento que vem apresentando e que, para pensar medidas que visem à prevenção, é importante refletir e compreender o contexto do sujeito e assim estabelecer ações que considerem todos os aspectos envolvidos.

Dessa maneira, urge pensar formas de reduzir esse sofrimento, visto que a saúde mental dos estudantes universitários tem se agravado, como revelam dados de pesquisas e informações veiculadas nos meios de comunicação – e estatisticamente, os casos de suicídio e tentativas de suicídio têm crescido no grupo dos estudantes de medicina.

Considerando-se esse vértice de sofrimento dos estudantes de medicina diante de sua rotina, pergunta-se: 1) o que se pode fazer por esses estudantes e futuros profissionais que se angustiam com o padecer do outro?; 2) o que pode ser pensado para que a própria formação médica lhes ofereça condições de chegar mais preparados para as funções que devem exercer ainda na faculdade e, depois, para o mercado de trabalho?; 3) por que mesmo adoecidos psiquicamente não buscam ajuda?; 4) o que acontece para esses jovens não perceberem que estão precisando de cuidado?

Acredita-se que esta pesquisa, com as contribuições da psicanálise, com base principalmente em autores como Freud e Lacan, possa fornecer subsídios para uma compreensão mais abrangente do sofrimento psíquico dos estudantes de medicina durante a formação médica.

Então, na leitura dos primeiros materiais de pesquisa, se destaca a importância da escuta dos entraves, das angústias, dos medos e dos receios dos estudantes de medicina com objetivo de pesquisar e fazer um levantamento das principais vicissitudes desses alunos durante o curso e poder fornecer, com base na psicanálise de Freud e Lacan, uma explanação do tema escolhido: sofrimento psíquico dos estudantes de medicina ao longo de sua formação. Acredita-se que, durante a graduação médica, o acolhimento dos alunos e a oferta de escuta como a psicanálise preconiza podem contribuir para reduzir as angústias dos estudantes nesse período, além de contribuir para a qualidade de uma formação profissional mais consistente e humanística.

Embora a literatura aponte muitos trabalhos sobre a importância de um olhar mais atento para a formação profissional do médico, é preciso destacar o seguinte: boa parte das publicações sobre a temática está concentrada na área da medicina; no campo da psicologia,

por exemplo, particularmente no âmbito da psicanálise, há uma carência de estudos que tragam reflexões sobre o assunto.

Então, apresentam-se duas hipóteses que serão norteadoras da pesquisa: 1) na contemporaneidade, a dificuldade de escolha diante de um enfraquecimento dos referenciais paternos afeta o laço social e, consequentemente, os jovens; e, sendo os estudantes de medicina jovens universitários, pode-se supor que isso, aliado às dificuldades do curso, contribui para o sofrimento na graduação; 2) esses jovens, ao longo de sua formação, tomam esse período com cobranças próprias de um profissional em pleno exercício; logo, se supõe que são influenciados por entraves imbricados à prática médica.

Esses jovens, em sua maioria, vivenciam muitas mudanças em uma fase ímpar de sua vida, que é a adolescência e o início da vida adulta. Muitos sofrem diante dos desafios da vida acadêmica – espaços novos, extensa carga de estudos, novos colegas e amigos –, um período intenso e repleto de novidades que provocam ansiedade e insegurança. Entretanto, para alguns, o sofrimento psíquico é maior, na medida em que a ansiedade e a insegurança atingem intensidades que os fazem adoecer.

Assim, para desenvolver este trabalho, será apresentado a seguir a justificativa e, em seguida, o conteúdo dos capítulos. No capítulo um, abordam-se os três grandes eixos norteadores, considerados, nesta pesquisa, como os potenciais influenciadores do sofrimento dos estudantes de medicina: grande eixo 1: a subjetividade do aluno; grande eixo 2: a formação médica; grande eixo 3: a prática médica. No eixo 1, faz-se um breve apanhado sobre a prática médica ao longo do tempo por meio de recortes da história e explana-se o momento contemporâneo a partir da teoria psicanalítica. Em seguida, no eixo 2, trata-se da formação médica e suas vicissitudes. Finalmente, no eixo 3, discuti-se a prática médica na atualidade, logo em sua articulação com o discurso científico.

Para poder aprimorar os dados coletados na revisão de literatura, optou-se por ir a campo, realizar entrevistas com estudantes de medicina da FMUSP para compreender mais de perto esse fenômeno. Então, no capítulo dois, primeiramente são apresentados os objetivos da pesquisa, em seguida explana-se a metodologia da pesquisa de campo – que foi a pesquisa qualitativa em psicanálise –, fazendo-se uso de entrevistas presenciais dos alunos, e por fim explica-se o método elaborado para realizar a análise dos dados.

No capítulo três, destinado à apresentação dos resultados, relatam-se, também, as contingências surgidas da triagem dos sujeitos, os dados gerais dos alunos, o desenvolvimento

da narrativa de cada um dos participantes, que foram sete alunos (todos do internato), a forma como foi feita a categorização do conteúdo das entrevistas e a apresentação das categorias.

O capítulo quatro, com a presença da discussão dos resultados, se desenrola com a articulação das categorias selecionadas, reunidas com vinhetas das falas de cada participante condizentes com cada categoria, e, em seguida, articuladas com as formulações freudianas e lacanianas, para então tentar fazer proposições sobre a saúde mental dos alunos.

Finalmente, o capítulo cinco é destinado a propor medidas possíveis para mitigar o sofrimento dos estudantes de medicina a partir das sugestões dos alunos entrevistados em articulação com a revisão de literatura sobre o tema. Verifica-se que as medidas podem ser aplicadas tanto aos estudantes de medicina como aos estudantes universitários de modo geral, e que devem ser pensadas de um âmbito primário, no sentido de evitar o desenvolvimento de um adoecimento psíquico grave; no âmbito terciário, para os casos em que a pessoa está adoecida psiquicamente, necessita e busca por ajuda; e, sendo necessário refletir sobre uma clínica do isolamento, onde se encontra as situações em que o sujeito sabe que está doente, mas não busca tratamento e opta pela solidão.

Por fim, nas considerações finais, retomam-se os pontos considerados mais relevantes da pesquisa, para fornecer novas contribuições em torno do cuidado da saúde mental dos alunos, assim como, elencam-se ponderações sobre a Instituição de ensino no qual estão inseridos.

CAPÍTULO 1

Tornar-se um profissional da área médica é um objetivo almejado por muitos jovens que sonham em fazer um curso superior. Mas, para a chegada até essa realização profissional, há um longo percurso repleto de desafios, entraves e vicissitudes que precisam ser superados para encontrar o norte planejado.

No início desse trajeto, ocorre a escolha em se tornar um médico, o que pode conduzir à abdicação de momentos de lazer com a família/amigos, perda de sono, falta de descanso para poder transformar em horas de estudo para passar no concorrido processo seletivo das universidades públicas e particulares e, assim, alcançar a entrada na universidade (RAMOS-CERQUEIRA; LIMA, 2002).

Essa é uma fase bastante exigente aos futuros estudantes de medicina em que se gera bastante desgaste (MILLAN et al., 1999). Santos et al. (2017), ao pesquisarem o nível de estresse de estudantes que estavam se preparando para as provas de adesão à faculdade e os que já estavam cursando medicina, verificaram que aquele grupo apresentava um índice de exaustão e resistência muito acima do que o do segundo grupo. E acrescentam que, com os alunos que participam mais de uma vez do processo seletivo, os níveis de cansaço são maiores e mais alarmantes.

No instante em que finalmente conseguem vencer o disputado concurso e ver o seu nome na tão sonhada lista dos aprovados, esses sujeitos podem ser invadidos por uma euforia, o que acaba nas comemorações e na passagem pelos trotes, momento em que podem compartilhar essa alegria com os outros calouros, e o que é considerado a primeira forma de socialização entre eles (VALLE et al., 2007).

Contudo, a partir da entrada no curso, informa Taborda (2015), ocorre o surgimento de sentimentos ambivalentes, pois por um lado estão felizes diante de terem conquistado a vaga e, por outro, se deparam com as exigências do curso, mas, principalmente, precisam lidar com a quebra dos ideais. Ou seja, pode-se dizer que estes alunos ao escolherem por medicina e ao se prepararem para as provas de ingresso começam a se imaginar como estudantes de medicina e a sonhar com um tipo de formação, no entanto, são ideais criados e que sofrem mudanças diante da realidade: vicissitudes imbricadas ao curso e a prática médica na atualidade (MOUTINHO et al., 2017). Então, a seguir serão apresentados aspectos em torno

das vivencias psíquicas do aluno de medicina, após os entraves da formação médica, e em seguida a prática médica.

1.1 Subjetividade do aluno

Para abordar a subjetividade do aluno é necessário, primeiramente, falar sobre o surgimento da medicina, pelo fato dessa ser anterior a esses sujeitos e influenciarem em seu psiquismo na atualidade.

A medicina é uma prática milenar. Culturalmente, o curso de Medicina concede um prestígio social muito grande, em comparação a outras profissões, e tem a imagem de que os profissionais dessa área são bem sucedidos. Acredita-se que por ser uma profissão antiga e com o mercado de trabalho consolidado, isso acaba levando muitos pais a influenciarem os filhos na escolha desta carreira.

Para entender essa "aura", serão apresentados alguns aspectos da história da medicina até os dias atuais e como se desenvolveu a imagem e função do médico.

1.1.1 Recortes da história da medicina e da imagem do médico

A existência da prática médica é antiga, anterior à escrita de textos literários ou aos eventos históricos. Escavações de sítios arqueológicos desvelam e trazem à tona os vestígios de cuidados médicos, inscritos em corpos (ossos) de milhares de anos. Luxações reparadas, ossos restaurados, crânios perfurados são alguns dos procedimentos médicos atuais, mas já existentes em tempos remotos (NUTTON, 2008; DE MARCO, 2010).

Nutton (2008) apresenta alguns relatos históricos que apontam a origem da prática médica na Grécia antiga, no leste do Mediterrâneo e no Egito. No entanto, outros autores, como Millan (2005), De Marco (2010), destacam registros mais antigos dessa arte, no caso, com a medicina dos sumérios, grupo humano que habitou o sul da Mesopotâmia por volta de 3500 a. C. Carvalho Lopes (1970) ressalta a existência de plaquetas de argila, escritos em linguagem denominada "cuneiforme", que na atualidade, após decifrações, mostram vestígios de algo semelhante a prescrições médicas. Esse mesmo autor acrescenta a presença do "Código de Hamurabi", tipo de leis postuladas pelo juiz Hamurabi, no exercício de suas atividades (1792-1750 a.C.), escritas em rochedos. Algumas dessas peças se encontram no

Museu do Louvre, em Paris. Dentre as normas preestabelecidas nas pedras, se destacam as punições impostas àqueles que exerciam a prática da cirurgia e cometiam erros ou falhas cirúrgicas. Dessa forma, se pode dizer que em sua origem a prática médica é antiga, anterior à própria escrita.

Cartelle (2010) afirma que, nesse momento citado, a medicina era tomada como uma arte, ou seja, como explica Millan (2005) com base na *Ilíada* e na *Odisseia*, de Homero (século VII a.C.), nessa fase a medicina não utilizava tanto em sua prática rituais mágicos e mitos, sendo praticada por aqueles que detinham um conhecimentos específico. Na *Ilíada*, Homero se refere a Esculápio, que, segundo ele, era o melhor médico da época. Destaca-se, porém, que com o passar do tempo foi havendo uma gradativa substituição da medicina prática por uma medicina mágica, com a participação sacerdotal, na qual Esculápio – nome dado pelos romanos a Asclépio (figura mitológica que será explanada a seguir) – foi sendo aos poucos deificado, viabilizando o surgimento de um fazer médico concentrado em templos e santuários. Porter (2008) corrobora a isso afirmando que os médicos, nesse período, eram os curandeiros e xamãs.

No que tange ao mito, De Marco (2010) informa que na mitologia grega se tem Asclépio como deus da medicina. Este foi salvo pelo deus Apolo, seu pai, de dentro do ventre em chamas de sua mãe, que havia sido castigada pelo próprio deus por causa de uma traição. O semideus, então, é entregue pelo pai, para ser educado, ao centauro Quíron, tutor de muitos heróis e versado em várias artes, entre elas a arte de curar. Asclépio, então, se dedica com perícia à arte da cura, mas não se conforma em curar apenas os vivos e investe, também, em ressuscitar os mortos (DE MARCO, 2010).

Essa atividade, mesmo que mitológica, de dar vida àqueles sem vida se assemelha às práticas em UTIs (Unidades de Tratamento Intensivo) e CTIs (Centros de Tratamento Intensivo), onde muitos pacientes sobrevivem com o uso de medicações e maquinários tecnológicos que induzem o batimento cardíaco e inflam o pulmão de oxigênio, auxiliando a respiração (DE MARCO, 2010).

Outra interpretação em torno da mitologia se encontra em Cassorla (1995) que destaca que a figura de Asclépio é fundamental, pois somente alguém que passou pelo sofrimento pode ter sensibilidade para entender a dor do outro e também ter a sabedoria para curá-lo. Ou seja, é a partir do sofrimento que o médico teria a capacidade de cuidar dos outros. Tal afirmação concorda com o que Millan (2005) diz sobre a formação e a prática médica na

atualidade, que é cercada de dor e cansaço – e muitos estudantes informam que tudo isso é necessário para se tornar um profissional.

Assim, neste segundo momento, o ofício da medicina estava vinculado aos deuses e pautado em rituais mágicos. Tanto que Porter (2008) menciona a figura do médico como xamãs e curandeiros, além do fato de que a medicina era realizada em templos e santuários, forma bastante diferente da praticada atualmente: por exemplo, Nepomiachi (2018) diz que nos dias atuais o médico concentra primordialmente sua prática em hospitais, vinculada a aparelhos, tecnologias e medicações estudadas cientificamente.

Avançando nos recortes históricos, Porter (2008) destaca que em várias partes do mundo, como Mesopotâmia, Egito, Grécia e China, entre outras, houve formas diferentes de abordar o surgimento dessa prática, assim como os meios de cuidado, mito, técnicas, meios de registro e conceitos sobre a doença. Frisa-se aqui que, para o presente trabalho, definiu-se abordar os aspectos vinculados à Grécia.

Seguindo no tempo, floresceu na ilha de Cós, na Grécia, no século V a.C., uma nova escola médica denominada hipocrática, que viria a se tornar referência em medicina até os dias atuais. Ela tinha como principal expoente o médico chamado Hipócrates (460-380 a.C.), considerado o pai da medicina, que instaurou os primórdios de uma separação entre os aspectos religiosos e mágicos ligados à medicina e preparou as bases para medicina racional e científica (REZENDE, 2009). No entanto, o que apresenta grande relevância para a medicina foi a elaboração de 72 livros conhecidos como *Corpus Hippocraticum*. Dentre esses, destaca-se o *Juramento*, que é considerado patrimônio cultural e na atualidade é utilizado na cerimônia em que os aspirantes à medicina se juntam à classe de médicos.

Hipócrates ensinou que o lugar do médico é na cabeceira do paciente, ensinamento que até hoje de certa forma é repetido pelos professores contemporâneos, assim como sugeriu que as visitas aos pacientes devessem ser feitas logo pela manhã, momento no qual ambos estariam com um espírito mais calmo. Millan (2005) supõe que essa talvez seja a origem das visitas médicas sempre matinais, que perduram até os dias atuais. Ainda nesse período da medicina hipocrática, houve o surgimento de um médico denominado Cláudio Galeno, de Pérgamo (131-200 d.C.), que desenvolveu bastante a medicina, criando um escrito de 22 volumes com deduções sobre a anatomia humana e sendo incontestada até o renascimento devido a proibição da dissecção de cadáveres humanos anterior a esse período.

Assim, avança-se para o período da Idade Média, fase que vai do século V ao XV. Millan (2005) afirma que se trata de um período em que se desenvolveu muita instabilidade, opressão de minorias e a presença de graves epidemias que levaram a população a desacreditar da medicina e da ciência, o que, por sua vez, levou a uma desvalorização da imagem do médico leigo. Por outro lado, a Igreja ganha notoriedade na área médica, firmando um compromisso com a sociedade no sentido de chamar as pessoas para cuidarem dos doentes, bem como divulgando que as doenças só poderiam ser curadas por meio da intervenção divina a partir de orações, amuletos e imagens de santos.

Diferentemente do que ocorreu em outros momentos, como antes de Cristo e na Grécia, a Idade Média foi um período de estagnação da medicina (no ocidente), por sua vinculação à religião, tanto que seu ensino era oferecido em escolas e mosteiros e a principal prática assistencialista era a realizada pelos monges (MILLAN, 2005). No que tange à imagem e à função do médico, se destaca que nessa época eram desvalorizadas, como citado por Millan, ao falar do médico leigo, e como aponta De Marco (2010), que apenas eram considerados os médicos que tivessem formação acadêmica e posição social elevada, que na verdade ocupavam grande parte de seu tempo dedicando-se apenas a filosofar sobre as doenças e a fazer raras visitas aos doentes. O cuidado dos doentes estava sob responsabilidade da Igreja e de leigos que praticavam "caridade", visando ganhar salvação divina ou as benesses da Igreja.

A Renascença, que vai do fim do século XIV ao século XVII, uma fase entre a Idade Média e o período moderno, é caracterizada como um tempo histórico de muito florescimento cultural em que foram lançados firmes alicerces para o mundo moderno e, consequentemente, para a medicina. Segundo De Marco (2010), começou a haver uma confiança maior na observação do que na teoria, levando os médicos do século XVI a olhar seus pacientes de perto e a tomar registro sobre eles. Dessa forma, Alexander e Selesnick (1996) destacam que tais avanços foram motivados, em primeiro lugar, pelo surgimento do pensamento dedutivo, analítico e matemático, e, em segundo lugar, do raciocínio empírico e indutivo. Os autores destacam que ambos os métodos compartilham algo fundamental para o avanço da ciência, que é a dúvida diante do conhecimento e dos fatos e a crença de que o mundo é governado por uma ordem racional.

Dessa forma, como apontado por Nepomiachi (2018), verifica-se a presença da imagem e da função do médico, nesta sequência: o médico que inicialmente tinha autoridade e

prestígio que não era passível de comparação com a validade de suas terapêuticas; o médico sacerdotal de origem; o médico hipocrático que buscava cuidar do homem em sua totalidade, a partir de um olhar imparcial; e o médico medieval, que possuía apenas conceitos especulativos. O autor destaca que ocorre uma mudança na forma de ver os médicos nos séculos XIX e XX, que seguem numa consonância entre uma medicina com arte e uma científica.

Foucault (2015[1987]), no livro *O nascimento da clínica*, realizou uma minuciosa pesquisa em torno do advento deste fazer clínico. O autor apresenta o século XVIII com a medicina classificatória onde "antes de ser tomada na espessura do corpo, a doença recebe uma organização hierárquica em famílias, gêneros e espécies" (p.2), atentando qualitativamente para onde há umidade. Ou seja, os médicos direcionavam sua atenção aos fenômenos claros da doença para que assim pudessem melhor compreendê-la.

No fim do século XVIII e início do século XIX, ocorre o surgimento da medicina como ciência clínica. Uma medicina que une anatomia e clínica, originando a medicina anatomopatológica, que substituiu o lugar da medicina classificatória, por uma medicina dos órgãos, do foco e das causas. Esta medicina possibilitou uma nova ordenação das doenças e interesse direto pelo corpo do paciente, no entanto, um corpo morto, pois o exame do cadáver ensina ao médico as causas da morte e, consequentemente, da doença. Como frisa Priszkulnik (2000), é a partir deste período, que a presença da doença no corpo funda a doença como objeto para o olhar positivo do médico, e a linguagem se transforma em discurso racional.

A medicina como ciência clínica, segundo Foucault (2015[1987]), tem bem circunscrito o domínio de sua experiência e a estrutura de sua racionalidade. Clínica pautada pelo olhar (ver, observar), que se vale da "trindade visão-tato-audição" (p.188). Mas, ressalta-se que o médico apesar de pautar o seu exame nos sentidos, o seu olhar fica cada vez mais aguçado por aparelhagens tecnológicas e exames laboratoriais que o auxiliam no processo de diagnóstico. É uma clínica que possui os mesmos pressupostos exigidos pelo conhecimento científico.

Explanando melhor, nesse ponto de inserção da medicina, Nepomiachi (2018), em consonância com Foucault (2015[1987]), assinala que a partir de 1800 a medicina é tomada como uma arte que constrói uma clínica anatomopatológica por intermédio das práticas sistemáticas de autópsias, os achados de lesões e a correlação com a semiologia clínica. Sendo assim, em meados do século XIX, surge um novo tempo para a prática médica, que coincide

com a inserção da fisiopatologia, com Claude Bernard, que toma a investigação da dinâmica do organismo e seu adoecimento como se toma a forma de investigação da física e da química, ou seja, através da observação, da experimentação e da dedução.

A mudança na forma de investigação, o método empírico, leva a medicina a fazer sua entrada definitiva no mundo da ciência por meio dos estudos de Pasteur, que levam a uma pesquisa minuciosa da bacteriologia aliada com a fisiopatologia. Isso possibilitou um grande avanço no sistema de cura, que conduz à possibilidade de conseguir manter uma pessoa viva indefinidamente e a qualquer preço, o que pode ser visto atualmente nos hospitais, com o surgimento das UTIs, onde toda a engenharia médica está a serviço do prolongamento da vida. Como afirma Cartelle (2010), há uma revolução nos meios diagnósticos e terapêuticos com a inserção da física e da química, tanto, como citado, por meio de seu método de investigação como por sua própria atuação em prol do avanço científico. Ou seja, há uma cisão – na transição da medicina clássica para a moderna – no saber médico e se dá com a mudança de objetos, métodos e técnicas.

Foucault (2015[1987]) sinaliza, em seu texto "O nascimento do hospital", que nos primórdios do século XIX também ocorre uma ruptura no conhecimento médico e seu exercício, configurando-se assim novas formas de conhecimento e práticas institucionais. Dentre elas, houve o advento do hospital como local de trabalho (local de cura) comandado por médicos. Esse ambiente, que primeiramente foi planejado para *hospedar* pessoas excluídas da sociedade, muda sua função pelos seguintes motivos: em primeiro lugar, a necessidade de anular os efeitos negativos do hospital, haja vista a possibilidade de as doenças serem transmitidas aos outros doentes internados, além de serem propagadas pela cidade; e, em segundo lugar, o surgimento do fuzil, tecnologia que passou a deixar mais cara a mão de obra dos soldados, visto que eram treinados para manuseá-lo, e, sendo assim, esse combatente não podia ser perdido tão facilmente, a não ser, em plena forma, no campo de batalha (FOUCAULT, 2014[1979]).

Assim, o médico é chamado para organizar esse espaço e operar mudanças no ambiente, que, de claustro da comunidade religiosa, torna-se um espaço médico, respeitando-se seus preceitos, importância e conhecimentos de época: alimentação, ventilação e ritmo de bebidas, entre outros. Dessa forma, rearranjam-se leitos, equipe, vestimentas... E a reorganização não parte de uma técnica médica, mas sim de uma tecnologia que pode ser chamada de política: a disciplina. Esta consiste em uma técnica de exercício de poder, que é

antiga, sendo a mesma utilizada em mosteiros e no sistema escravista; inicialmente, é realizada de forma individual, mas torna-se elaborada durante o século XVIII e é aperfeiçoada com uma nova técnica de gestão dos homens e aplicada a grupos maiores (FOUCAULT, 2014[1979]). Mudança fundamental, pois, pode-se dizer que não se concebe, na atualidade, a prática ou formação médica desvinculada desse espaço.

Então, apresentou-se um recorte do surgimento dessa profissão para mostrar os variados aspectos da história nos quais ela se encontra presente. Pode-se dizer que o prestígio que ela tem na sociedade é referente ao fato de ser uma das profissões mais antigas como apontam os autores Nutton (2008) e De Marco (2010). Assim como, a herança de estudos que ela carrega faz com que a sociedade deposite nos médicos muitas esperanças, dentre elas a de cura para as mais variadas enfermidades. Os alunos de medicina apesar de estarem ainda na fase acadêmica já vivenciam essas demandas por meio de cobranças ao longo de sua graduação, assim como, na relação médico paciente, com a presença de aspectos em torno da morte e os limites de sua terapêutica diante de seu vínculo com a ciência.

Então, retornando ao caminhar histórico, o advento do século XIX trouxe importantes mudanças para atuação do médico, como salientado por Nepomiachi (2018). Segundo esse autor, o advento da física e química viabilizou novas modalidades práticas à medicina em sua ligação com a ciência, as quais repercutem até os dias atuais. Além dessas modificações, Cartelle (2010) informa que isso foi possível, também, na articulação entre ciência e o capitalismo, que repercutiu em novas tecnologias. Contudo essas pontuações serão mais explanadas no item “A Prática médica”.

Essas transformações não somente implicaram mudanças no âmbito do fazer médico, mas também na sociedade como um todo e nos vínculos sociais. Então, a seguir será trabalhado aspectos em torno da contemporaneidade, a partir da psicanálise.

Na tentativa de entender ou discutir os efeitos sobre a subjetividade na contemporaneidade será feito uma articulação com as formulações de Lacan sobre os três registros Real, Simbólico e Imaginário (RSI) e a função paterna para auxiliar a pensar e desenvolver sobre a organização da contemporaneidade e como ela trás efeitos ao sujeito logo aos estudantes de medicina.

1.1.2 O tempo em que o estudante está inserido: a contemporaneidade

Campos (2011) informa que até o século XIX vivia-se numa sociedade de produtores, e como aponta Foucault (2014[1979]), antes do nascimento do hospital, o médico era aquele que frequentava as casas dos pacientes. O advento do capitalismo trouxe uma nova ordem social, haja vista que houve uma mudança na lógica da relação entre as pessoas, que passou a ser mediada pelo dinheiro e, como apontado por Cartelle (2010), esse sistema articulado com a ciência trouxe novos maquinários que adentraram a vida das pessoas após o século XIX.

Como visto na medicina, isso refletiu em um novo papel ao médico, que passa pela sua prática hospitalar, pois, segundo Foucault (2014[1979]), o hospital surge com o intuito de manter vivos aqueles soldados de guerra treinados para empunhar uma arma. Haja vista que durante as guerras os soldados selecionados passavam meses em treinamento antes de seguir para o *front* (ALEKSIÉVITCH, 2016), pode-se dizer que um valor financeiro considerável era investido nesses homens e mulheres, o que não permitia que fossem dado baixa ao não ser que fosse no campo de batalha.

Em torno dessas repercussões à sociedade, Campos (2011) desvela o enfraquecimento dos referenciais paternos, significantes que eram comuns até o final do século XX, como o pai, os mestres e os professores, cuja representatividade foi diminuída nos quesitos autoridade e identificação que possuíam até então no campo do Outro. Para essa palavra, "Outro", lê-se "grande outro", representada pelo matema "A", que é tudo aquilo que antecede o ser. Nesse "tudo", podem-se apontar a família, a sociedade e seus ideais, na medida em que o Outro é, como diz Lacan, "o tesouro dos significantes", e que remete ao código de linguagem partilhado em dada cultura e determinada época.

O sujeito, para se constituir psiquicamente, necessita de que esse Outro o inscreva a partir do traço unário, ou seja, da introdução primária de um significante (S1) (LACAN, 2005 [1962-1963]). Isso porque a linguagem se encontra no campo do Outro, logo, também, portador da cadeia de significantes (S1, S2, S3...), comandando assim tudo que vai presentificar o sujeito, e de onde ele deve advir (LACAN, 2008 [1964]). Ou seja, nesse campo se encontra o código que é partilhado por todos de uma mesma cultura e que permite, portanto, todas as articulações significantes e todas as significações, ou articulação de linguagem. O significante corresponde à imagem acústica ou manifestação fônica do signo linguístico. O outro elemento do signo – o significado – só se define pela articulação de um

significante a outro. Por isso a afirmação de Lacan de que o significante (S1) é o que representa o sujeito junto a outro significante (S2), logo o sujeito pode advir entre S1 e um S2. .

Retomando, Campos (2011) acrescenta que, o que era conhecido como grupos tradicionais, identidades sólidas e relações concretas, foram sendo substituídas por relações abstratas, fluidas e funcionais. Gannam (2018), em seu trabalho sobre os estudantes de medicina, segue nessa articulação, a partir dos trabalhos de Bauman (1998), da presença de uma sociedade líquida como influenciadora do mal-estar entres os alunos.

Tais mudanças sociais já haviam sido vislumbradas por Lacan (2003[1938]), em "Os complexos familiares", por meio da elaboração de uma teoria sobre a queda da imago paterna, que Campos (2011) descreve, de uma forma bela, como uma nova ordem que já vinha sendo anunciada no apagar das luzes do século XX, donde advém uma precarização da eficiência Simbólica, uma fugacidade do Imaginário e as eventualidades do Real.

Explica-se que em torno desses termos – Real, Simbólico e Imaginário – Lacan, ao longo de toda a sua obra, trabalha com esses registros, que considera como dimensões da experiência subjetiva, ou psíquica, do sujeito; assim como a forma de pensar a articulação entre RSI, vai sendo modificado conforme o avançar de seu ensino. Segundo Beneti (2012), no período de 1953 a 1964, Lacan trabalhou um retorno a Freud, em que se estabeleceu uma primazia do simbólico. No seu último ensino, Lacan informa que os registros são autônomos, equivalentes e independentes, e o que faz articulação é o quarto nó, que é o *sinthoma*; nele apresenta a clínica do Real e a elaboração do objeto *a*.

O objeto *a* pode ser lido como "objeto pequeno a" (LACAN, 2005[1962-1963]). Para entendê-lo melhor Lacan (2007[1975-1976]) indica que o encontro do sujeito com a linguagem gera um furo, sendo da ordem do trauma; em outras palavras, algo da ordem do traumático. Dessa operação, por um lado, resulta a divisão do sujeito, por ser atravessado pela linguagem, e, por outro, algo cai, não sendo passível de ser simbolizado, ou seja, envolto pelos significantes vindos do Outro. Esse objeto se torna para sempre a causa de desejo do sujeito, pois, também, advém de uma primeira experiência de satisfação que a pessoa não consegue repetir, passando a vida em busca desse objeto, mas dele só consegue se aproximar. O sujeito, então, o supõe no campo do Outro. De toda forma, frisa-se que, para a presente pesquisa, ao serem trabalhados os conceitos de Lacan, será considerado o seu último ensino

Lacan (2007[1975-1976]) afirma que o Real é sem lei, aquilo que o sujeito não

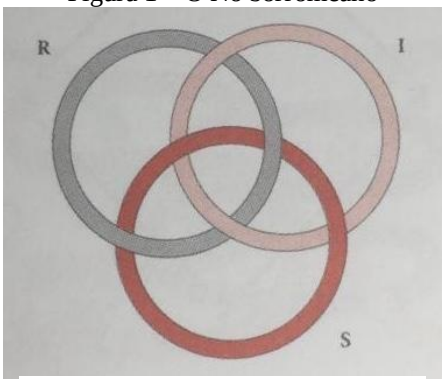
consegue prever e de que não consegue se proteger, nem mesmo através da ciência. Em contrapartida, a ciência acredita que a natureza tem uma ordem e que pode dar conta disso, contudo em certo momento ela se depara com o Real, como diz Briole: “No ponto da ruptura entre a causa e o efeito, surge o Real sem lei” (BRIOLE, 2014, p.15).

Para atualidade Miller (2014) aponta que há uma grande desordem no Real no século XXI. Mas, anteriormente o autor destaca, em torno da teorização de Lacan, que o real se disfarçava de natureza, parecia ser a manifestação do conceito de ordem, como um retorno do real sempre ao mesmo lugar, que para ilustrar fala dos ciclos das estações. E o qual pode-se dizer o real como natureza era o Outro do Outro.

Por sua vez, no Imaginário se trabalha a questão da imagem do eu em articulação com a relação com o Outro. Destaca-se que a ordem simbólica também trabalha nesse campo e com a imagem, haja vista que o símbolo é uma imagem, no entanto o Imaginário se tem unicamente a imagem, enquanto no Simbólico há a presença dos significantes advindos do campo do Outro (LACAN, 1988[1955-1956]).

Lacan (2007[1975-1976]), em seu último ensino, apresenta a teoria em que esses três registros se encontram enlaçados, e, para trabalhá-los, utiliza-se de uma figura topológica a partir de três aros que fazem analogia a cada um dos registros, como apresentado na Figura 1.

Figura 1 – O Nó borromeano

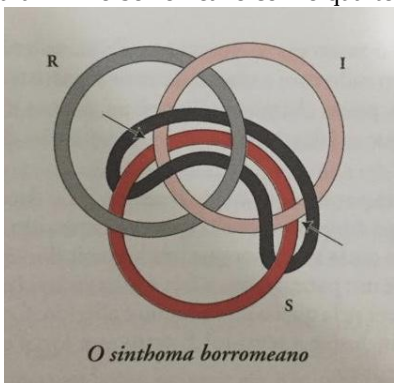


Fonte: Lacan, 2007[1975-1976], p. 21

Os aros são independentes entre si, e basta que apenas um se solte para que os outros dois se desfaçam. No entanto, com o desenvolvimento lógico de sua teoria, Lacan acrescenta que tais registros precisam de um quarto elo para enodá-los, o que inicialmente chamou de Nome-do-Pai, que exerceria a função paterna, que será mais bem explanada a seguir. No seminário inacabado, o autor já deixa claro e informa que o Nome-do-Pai não é o único elemento capaz de fazer a amarração dos três registros, ou seja, pode-se ter outros elementos

fazendo essa função, sem ser necessariamente o elemento significante fundamental, que é o Nome-do-Pai. Então, Lacan (2007[1975-1976]) fala da existência do *sinthoma* como esse que vai enodar os registros. Conforme apontam Capanema e Vorcaro (2017), ele inicia essa construção somente no final do seminário RSI ([1974/1975]) e consolida-a no seminário *O sinthoma* (2007[1975-1976]), a seguir visto na Figura 2:

Figura 2 – Nó borromeano com o quarto aro



Fonte: Lacan, 2007 [1975-1976], p. 91

Nesse nó, verifica-se a presença dos três elos que representam os três registros – Real (R), Simbólico (S) e Imaginário (I) – e entre eles um aro, na cor preta, que os une, que é o *sinthoma*.

Ao longo da teoria psicanalítica, sobre função do pai, Freud (2012[1912/1913]) afirma que o pai é aquele por meio do qual se instaura uma lei. O autor explana sua teoria a partir do relato de um mito de um pai todo-poderoso que podia ter acesso a todas mulheres. Esse fato causa revolta nos filhos, que o assassinam. No entanto, como só após a sua morte percebem que o amavam, esse amor é transformado em sentimento de culpa, que recai sobre eles. Logo, a palavra do pai é convertida em lei simbólica.

A isso Freud relaciona à castração, pois afirma em sua teoria que a primeira relação de um ser é incestuosa, haja vista que a criança é tomada pela mãe como objeto de amor, e a função do pai é de barrar a mãe desse desejo de ter a criança só para si. Dessa forma, nesse texto Freud coloca o pai com uma função estruturante do psiquismo do sujeito, a qual instaura uma lei e barra o gozo desmedido materno. Lebrun (2010) afirma que Lacan, ao reler Freud, possibilita um passo fundamental: ir do mito à estrutura, elevando a função do pai, do mito, à estrutura e elaborando os conceitos de Nome-do-Pai e de metáfora paterna.

Lacan (1988[1955-1956]), em seu livro *Seminário 3 – As psicoses*, esclarece que se trata de uma relação imaginária que em si acaba em ruína, dissolução, posto que o ser

humano, para conseguir se estabelecer entre ambos, ou seja, entre um macho e uma fêmea, necessita ter um modelo de uma harmonia, vindo de um terceiro que porta a imagem de alguma coisa bem-sucedida. E é necessária essa ordem simbólica – "intervenção da ordem da palavra, isto é, do pai" (p. 118), que vem não do pai natural, mas daquele colocado como pai, e que funda uma existência do Nome-do-Pai, ou seja, significante mestre que se articula à função paterna e permite a ordenação subjetiva dos sujeitos e a instauração de uma lei.

No seminário "As formações do inconsciente", Lacan (1999[1957-1958]) traz para o conceito da função paterna o de metáfora paterna, como uma derivação do conceito de Nome-do-Pai do ensino anterior. Em torno dessa metáfora afirma que o pai é um significante que substitui outro significante, assim se trabalha com o Simbólico e por isso o pai é uma metáfora.

Após esse trabalho, Lacan começa a fazer uma nova formalização do Nome-do-Pai, retirando-o do âmbito do Simbólico e transportando-o a um outro patamar. Nesse segundo momento de sua clínica, o psicanalista trabalha com a construção do objeto *a*, que é uma das descobertas de seu ensino, e transforma o Nome-do-Pai, no singular, na pluralidade dos Nomes-do-Pai.

Então, no que concerne à psicanálise de orientação lacaniana, vem sendo pensado um "declínio da imago paterna", destacando-se uma das referências fundamentais de Lacan em seu primeiro ensino, o chamado "Nome-do-Pai", elemento simbólico que se articula à função paterna e permite a ordenação subjetiva dos sujeitos e a instauração de uma lei, e que também enfraqueceu em sua funcionalidade. Lebrun (2010) explana que isso pode ser considerado o mais agravante sintoma associado ao laço social. Ou seja, tendo a função paterna, a responsabilidade de articular significantes mestres para estruturar um Ideal de Eu que auxilie o sujeito em suas escolhas, assim como na sua articulação com as outras pessoas, a sua vacilação ocorre porque foram operadas mudanças que levaram a um enfraquecimento dos referenciais.

Em torno dessas mudanças articula-se, a partir de Millller (2014), os discursos prevalentes da modernidade que são o discurso capitalista e o discurso da ciência, que desde suas origens modificam a estrutura tradicional da experiência humana. O autor esclarece que a presença de uma ordem simbólica cuja pedra angular é Nome-do-Pai, foi atingido e desvalorizado por esses dois discursos.

E Laurent (2007) em *A sociedade do sintoma- a psicanálise hoje* pontua mudanças históricas associadas ao surgimento do objeto *a*. Dentre as mudanças, destaca: o surgimento do sistema capitalista, que mudou, como apontado por Miller (2014), a forma das pessoas se relacionarem, pois o vínculo entre elas, em determinados momentos, começou a ser mediado pela mais-valia; o fim da Primeira Guerra Mundial que adveio um afeto que repercutiu em um sentimento de inutilidade social diante das várias mortes dos europeus; a eclosão da Segunda Guerra Mundial, a civilização buscou tratar a angústia decorrente da Primeira Guerra acreditando e incentivando uma reestruturação de um "todo" na ausência de uma civilização toda; Por fim, Maio de 1968 foi o ápice da queda dos referenciais, significantes mestres.

A partir dos desdobramento desse momento histórico (maio de 1968), Lacan chega a formulação lógica de uma sociedade não-toda (LAURENT, 2007), destaca que se vive numa época em que não se acredita mais num futuro dos mercados comuns, e sim em que prevalece a incerteza do mercado global. Isso faz com que a sociedade nem sonhe com um todo harmonioso (LAURENT, 2007).

Um dos resultados para isso é o que Laurent coloca em torno do significante e o Outro:

> A angústia leva a "refazer o todo" em uma situação na qual o sujeito não crê mais no significante um. O esforço para tornar o Outro todo repousa sobre o insuportável de uma ausência de garantias de gozo. Assistimos então a um duplo movimento. De um lado, apelos "populistas" para refazer o todo. De outro, tentativas de reencontrar o gozo por intermédio de um acesso em curto-circuito (LAURENT, 2007, p. 169)

Em outras palavras, Laurent fala que, a partir dessas mudanças que foram ocorrendo ao longo da história, fez com que o sujeito contemporâneo se deparasse com um Outro inconsistente, haja posto que os referenciais - e já foi dito anteriormente que os significantes existem nesse campo - são frágeis, levando as pessoas a fazerem de tudo para fazer consistir uma solidez nesse campo a todo custo, como apontado a seguir.

Lacadée (2011), comentando o que Lacan (2003[1938]) apontou, diz que este já estava antecipando à sociedade o que viria a ser o campo do gozo, e não o ideal a orientar o sujeito; cita Miller – "época em que o Outro não existe" (p. 109) – e explica: "no sentido de que não acreditamos mais em seus ideais em nossa vida" (p. 109).

Desse fragmento, que para Laurent mostra a necessidade que o sujeito tem de fazer o Outro consistir, destaca-se que muitas pessoas lançam mão do uso de drogas, levando à overdose, e de tantas outras formas mortíferas para fazer existir o Outro dentro de si. Ou seja,

formações sintomáticas cada vez mais mortíferas. Disso o autor levanta duas formas de subjetividade contemporâneas: 1) o crepúsculo do dever e 2) a busca de um sintoma em que valeria a pena acreditar. No quesito 1) se denota que há um declínio do ideal que acompanha a existência de gozo. “Trata-se, sobretudo, de suportar a inconsistência do Outro, sua ausência de garantias, sem ceder ao imperativo de gozo do supereu”. Então, conforme o autor, é fazer valer a existência de sintomas que implicam um gozo sem limite na sociedade atual.

Dessa forma, o que foi exposto anteriormente sobre o lugar da medicina na atualidade e sobre as características da contemporaneidade e seus possíveis efeitos sobre a subjetividade articulam-se ainda ao momento específico em que esses estudantes de medicina fazem sua escolha profissional. Ou seja, destaca-se também o fato de que os estudantes são pessoas jovens, fazendo essa importante escolha justamente no período da adolescência (RAMOS-CERQUEIRA e LIMA, 2002; FIEDLER, 2008; BULAMAH, 2010). A adolescência, conforme ratifica Stevens (2016[2001]), é o momento em que ocorre uma reordenação do sintoma e da fantasia no sujeito, mas principalmente um momento em que ele está saindo da adolescência e precisa fazer escolhas; logo, necessita de um Ideal de Eu bem constituído para esse propósito. Então, é necessário fazer uma breve digressão para abordar rapidamente a adolescência a partir da psicanálise.

Bulamah (2010), psicanalista com influência de Winnicott, realizou uma investigação sobre o universo psíquico de estudantes de medicina que apresentaram queixas de má adaptação ao curso e assim buscaram ajuda. O autor para articular a adolescência com os estudantes de medicina, destaca que esse é o período em que ocorre a escolha da carreira profissional (ou a tentativa disso), e, pautado nas colocações de Aberastury (1988), analista com referência em Melaine Klein, pontua que os jovens precisam fazer o luto de um corpo de criança e estabelecer uma nova relação com os pais a partir da escolha de outros referenciais paternos para se identificar e implicar uma identidade própria.

Então, em consonância com o que Bulamah (2010) e Aberastury (1988) esclareceram, Miller (2015), analista com referência em Lacan, reconhece a importância dessa fase e destaca que, de modo geral e por muito tempo, a psicanálise se interessou pelos problemas advindos de três frentes: 1) a saída da infância, que concerne ao que Aberastury (1988) e Bulamah (2010) sublinha como um tempo de emancipação dos pais; 2) a diferença dos sexos, que contempla o que Freud (2016[1905]) explanou nos “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”; 3) a imiscuição do adulto na criança, o que estaria ligado ao desenvolvimento

da personalidade, e que se compreende como uma invasão do adulto no corpo e na subjetividade da criança. Nesse terceiro ponto, Drummond (2016) destaca que isso faz referência aos moldes da articulação entre eu ideal e Ideal de Eu.

No entanto, Miller (2015) ressaltou que há na atualidade uma nova adolescência que é afetada pelo mundo contemporâneo, pelo Real, que traz, como mostrado por Campos (2011), como que uma fragilidade da ordem simbólica, o que direciona as escolhas do sujeito mais pelo campo do gozo do que pelo Ideal de Eu.

Miller (2015) acrescenta a presença de um mundo digital que abre uma variedade de escolhas. Disso resulta nos jovens, não um processo de desligamento dos pais, mas sim, na atualidade, de conseguir figuras de referência sólidas para se ligar (AMADEO, 2016). Por isso, Brodsky (2016), no prefácio do livro *El adolescente contemporáneo: problemas clínicos*, informa que os psicanalistas do Instituto Clínico de Buenos Aires abordam os problemas dos adolescentes contemporâneos como algo da travessia do Real que se apresenta a eles.

Ou seja, Brodsky (2016) fala da irrupção de um Real avassalador, diante do qual o sujeito não consegue, em muitos casos, dar consistência simbólica para o que se apresenta em sua frente. Trata-se de um mundo atual mediado por relações enfraquecidas, diluídas, juntamente com um mundo digital que traz mudanças a cada instante. E, como apontado por Miller, época em que o Outro não existe. Isso leva as pessoas a terem reações para consistir o Outro, no entanto elas tomam medidas pautadas num modo de gozo. Laurent (2007) destaca que os sujeitos, na atualidade, fazem escolhas sintomáticas para consistir a presença do Outro.

Stevens (2016[2001]) afirma que na adolescência ocorre uma reestruturação do sintoma e da fantasia; ou seja, a criança, durante a infância, encontra estabilizações para suas pulsões no sintoma e na fantasia elididos, mas entra em uma fase de latência até a chegada da puberdade, junto com o Real da sexualidade, levando o sujeito à escolha de um novo sintoma. Tanto esse autor quanto Cosenza (2018) sublinham que a adolescência é o momento de estabilização das pulsões.

Stevens (2016[2001]) afirma que uma saída normal da adolescência para a vida adulta é um momento em que se fazem escolhas, entre elas a de uma profissão, o que se compreende como uma forma de se colocar no mundo e no laço social. Em outras palavras, Lacadée (2011) diz que o jovem escolhe uma abertura significante em direção ao social. Então, citando Miller comentando o *Seminário, livro 5*, de Lacan (1999[1957-1958]), o autor diz:

> Digamos primeiro que é necessário que na adolescência se restabeleça este sentimento de vida, ou seja, que apesar do que muda em sua imagem corporal, seja possível reconstituí-la. Nem sempre é tão fácil dar-lhe um espaço em que a angústia possa escoar; e quando não se consegue, isto pode ser causa de suicídio para o adolescente. Não desenvolverei a questão do suicídio do adolescente, mas vocês têm um exemplo pertinente disso na peça de teatro de Frank Wedekind *"O Despertar da Primavera"*. Um dos adolescentes se suicida por não poder reabilitar seu corpo movido de nova maneira pelas pulsões, como a situação na qual esta imagem do eu não pode se estabilizar. Lacan nos indica que, a partir de então, o sujeito tem certo trabalho e certa escolha a fazer (STEVENS, 2016[2001], p. 10 tradução nossa).

O autor explica que a ideia de sentimento de vida consiste em uma permanência de si, de "sermos nós mesmos", e, a partir da teoria de Lacan, afirma:

> [...] é necessário que o sujeito se oriente para o que escreve com I maiúsculo, que é o Ideal de Eu. O que é isso? É fundamentalmente uma escolha articulada ao significante, é a escolha de um nome, de uma profissão, de um ideal, de uma mulher, de um homem. É a escolha de um sintoma com sua envoltura significante. A escolha de uma profissão é um sintoma (STEVENS, 2016[2001], p. 10 tradução nossa).

Stevens (2016[2001]) destaca que os jovens que caminham bem nesse processo de sair da adolescência têm em torno de 20 anos, tendo feito essa série de escolhas. No entanto, em determinados momentos, isso não se opera de forma saudável e de certa forma leva a possibilidades de saídas em que o sujeito pode tomar o suicídio como solução ou a situações em que ele mutila o corpo e a outras formas de comportamento de risco.

Segundo a psicanálise, desde Freud e com Lacan, o Ideal de Eu se forma a partir da função paterna, e, como já citado, essa função se mostra enfraquecida na atualidade, e o que as pessoas estão fazendo são escolhas articuladas ao seu gozo, e não se utilizando dos Ideias de Eu postos pela sociedade.

Então, acredita-se que esses estudantes de medicina são afetados por dois vieses: 1) serem jovens e estarem saindo da adolescência para fase adulta, e tendo que fazer escolhas, entre elas a escolha profissional em um momento em que o mundo contemporâneo não lhes fornece muito suporte para isso; 2) terem dificuldade na articulação com o laço social, fazendo-os possivelmente buscar isoladamente meios para lidar com suas dificuldades emocionais ou de qualquer outro tipo.

A escolha de uma profissão costuma ser feita na adolescência, como apontam Bulamah (2010) e Stevens (2016[2001]). Pergunta-se, então, como fica a escolha para esses

estudantes? Como é feita? E, para dar continuidade a esse questionamento, destaca-se a dúvida de Millan et al. (1999): "[...] é difícil entender o motivo pelo qual uma determinada pessoa busca viver tão próxima da morte, sendo que muitas vezes é o que mais teme e o que mais deseja ver longe de si mesma" (p.75). A seguir será abordada a escolha por medicina com base nas afirmações de autores da própria área da saúde e da psicologia, para então se falar do olhar sobre isso a partir da psicanálise.

1.1.3 Dentre as várias profissões: a escolha por medicina

Millan et al. (1999) afirmam que, quando vão escolher o curso de medicina, os sujeitos consideram algo em torno de uma vocação médica, o que poderia ser analisado com base nas motivações conscientes e inconscientes dessa decisão. Neto et al. (2007) concordam com Millan et al. (1999) quanto à importância dessas motivações, mas acrescentam que há, também, a realidade social e oportunidades que influenciam a escolha.

No que concerne às escolhas conscientes, Millan et al. (1999) destacam o interesse pela biologia, a influência de terceiros, principalmente de pais médicos, e a possibilidade de ajudar, tratar e curar. As motivações inconscientes supõem a impotência ou a ideia de que, por meio de sua profissão, podem salvar muitas vidas. Neto et al. (2007) sugerem, também, a necessidade de reparação, negação da dependência, defesa contra doenças e morte, e busca de onipotência

Então, a partir da teoria psicanalítica, a escolha por algo é, conforme Freud (2010[1912]), realmente influenciada por questões conscientes e inconscientes, balizadas pelo modo como o sujeito escolheu seguir sua vida. Assim, como Stevens (2016[2001]) pontuou, a escolha de uma profissão é sintomática.

O sintoma, tanto na obra de Freud quanto na de Lacan, é uma formação do inconsciente; no entanto, o desenvolvimento desse conceito não é homogêneo e passa por modificações ao longo do arcabouço teórico desenvolvido. Freud (2014[1926]), mais para o fim de suas contribuições, informa que o sintoma é indício e um substituto de uma satisfação pulsional que não ocorreu, haja vista a presença do recalque, renovando suas exigências de satisfação, o que leva o Eu a elaborar defesas diante dessa requisição de satisfação. Ou seja, conforme a leitura de Maia, Pereira e Fontes (2012), o sintoma surge como forma de restabelecer uma homeostase causada pelo conflito psíquico, mas em contrapartida tem como

produto uma satisfação que perturba. Tais elaborações fizeram com que Freud se perguntasse como uma satisfação da pulsão pode gerar desprazer, e no texto "Análise terminável e interminável" (2018[1937]) ele mostra que o sujeito fica diante de uma impossibilidade de satisfação pulsional, de um limite, logo de eliminação do sintoma da neurose.

Já para Lacan, há nesse limite um sofrimento e uma satisfação, e o sintoma como sentido da tentativa de tamponar a falta fundamental daquilo que a língua não consegue recobrir (MAIA; PEREIRA; FONTES, 2012), falta essa apontada anteriormente, sendo o resultado do momento em que o sujeito adentra na linguagem, o qual trata a partir do sintoma. Assim, afirma-se que tanto a fantasia quanto o sintoma são algo singular de cada sujeito e que são norteadores de como cada um seguirá sua vida, pois se articulam ao modo de gozo de cada sujeito.

Assim, respondendo à pergunta de Millan (2005), a escolha por medicina envolta de dor e sofrimento é possível, pois a escolha de uma profissão aponta, também, para algo muito singular de cada sujeito, que é a forma de gozo; apesar de girar em torno de aspectos possivelmente dolorosos aos sujeitos, eles a sustentam, pois, mesmo gerando um desprazer, o sintoma causa satisfação. Trata-se de desprazer pela via do sintoma e de prazer pela via da fantasia, pois, segundo Miller (2007), a fantasia é a máquina que transforma em prazer o desprazer.

Freud (2010[1930]) ensina que, diante de algo que causa incômodo, o sujeito (aqui abordando-se um sujeito já estruturado psiquicamente, seguindo sua vida errante), pode elidir pela fuga, pela busca de felicidade ou pelo uso de drogas que causem modificações em sua percepção no corpo. Freud (2017[1926]) trabalha a existência de pulsões inquietantes que são difíceis de desvencilhar, quando o sistema falha e fazem com que venham à tona ocorre uma fuga para neurose.

Em torno do desencadeamento da neurose, toma-se o trabalho de Brodsky (2007) denominado "A alquimia histérica". A autora, então, aponta que o momento em que se dá o desencadeamento da neurose consiste no instante em que a defesa do sujeito fracassa e, quando alguma coisa fracassa, o *acting out* ou então os fenômenos corporais podem irromper. Como escreve: "quando alguma coisa recusada, não reconhecida, não acontecida, morde o corpo, este é o momento em que a histeria é verdadeiramente constituída" (p.41). O *acting out* conforme Lacan (2005[1962-1963]) pontua no *Seminário, livro 10: A angústia* é a forma

como o sujeito atua e que faz advir o objeto *a* na cena, e que sempre porta uma mensagem ao Outro.

E, para finalizar esse aspecto da subjetividade do aluno, se apresenta a influência que o âmbito social exerce sobre os estudantes. Millan (2005), ao responder à sua pergunta sobre a escolha dos estudantes por medicina, afirma que isso pode estar conectado a um tipo de vocação médica; e sobre esse termo esclarece, primeiramente, que já foi posto há muitos anos pelo pai da medicina, Hipócrates, que deixou claro os atributos que os médicos deveriam ter para poder seguir na sua prática, entre eles:

> Boa capacidade de observação, sem qualquer tipo de preconceito, deve ser honesto, altruísta, idealista, humilde, deve procurar aprender sempre e jamais seduzir seus pacientes. Deve evitar causar algum dado ao paciente, confiando sempre nas forças curativas da natureza (MILLAN, 2005, p. 107).

Millan (2005) aponta essas características como válidas atualmente. Baseado em seu trabalho com 163 alunos primeiranistas da FMUSP, no ano de 2000, os quais tinham entre 17 e 21 anos, o autor indicou: "[...] possuem uma personalidade integrada, são generosos, sentem prazer em ajudar as pessoas, sendo, portanto, altruístas" (p. 257). Mas o autor fez também uma revisão sistemática do termo "vocação médica" e destacou que foram encontrados vários trabalhos que abordam esse termo com outras palavras, e as dividiu em vários subgrupos, que, a partir dos trabalhos, falam tanto de vocação médica, identidade médica ou personalidade.

No entanto, do termo "vocação médica" depreende-se uma demanda que a sociedade deposita nesses estudantes, esperando que eles precisem ter determinadas características para poderem ser médicos. Dentre os trabalhos sobre esse termo, destaca-se a pesquisa desenvolvida por Baird (1975), que em um estudo longitudinal indicou que os futuros médicos eram geralmente brilhantes, bem-sucedidos academicamente e frequentemente de família com alto padrão social. E o trabalho de Bjorkesten et al. (1983) aponta para uma exigência de serem pacientes, responsáveis e inspiradores.

Então, a presença de todas essas características, estando os alunos inseridos em um curso tão exigente como o de medicina, leva a refletir: como poderia um aluno alcançar esse grau de excelência? Como se sentem esses sujeitos diante desse imaginário popular em torno do estudante de medicina? Isso pode se converter, conforme Quintana et al. (2008), em uma profissão idealizada pela população e deificada, como apontam Ramos-Cerqueira e Lima (2002), além de essas características postas pela sociedade poderem repercutir no psiquismo

do aluno como imprescindíveis para conquistar, haja vista que há uma demanda social para esse fim. Isso é possível pela lógica de que o sujeito supõe o seu desejo no campo do Outro (LACAN, 2005[1962-1963]), o que pode afetá-lo em seu narcisismo, pois, conforme Braga, Gutierra e Santos (2012), os estudantes se sentem frustrados ao se depararem com o ideal de curso, ou ideal de si, abalado pela realidade do curso, ou com o que precisam enfrentar ao entrar em medicina.

Nesse momento, a possibilidade de ressignificação ou atualização desses ideais dependerá da possibilidade de operação da relação desses sujeitos da forma como a castração simbólica, a partir de Freud (2010[1917/1915]), opera para eles, para assim, melhor ou pior, lidar com essa falta e com uma possível frustração.

Nos casos em que as defesas neuróticas vacilam, Deltombe (2010) destaca o surgimento de novos sintomas vinculados ao laço social e acrescenta entre eles a alcoolização em grupo, a bulimia e a anorexia, que podem se converter em fenômenos de massa. Miller (2015) se refere à adolescência como o momento em que a socialização do sujeito se dá por uma via sintomática: por exemplo, os casos em torno da "baleia azul" e outros modos de relação de grupos na internet, como as comunidades de bulimia e a anorexia. Em consonância, Freda (2016, p. 12, tradução nossa) afirma:

> Constatamos a ausência de ideais, incerteza quanto ao futuro e uma deflação generalizada do desejo é frequentemente resolvida em sintomas sem história, em passagens a atos violentos, em consumo de substâncias ou em adesão a grupos de pertencimento, que muitas vezes estão a serviço de interesses que os próprios adolescentes desconhecem. Os grupos de membros escolhidos por eles geralmente são consequências da segregação prévia infligidas sobre eles.

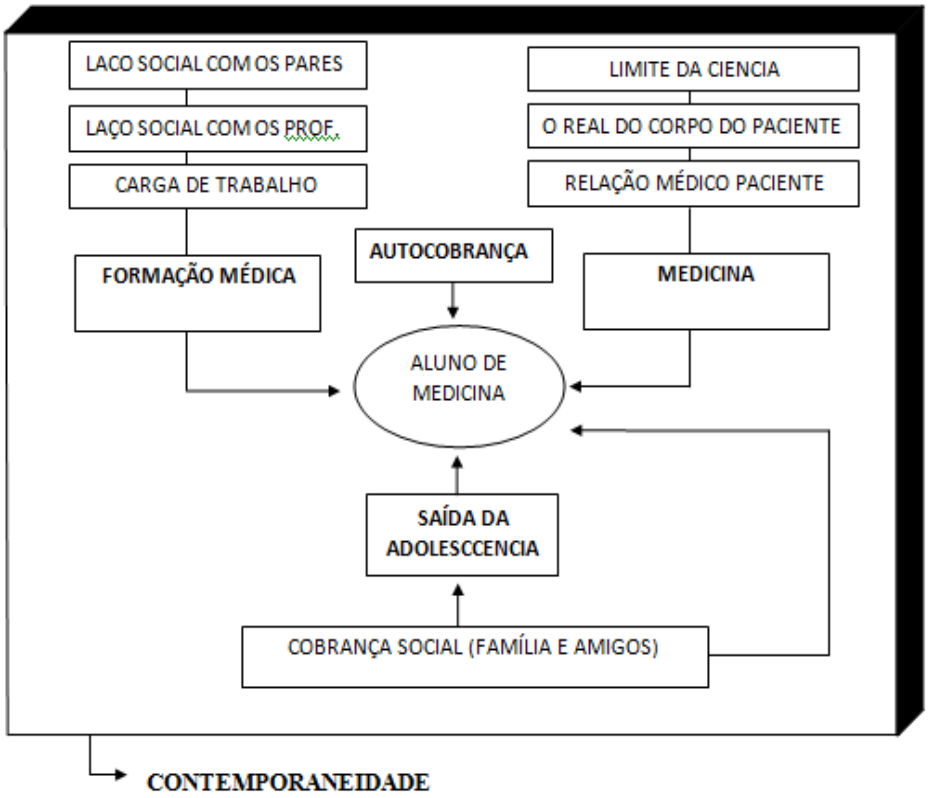
Articulados ao que foi pontuado por Deltombe (2010), destacam-se os casos de tentativas seguidas de suicídio, informadas por Collucci (2017) e por Damasceno (2017), de alunos da FAMINAS: atentados contra si em sequência. O que no caso da reportagem de Collucci nomeia como "Surto de suicídio". Diante dessa colocação, pergunta-se: trataria-se de uma epidemia, algo contagioso?

O "declínio da imago paterna", assim como o avanço do mundo virtual, que oferece várias possibilidades de escolhas, pode aumentar o mal-estar contemporâneo. Esses aspectos culturais geram uma desorientação e uma crise no laço social, ou seja, nas relações entre sujeitos, e a isso se ligariam os estudantes de medicina, que, além das vicissitudes do curso, vivenciam o final de sua adolescência durante a formação, um curso em que há muitas

disputas entre pares e um lidar diário com o Real que irrompe a partir da própria pulsão, da dor do outro, da impotência e da morte. Assim, vivenciar as pressões de um curso superior não é simples, ainda mais estando inserido neste mundo moderno, o qual contribui para o aumento de tensões que levam ao agravamento da saúde mental na universidade e a um aumento na frequência dos casos de suicídio.

Na tentativa, então, de sintetizar o que foi discutido até aqui, assim como de apontar os próximos pontos a serem trabalhados, como a formação médica e a prática médica, elabora-se o esquema abaixo, que apresenta os possíveis influenciadores do sofrimento nos alunos:

Esquema 1: fatores influenciadores do sofrimento psíquico do aluno



Nesse esquema, condensou-se o que foi explanado sobre a influencia das características da contemporaneidade e dos aspectos sociais sobre a juventude e a experiência de formação dos alunos. A seguir será falado sobre a formação médica e a prática médica.

1.2 Formação médica

Como já apontado, é no período da adolescência que esses estudantes iniciam a sua formação. A partir do momento em que decidem pelo curso, começam a se ver como profissionais da saúde e a se preparar para os obstáculos, até chegarem ao seu objetivo: tornarem-se um médico. Outro ponto importante para esse caminhar se concretiza ao terem seu nome finalmente inscrito na lista de aprovados. Conforme Farret (2007), nesse momento se abrem a novas esperanças e criam novas expectativas.

No que concerne às normas que envolvem a organização do curso, no Brasil a graduação em medicina é norteada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), conforme o Brasil (2001). No documento que aborda as DCNs, se destaca o artigo 3º, que informa:

> O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença (p. 1).

Em consonância com as DCNs se integram, como parte do ensino nas universidades de medicina, alguns modelos de ensino-aprendizagem. Dentre os principais destacam-se: o Flexneriano e o Aprendizagem Baseadas em Problemas (ABP). Em relação ao modelo flexneriano, consta que este teria sido criado por Abraham Flexner e se caracterizaria por uma formação científica de alto nível em que são fortalecidas as especialidades e disciplinas (REGO, 2003). No caso desse modelo, há a prevalência de princípios cartesianos, que, quando aplicados à formação acadêmica, contribuem para um paradigma reducionista e mecanicista da natureza humana (FIEDLER, 2008).

No que concerne à Aprendizagem Baseada em Problemas, tem-se um processo de ensino e aprendizagem voltado para o desenvolvimento da capacidade do estudante em desenvolver sua própria aprendizagem. Esse modelo de ensino estaria norteando a construção acadêmica do estudante de medicina da seguinte forma:

> Construir ativamente sua aprendizagem, articulando seus conhecimentos prévios com o estímulo proporcionado pelos problemas de saúde-doença selecionados para o estudo; desenvolver e utilizar o raciocínio crítico e habilidades de comunicação para a resolução de problemas clínicos, e

> entender a necessidade de aprender ao longo da vida (GOMES, et al., 2009, p.434).

No Brasil, quanto à organização do curso de medicina, a formação médica se dá em torno de seis anos, sendo dividida em três fases: ciclo básico, profissionalizante e internato (FIEDLER, 2008):

> No ciclo básico o aluno explora o homem biológico através das disciplinas de Anatomia, Histologia, Biologia, Fisiologia, Microbiologia, Parasitologia, além de medicina social, Estatística e Iniciação Científica, geralmente durante quatro semestres. O ciclo profissionalizante ou clínico abrange as quatro grandes especialidades: clínica médica, Cirurgia, Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia, e outras disciplinas como Semiologia, Patologias, Doenças Infecciosas, Radiologia, Psiquiatria, Medicina Legal, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Ortopedia, Nefrologia, Cardiologia, Dermatologia e Anestesia. O internato dura três ou quatro semestres e caracteriza-se pelo treinamento em serviço, com assistência a pacientes, sob supervisão do professor nas diversas especialidades (p. 38).

Sendo assim, a seguir serão apresentadas algumas fases do curso médico e suas vicissitudes.

1.2.1 Fases do curso de medicina

A entrada na universidade, como apontado anteriormente, é vivida com um misto de sentimentos, pois, por um lado, há a presença da alegria por terem entrado na faculdade e, por outro, de ansiedade diante do novo e por estarem lidando com frustrações decorrentes das mudanças específicas que se apresentam no início de uma graduação superior (TABORDA, 2015). A pesquisa de Lopes e Francesconi (2007) aponta os sentimentos dos estudantes ao entrarem na faculdade: ansiedade (37%), alegria (26%) e felicidade (16%); após um ano, as emoções se mantiveram assim: felicidade (48%), ansiedade (40%) e alegria (30%).

A graduação médica traz em seu bojo muitas exigências aos estudantes: o domínio elevado de material didático em um curto espaço de tempo, as cobranças, a carga horária integral, a relação entre pares e algumas vezes permeada de disputas, a relação com os professores muitas vezes conflituosa e o desafio dos primeiros atendimentos clínicos (ROCCO, 1992; BRAGA; GUTIERRA; SANTOS, 2012; CHINATO; D'AGOSTINI; MARQUES, 2012).

Nessa etapa, parte dos alunos se depara, primeiramente, com a necessidade de

mudança da cidade de origem, considerando-se que muitos centros de ensino se encontram nas capitais dos estados. Sendo assim, o jovem precisa apresentar os recursos psíquicos adequados para lidar com tal situação, que inclui ausência de amigos e familiares (TEIXEIRA et al., 2008). Esse fator colabora para o mal-estar do estudante, visto que ele atravessa uma perda de referenciais ou um isolamento para não entrar em contato com outra cultura (MATOS, 2017). Segundo Teixeira et al. (2008), a mudança de cidade pode ser vivenciada de duas formas: de um lado, a dificuldade de ficar sozinho; de outro, um amadurecimento frente à independência conquistada.

O ingresso na faculdade é marcado, geralmente, pelo trote, prática de recepção comum dos calouros, em várias faculdades. Conforme Valle et al. (2007), isso tem um significado importante, além de que de certa forma é a primeira possibilidade de socialização na graduação e a qual alivia a ansiedade dos ingressantes, apresentando-se como uma forma de os alunos entrarem em contato com as pessoas com as quais irão dividir os próximos seis anos de sua vida. Os trotes podem ir de ter os cabelos cortados a pedir dinheiro para ter as mochilas "sequestradas" devolvidas, todos realizados com uma dose de orgulho e alegria, parte fundamental de uma transição que veio de um longo período de preparação, segundo Farret (2007), mas ressaltando novamente que o futuro exige bastante dedicação. É nesse momento que em geral se inicia a formação de grupos na universidade.

No início das aulas, os estudantes entram em contato com outro universo, que em muito destoa do da escola, menos estruturado, onde precisam gerenciar suas atividades e firmar novos vínculos de amizade (TEIXEIRA et al., 2008). A quantidade densa de material didático, com linguagem rebuscada (ainda a ser apreendida), e a mudança de status social da passagem para ser um universitário interrogam os sujeitos e os colocam em situações que os pressionam a mudar para poder se adaptar (BRAGA; GUTIERRA; SANTOS, 2012).

A graduação em medicina tem como uma de suas características a mudança de exigências e dificuldades que variam em cada ano da faculdade. Nos primeiros anos do curso, conforme apontam Ramos-Cerqueira e Lima (2002), Trindade e Vieira (2009) Alexander et al. (1992), a idealização inicial acaba resultando em frustração, assim como são comuns queixas em relação à didática das aulas e às disciplinas básicas, pois elas são um adiamento do seu contato com a prática.

Em contrapartida, algumas matérias básicas são completos desafios aos estudantes, pois são difíceis de lidar, como, por exemplo, as aulas de anatomia, que, conforme Fiedler

(2018), é uma matéria própria desse primeiro ciclo. Sobre isso, apresenta-se o depoimento de uma aluna de medicina que relata sua experiência em uma aula de anatomia:

> [...] aulas de anatomia eram repletas de risadas... entrei na sala e notei que sobre uma das mesas havia "alguém" coberto com um lençol de lona... definitivamente era um "cadáver"... só os pés estavam descobertos... pés murchos, com uma cor estranha... a sensação que me arrebatou naquele momento foi de nojo, misturado com medo, com horror, não sabia se corria, se chegava perto, então, preferi ir sentar no meu lugar... uns colegas achavam muito interessante, outros soltavam um som qualquer e saíam com uma cara de nojo ou horror... até que um dos meus colegas gritou alto: "Timótio, esse é o nome dele"... a morte é necessária para aprendermos anatomia... bom, o nome ficou e pegou [...] inclusive eu o chamava assim [...] me acostumei.... a sala de anatomia é um marco na medicina, é uma primeira barreira a ser transposta nesse curso e nessa vida cheia de desafios (ROENICK, 2007 p. 200).

Deparar com um cadáver desenvolve no estudante de medicina um mecanismo de defesa que é imprescindível na sua futura profissão (MARTA et al. 2009). Segundo Fliess[1] (1954, apud MARTA et al., 2009) inicialmente, esse primeiro contato é difícil, mas depois eles o podem tomar como objeto de satisfação.

Assim, a entrada do estudante no curso de medicina envolve muitas mudanças, pois os jovens estavam adaptados a um ritmo de estudo que, na faculdade, se torna bem diferente ao se depararem com a rotina do curso. Além da quebra da idealização do curso como apontado por Ramos-Cerqueira e Lima (2002) e Arruda e Millan (2008), têm que lidar também com a crescente conscientização sobre os problemas existentes na profissão médica; somada a tudo isso, sublinha-se, ainda, a presença de uma personalidade que costuma ser auto exigente.

O trabalho de Fiorotti et al. (2010), em pesquisa feita com alunos de cada fase do curso, mostra maior presença de Transtornos Mentais Comuns (TMC) nos alunos ingressantes no curso, ou seja, do 1º ao 4 º período. Dessa forma, pode-se afirmar que o primeiro ano de ingresso na universidade é bastante crítico em decorrência das mudanças implicadas. Para Teixeira et al. (2008), bem como para Pascarella e Terenzini (2008), a experiência do primeiro ano é de fundamental importância para a permanência ou não do aluno no curso, assim como para o seu sucesso acadêmico.

[1] Fliess R. The autopsie encumbrance: some remarks on na unconscious interference with the managment of the analytic situation. Int. J. Psycholanal. 1954;35:8-12

No que tange aos alunos veteranos, existem os entraves concernentes às expectativas de inserção no mercado de trabalho e à busca de estágios. Aliada a esses fatores, há ainda a dificuldade financeira que pode afligir alguns deles e, também, se presentificar ao longo de toda a graduação (BONIFÁCIO, 2011). Ou até mesmo após a formação, pois conforme Nascimento-Sobrinho et al. (2006) é uma profissão que para se ter um equilíbrio financeiro é necessário uma sobrecarga de função. E em uma fase, que segundo Birman (2008), há a presença de uma mercado de trabalho inchado. Quanto a isso, Matos (2017) acrescenta que, no meio acadêmico, são comuns as disputas por melhores colocações na relação com o professor, o que leva a uma rivalidade entre os alunos. É fato que os veteranos também puderam vivenciar dificuldades comuns ao início da faculdade.

O trabalho de Silver e Glicken[2] (1990), citado por Ramos-Cerqueira e Lima (2002), feito com 431 estudantes, detectou que 46,4% referiram alguma forma de abuso sofrido, e entre os relatos se encontram: excesso de trabalho e abuso de hierarquia e abuso verbal ou físico de pacientes, colegas, residentes ou docentes. Sobre isso, a reportagem de Collucci (2017) traz o relato de uma aluna da FMUSP que revela casos de alunos excluídos de grupos de estudo – ou das "panelas", como são conhecidos –, sendo malvistos e formando as famosas "panelas lixo", ou sendo excluídos e tendo que "mendigar" uma vaga num grupinho já formado. Pontua-se, também, o relato jornalístico de Damasceno (2017), que informa o caso de uma estudante da FMUSP que sofreu abuso sexual no "porão" da faculdade, sendo esse lugar um espaço de convivência entre os estudantes.

Como já relatado por Teixeira et al. (2008), uma das formas de lidar com as angústias inerentes ao curso é a formação de laços e vínculos que podem dar esse suporte emocional. É interessante pensar como pode ficar esse apoio diante de tanta competição e discriminação no meio da formação médica, sendo possivelmente normais os dados de Uhari[3] et al. (1984 apud RAMOS-CERQUEIRA; LIMA, 2002) que mostraram que, em pesquisa feita com 163 alunos, obtiveram uma elevada ocorrência de abusos, com 74,2% dos estudantes referindo ao menos um episódio – número realmente expressivo.

[2] SILVER, H.K. Medical students and medical school. **JAMA**, n.247, p.309-10, 1982.
[3] UHARI, M., KOKKONEN, J., NUUTINEN, M., VAINIONPAAL, L., RATALA, H., LAUTALA, P., VAYRYNEN, M. Medical students abuse: na internacional phenomenon. **JAMA,** n.271,p12-7, 1980.

Como forma de lidar com as dificuldades com as escolhas das “panelas”, foram aplicadas medidas no sentido de extinguir a livre escolha entre os alunos, ficando a cargo da faculdade a seleção dos grupos.

Entre as dificuldades experimentadas por esses sujeitos ao longo do curso, existem os entraves na relação aluno-professor, que, conforme Braga, Gutierra e Santos (2012), exigem dos estudantes uma postura de que tudo se deve saber, não se permitindo um lugar para o não saber, que movimenta e estimula o aprendizado, fato que prejudica a formação de uma identidade médica (RAMOS-CERQUEIRA; LIMA, 2002). Destaca-se, também, que esse vínculo com o professor é fundamental para o bom desenvolvimento da relação médico-paciente (ORELLANA-PENA et al., 2011; STOCK et al., 2012; RANCICH, et al., 2013), haja vista que geralmente esta é desenvolvida com base na observação do comportamento de professores, residentes, colegas e outros profissionais, conforme Grosseman e Stoll (2008). Por exemplo, no trabalho de Rancich et al.(2013) os alunos destacaram a presença de maus-tratos verbais, falta de interesse pelo aluno e avaliações injustas, motivadas por arrogância e falta de compromisso, o que desestimula o ensino e gera insegurança no vínculo com o paciente.

Por fim, Arruda e Millan (2008) ressaltam que com a chegada ao internato, fase final do curso médico, conforme Fiedler (2008), novas situações são apresentadas, como, por exemplo, o contato direto com a morte, o sofrimento pelo fato de usar o paciente como objeto sem nada poder dar em troca. Essas vicissitudes próprias da prática médica, mas que, como posto, repercutem na vida do estudante, serão mais bem explanadas no item a seguir.

Dessa forma, pontua-se que essas fases do curso de medicina possuem suas próprias especificidades e têm aspectos que são fontes geradoras de sofrimento para o estudante. Contudo, há entraves que são típicos de ocorrerem no exercício da profissão medica, mas que se apresentam já no curso de medicina.

1.2.2 Vicissitudes da formação médica imbricadas à prática médica

Como apontado inicialmente, os alunos têm um âmbito de sofrimento atravessado pelo fato de já estarem inseridos no contexto da prática médica, logo se cobram consideravelmente uma boa postura e vivenciam entraves próprios da medicina. Entre essas situações se verifica as seguintes: relação médico-paciente, contato com a morte e limites terapêuticos.

O aspecto em torno da morte e os limites da terapêutica advêm principalmente da relação com os pacientes, o que é comum ocorrer de forma mais prevalente durante o internato. Millan et al. (1999) esclarecem que o internato é caracterizado pelo encerramento do curso, atendimento aos pacientes, dedicação integral e escolha pelos alunos da especialidade a seguir. Trata-se, portanto, de um momento em que os alunos terão um contato intenso nos estágios da clínica médica. O trabalho de Querido et al. (2016) feito com 50 alunos do internato indicou estresse com a presença de sintomas potencialmente adoecedores, mas dificilmente vistos dessa forma pelos alunos, o que o autor considera muito importante de estudar, a fim de se pensar em medidas de prevenção para essa fase do curso.

A relação médico-paciente vem sendo há muito tempo desenvolvida e questionada, como pode ser visto nos trabalhos de Clavreul (1983), Lacan (2001[1966]) e Moretto (2001). Aqui se solicita então uma breve pausa no apanhado das vicissitudes do sofrimento dos estudantes retomar o surgimento da clínica médica e sua articulação com a relação médico-paciente.

Surgimento da clínica médica

Esse par, médico-paciente, é considerado antigo e remonta ao período da medicina hipocrática, como explica Daikos (2007). No entanto, essa relação passou por muitas mudanças ao longo do tempo, haja visto que a clínica médica, como tomada nos dias atuais, começou a ser construída em um tempo mais recente da história ocidental, assim como a função do paciente.

Na construção da clínica médica, Foucault (2015[1987]) destaca o século XVIII. Como apontado anteriormente, nesse período estava presente a medicina classificatória, onde o olhar era direcionado sobre aspectos qualitativos no corpo do paciente; depois no fim do século XVIII e início do século XIX, há o surgimento da medicina como ciência clínica, uma medicina que uniu anatomia e clínica, originando a medicina anatomopatológica.

Amaral e Ribeiro (2008) acrescentam que a clínica médica se tornou hegemônica no século XX e tornou o diagnóstico da doença preponderante sobre o doente. É o surgimento do modelo biomédico, baseado no estudo do corpo e da doença em detrimento da pessoa. Nesse período se consolidou a fragmentação corpo-mente, assim como a subdivisão do próprio corpo com as especializações iniciadas pela medicina.

Mudanças começaram a ocorrer nesse modelo tecnicista denominado biomédico. O advento dos trabalhos de Balint (1984) apontou para a importância de a medicina perceber o paciente e responder às suas demandas, assim como assinalou o papel do médico como agente terapêutico. Surge, então, o início de um questionamento ao modelo biomédico. Cassel (1991) acrescenta:

> A tarefa da medicina no século XXI será a descoberta da pessoa – encontrar as origens da doença e do sofrimento, com este conhecimento desenvolver métodos para o alívio da dor, e ao mesmo tempo revelar o poder da própria pessoa, assim como nos séculos XIX e XX foi revelado o poder do corpo (CASSEL[4], 1991 apud CAPARA; FRANCO, 1999, p. 648).

Nos anos 1960, a consciência da necessidade de um desenvolvimento da interação comunicativa entre médico e paciente foi se consolidando ainda mais, ampliada a partir dos estudos sobre psicologia médica (SCHNEIDER, 1994), análises psicanalíticas da figura do médico (GUGGENBHUL-CRAIG, 1983), e com as experiências do grupo Balint (1984), que incorporou a importância da psicologia na relação médico-paciente e a necessidade de formação psicoterapêutica (CAPARA; FRANCO, 1999). Outro autor, Gadamer[5] (1994 apud CAPARA; FRANCO, 1999), descreve a importância da familiaridade, da confiança e da colaboração como atributos da prática médica durante o processo de diagnóstico e tratamento, e que repercutem nos resultados da arte de curar.

Inicia-se, nesse momento, uma mudança na forma de lidar com o paciente, que desde a medicina classificatória, segundo Foucault (2015[1987]), começou a desconsiderar o olhar e a fala do paciente para se atentar ao médico.

Clavreul (1983) afirma que, com a desconsideração da fala do paciente, não há uma relação médico-paciente, e sim uma relação médico e doença. Moretto (2001) avança e afirma que hoje em dia, com a grande inserção do médico no ambiente hospitalar, ocorre uma relação doença e instituição.

Os trabalhos originados no Brasil sobre a temática da relação médico-paciente revelam que essa é uma relação difícil de ser manejada e que é imprescindível a presença de empatia e de um olhar humano. Isso se dá com a movimentação em favor da reintegração da dimensão

---

[4] CASSEL, E., 1982. The nature of suffering and the goals of medicine. *New England Journal of Medicine*, 306:639-645.

[5] GADAMER, H. G., 1994. *Dove si Nasconde la Salute*. Milano: Raffaelo Cortina Editore.

psicossocial ao ensino e às práticas em saúde, em prol da efetivação do modelo biopsicossocial em contraposição ao modelo biomédico, que se cristalizou no século anterior (DE MARCO, 2010).

Mas, do viés psicanalítico, os entraves dessa relação surgem primeiramente do fato de que o objeto de estudo da medicina desconsidera o sujeito presente no corpo adoecido, mas isso será explanado no eixo "prática médica" (NEPOMIACHI, 2018).

Essa relação, chamada também de Relação Médico Paciente (RMP), está imbricada com importantes pontos que afetam o aluno. O contato com o paciente é um dos principais receios causadores de estresse e nervosismo nos estudantes de medicina (NETO et al., 2007b). Entre esses receios há, também, o medo diante do início dos atendimentos (COSTA; AZEVEDO, 2010; NETO et al., 2007b); ansiedade e medo da morte perante as situações de terminalidade de vida (ANDRADE et al., 2014; MALTA et al., 2018).

Neto et al. (2007b) afirmam que é de suma relevância considerar esse estresse do aluno, mas em contrapartida afirmam que eles não recebem preparo adequado para enfrentar as situações. Para darem enfoque à afirmativa, os autores informam que, de acordo com pesquisa realizada na PUCRS, 85,3% dos alunos concluintes do curso informaram lembrar-se de seu primeiro contato com paciente e descreveram-se inseguros, ansiosos, inibidos e inexperientes.

Por sua vez, o aspecto da morte coloca os alunos diante da impotência e da sua própria finitude. A morte é algo que permeia o fazer médico e, consequentemente, a rotina dos jovens estudantes de medicina. Ela surge primeiramente nas aulas de anatomia do primeiro ano, nas quais os alunos devem lidar com peças anatômicas de cadáveres ou com um corpo inteiro (ZAIDHARF et al. 1992).

A essa formação se acrescenta o contato próximo com a fragilidade da vida e a questão da morte, que é produtora de mal-estar diante da finitude que ela apresenta. Zaidharf et al. (1992), em trabalho realizado com alunos de medicina, afirmam que, por um lado, o contato frequente com a morte de paciente gera angústia nos estudantes por atualizar neles as próprias mortes vividas e, por outro, paradoxalmente, lhes permite um certo poder por conhecerem os segredos do corpo humano.

Freud (2010[1915]) afirma que todo ser deve à natureza uma morte e que se deve pagar tal dívida. No entanto, as pessoas estão acostumadas a se comportar de modo diferente, ou seja, há sempre uma tendência para pôr a morte de lado, para eliminá-la da vida. Assim,

não é possível imaginar a própria morte e, se ocorre tal pensamento, as pessoas são meras expectadoras. Logo, Freud (2010[1915]) conclui: "[...] no fundo ninguém crê em sua própria morte, ou, dizendo a mesma coisa de outra maneira, que no inconsciente cada um de nós está convencido de sua própria imortalidade" (p. 300). Rocco (1992) atribui aos aspirantes a médico a fantasia de que, como o médico detém a morte, poderão controlar a saúde e curar todos os males.

Conforme De Marco (2010) e Grosseman e Stoll (2008), uma maneira que as faculdades encontram de manejar tais entraves – a morte e a relação médico-paciente – é oferecer disciplinas próprias para trabalhar temas como a humanização, a comunicação e a relação médico-paciente. Dessa forma, iniciaram-se mais recentemente nos cursos de medicina práticas de treinamento para a prestação de serviços com olhar mais humanizado, e, seguindo as orientações postas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), de uma saúde mais integralizada (GROSSEMAN; STOLL, 2008).

Então nesse item "formação médica", buscou-se mostrar aspectos da própria formação que afetam os alunos em seu psiquismo. Verificou-se que ao longo da formação o sujeito já vivencia entraves da própria prática médica como a relação com os pacientes e um sofrimento diante da morte. Contudo, há o entrave diante da demanda social e os limites de sua terapêutica que já afligem esses estudantes e que será explanado a seguir, onde se trás para discussão a função do médico na atualidade ao se sustentar a hipótese de que isso já afeta o estudante de medicina.

1.3 A prática médica

Na atualidade como apontado por Lacan (2007[1975-1976]), houve uma mudança nos referenciais de identificação paternos, que foi fruto das modificações do sistema de troca com o advento do sistema capitalista, que segundo o autor Cartelle (2010), trouxe novas balizas à imagem do médico e à sua prática.

No que concerne à imagem do médico foi apresentado no item da "subjetividade do aluno" recortes da história em torno das modificações do papel do médico e sua função. Ocorre uma mudança na forma de ver os médicos nos séculos XIX e XX, que seguem numa consonância entre uma medicina como arte e uma medicina científica (NEPOMIACHI, 2018).

Há, portanto, na contemporaneidade, uma aliança entre o discurso da ciência e o discurso médico. Então, a seguir, busca-se discutir à luz da teoria sobre os discursos de Lacan (1992[1969-1970)] para dar prosseguimento ao trabalho.

1.3.1 O laço social e os discursos em Lacan

No *Seminário livro 17 O avesso da psicanálise*, Lacan (1992[1969-1970]) tem como objetivo retomar o estatuto do sujeito dividido (consciente e inconsciente), tomando a psicanálise pelo seu avesso, e propor uma nova forma de compreender o estabelecimento do laço entre os sujeitos, apresentando uma nova articulação entre o campo da linguagem e o campo do gozo (COELHO, 2006).

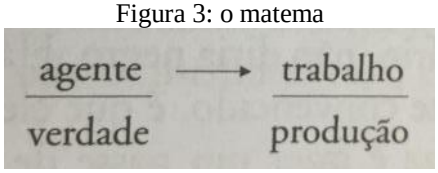
Lacan (1992[1969-1970]) toma como interrogação a função do discurso como algo que vai além da palavra, "um discurso sem palavras" (p. 11), ou seja, parte das relações fundamentais de uma posição em que o sujeito se coloca na relação com outro sujeito. Para tanto, centra tal relação no termo que cunhou de "significante", haja vista que todos estão inseridos na linguagem, mas um termo que represente o sujeito junto a outro significante. O autor afirma que isso se dá no campo do "Outro", que deve ser lido como "grande outro", podendo ser escrito "A".

Assim, Lacan (1992[1969-1970]) utiliza o termo "discurso" para designar aquilo que faz laço social estruturado e tecido pela linguagem, e elabora os seguintes discursos: discurso do mestre, discurso da histérica, discurso universitário e discurso do psicanalista. Ele aborda também o discurso capitalista. Para tal empreitada, faz uso da matemática algébrica e estrutura cada discurso em *matemas*. Inicialmente, elenca quatro elementos: *a*, $, S1, S2. Sobre os elementos, Nicolau (2015) esclarece: S1 é o significante mestre, aquele que funda o sujeito, o elemento que preside a ordenação da cadeia significante; o S2, o significante no campo do Outro, corresponde à articulação significante antes mesmo do nascimento do sujeito da falta $, e que o condena a desaparecer da cadeia significante, configurando o campo do saber; $, o sujeito barrado, ou sujeito da falta, surge da intervenção de S1 no campo de significantes já constituídos, S2, e dessa operação se produz uma perda, um resto que é representado por "objeto *a*"; o *a*, ou objeto mais de gozar, objeto que insiste em se repetir. Ou seja, é o resto de gozo que resta da operação significante, da incidência do significante sobre o

vivo. Esse resto de gozo sempre retorna, pois ele não foi simbolizado, e é o que constitui o Real, é a dimensão pulsional do gozo que não é "domada" pelo significante.

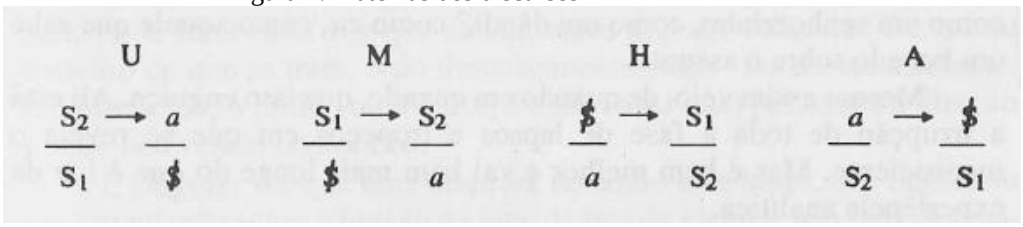
Os elementos ocupam quatro lugares diferentes, que são: o do agente ou semblante; o lugar do trabalho ou do Outro; o lugar da produção; e o lugar da verdade, como pode ser visualizado figura 3. Os elementos locados em uma dessas posições apresentam os matemas de cada discurso, que mudam pela rotação de um quarto de giro (Figura 4).

Figura 3: o matema



Fonte: Lacan, (1992 [1969-1970]), p.179

Figura 4: Matemas dos discursos



Fonte: Lacan, (1992 [1969-1970]), p. 29

Partindo-se do discurso do mestre, matema identificado por "M", e que representa o discurso do senhor, destaca-se o S1, significante, que representa a essência do senhor, que se articula a S2, escravo, localizado no campo do saber. Lacan (1992[1969-1970]) explana que na Antiguidade o escravo não era considerado como na atualidade, ou seja, como uma classe, mas tinha um lugar inscrito no seio familiar. Para Aristóteles, estava localizado no Estado, também, ocupando tal lugar por dominar o *savoir faire*, o saber fazer, o que o senhor não sabe. Segundo Aflalo (2012), não há, na atualidade, a presença de um discurso do mestre clássico, do senhor, de detentor do poder, do saber, uma vez que a posição desse se encontra muito influenciada pelo discurso que impera na época atual, a ponto de Lacan chegar a propor um quinto discurso, como forma alterada do discurso do mestre – o discurso capitalista.

Em torno desse saber, que está do lado do escravo, corre uma episteme que significa "colocar-se em boa posição", o que Lacan destaca como uma função da episteme que segue no sentido de extrair sua essência para que se torne viável ser um saber do senhor. Mas frisa

que esse saber não interessa em nada ao Mestre, pois para ele basta que as coisas funcionem. Lacan ratifica que o que conduz a um desejo de saber não guarda nenhuma relação com o saber; o que conduz ao saber é o discurso da histérica.

Dessa forma, a partir de um quarto de giro no esquema algébrico, se encontra o discurso histérico, que na Figura 3 se representa pelo "H". No lugar de Agente, há o "$" denominado sujeito barrado. A histérica, ao visar um saber sobre si, confronta S1, significante mestre no campo do Outro, da posição de sujeito dividido, mas faz isso confrontando o mestre para não saber do que importa para si, a sua verdade, que esta debaixo da barra: objeto *a*. Assim, nas palavras de Lacan, pontua ao perguntar "o quer a histérica":

> Ela quer um mestre. É o que está no cantinho acima e à direita para não nomeá-lo de outro modo. Ela quer que o outro seja um mestre, que saiba muitas e muitas coisas, mas, mesmo assim, que não saiba demais, para que não acredite que ela é o prêmio Máximo de todo seu saber. Em outras palavras, quer um mestre sobre o qual ela reine. Ela reina, e ele não governa (LACAN, (1992[1969-1970]), p. 136).

Dessa forma, esse discurso guarda uma relação com o saber. E, no que tange ao dispositivo da clínica, é isto que o analista, por meio de um cenário artificial, deve inserir em uma experiência analítica: a "histerização do discurso" (p.33), ou seja, levar o paciente a querer saber sobre o seu sintoma.

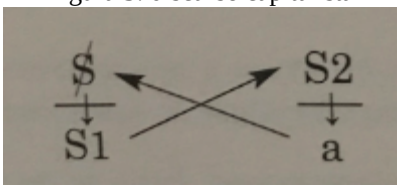
Quanto ao discurso do analista, por sua vez, no esquema representado pelo matema "A", há no lugar de agente o objeto *a*, portanto, o que opera o movimento é o resto de gozo, a dimensão fora de sentido. Como tal, o objeto *a* produz no lugar do outro um sujeito dividido ($) que pode produzir os significantes mestres que o determina, chegando, no lugar da verdade, a um saber inconsciente. O analista, na experiência de análise, ocupa de se estabelecer nesse lugar, de objeto *a,* como causa de desejo do analisante, mas um desejo de saber. Após mais um quarto de giro, tem-se o discurso universitário, em que, no lugar de agente, temos S2, que se articula com o objeto *a*, tendo na produção o sujeito representado por $. Nesse discurso, o saber na posição de agente tem uma ação sobre o gozo, produzindo um sujeito dividido e tendo como efeito de verdade (recalcado) os significantes mestres que marcam esse sujeito.

Por fim, o discurso capitalista. Este é abordado por Lacan (1992[1969-1970]) brevemente em *O seminário, livro 17 – O avesso da psicanálise*, onde frisa que a diferença entre este e o discurso do mestre clássico é a modificação no lugar do saber. Ou seja, o saber

que o senhor porta vem do escravo; na atualidade, o escravo foi substituído pela classe dos trabalhadores, vindos das lutas de classes, como previstas e explanadas por Marx. Lutas que mantiveram vivo o discurso do senhor, mas, conforme Aflalo (2012), houve uma substituição do senhor antigo pelo capital.

A representação algébrica desse discurso está apresentado na Figura 5 (abaixo), como pode ser visto, ele não segue a mesma estrutura e sequência dos outros discursos, e não faz laço social, pois não há ligação do $ com S2:

Figura 5: discurso capitalista



Fonte: Rosa, (2010), p. 168

Segundo Lacan, o discurso do capitalista revela uma ruptura, uma mutação da organização da cultura ancorada na tradição paterna, na medida em que o mestre moderno se apropria do capital para dominar o saber. O capitalismo opera sob o imperativo da mais-valia, portanto, do mais-de-gozar que, segundo Lacan, é elevado ao zênite social. No discurso capitalista, o que comanda e tem função de agente não é o S1 (enquanto identificação e amor ao mestre), mas o mais-de-gozo, o imperativo de gozo. Por isso, o matema desse discurso mostra um curto circuito do discurso do mestre, onde o sujeito e o objeto *a* estão diretamente ligados. Essa formulação de Lacan sobre o curto circuito do discurso do mestre na atualidade, chegando ao discurso capitalista, ajuda a compreender o que foi explanado anteriormente, sobre as características da contemporaneidade e seus efeitos sobre a subjetividade. O sujeito ($), no discurso capitalista, não dispõem do recurso às identificações e aos Ideais, ficando submetido a um imperativo de gozo.

Lacan no texto "Du discours psychanalytique", citado por Berenstein (2016), chamou esse discurso de "pseudodiscurso" (p. 34) capitalista, no qual se translada a incidência da ciência com a tecnologia em sua imbricação com a lógica do mercado.

Alemán e Larriera[6] (1996) apud Berenstein (2016) afirmam: nesse "pseudodiscurso" se apaga o ponto de impossibilidade e as mudanças no sentido da determinação que se dão

[6] Alemán, Jorge y Larriera, Sergio, "Psicoanálisis y política", en Lacan: *Heidegger*, op. Cit., p. 318.

nos outros; no lugar da repressão da castração (S1), há uma rejeição da divisão subjetiva para passar a dirigi-la: $ (p. 35, tradução nossa).

Assim, Berenstein (2016) afirma:

> O sujeito, sem estas marcas simbólicas, carente de sujeições inconscientes, aparece desorientado, extraviado, e já que não se pode identificar com os significantes do Outro porque não estão acessíveis. Não há identificação que o fixe, que o oriente e delimite modos de satisfação (p. 35, tradução nossa).

Miller (2015) acrescenta sobre o discurso da ciência:

> Dito de outra maneira, sua função que foi eminente se degradou à medida que os constrangimentos naturais foram rompidos pelo discurso da ciência. Esse discurso, que nos trouxe as manipulações da procriação, fez também que, via os *gadgets* de comunicação, a transmissão do saber e as maneiras de fazer, de uma forma geral, escapassem à voz do pai (p. 27).

Disso tudo se depreende, essencialmente, que tais mudanças afetam o laço social e a sociedade como um todo, mas, como destacado por Miller (2015), afeta os jovens e, principalmente, aqueles que se constituem como sujeitos em uma época em que a Ordem Simbólica se encontra em crise, ou seja, que já nasceram em um período em que o mundo estava com seus referenciais enfraquecidos. Afeta também as relações com a ciência e, portanto, com o saber e com o fazer da medicina.

1.3.2 Consequências à medicina em seu laço social com à ciência

A atualidade desvela uma conjugação do capitalismo com a ciência, segundo Miller e Laurent (2013). Em consonância, Aflalo (2012) pontua que nos últimos 30 anos o discurso capitalista vislumbrou no cientificismo o meio, através da pose de suas ferramentas, para avançar em seu poderio, e, como consequência, sendo profundamente modificado por ele e acarretando mudanças na sociedade como um todo. Conforme Cartelle (2010), esse casamento fez a medicina reivindicar o seu lugar como ciência; para ascender a tal lugar, ela teve que passar por modificações, dando destaque para o seu objeto de estudo, e lidar com todas as consequências que isso acarretou.

Para resumir o que se afirmou no parágrafo acima, se apresenta um trecho do texto "O lugar da psicanálise na medicina", de Lacan (2001[1966]):

> [...] é no ponto em que as exigências sociais são condicionadas pelo aparecimento de um homem que sirva às condições de um mundo científico, que provido de novos poderes de investigação e de pesquisa, o médico encontra-se frente a novos problemas.

Assim, após as mudanças ocorridas na sociedade com o advento do capitalismo, o médico é chamado não somente a cuidar dos doentes e organizar o ambiente hospitalar, conforme explanou Foucault (2014[1979]) em "O nascimento do hospital", mas sua demanda se torna outra e muito mais abrangente. Cartelle (2010) destaca que, para ascender a um lugar científico, a medicina precisou reduzir seu objeto de estudo à enfermidade, ou seja, à doença, convertendo o paciente em um corpo que tem um adoecimento.

Ao tomar o corpo excluindo a dimensão de gozo, o que Lacan (2001[1966]) chamou de falha epistemossomática, ela faz com que em sua prática o médico não consiga avaliar e ponderar a real demanda do sujeito. Ou seja, ao partir na clínica do pressuposto que todo paciente almeja a cura de sua doença é falhar na escuta, haja vista que um paciente, ao adentrar o consultório médico, pode requerer que alguém valide seu lugar de doente, assim como o mantenha doente. Essa segunda consequência pode ser posta como um entrave na relação com o paciente, o que foi apontado por Lacan (2001[1966]) com uma dificuldade na transferência.

Freud (2016[1905]) estabeleceu desde cedo em sua teoria a existência de algo para além do corpo físico e destacou que os médicos até chegaram a ponderar a existência de uma vida anímica no corpo, mas consideravam que ele era influenciado pela parte física, mas jamais o inverso, por receio de perder a cientificidade da clínica.

Para melhor elucidar esse ponto, destaca-se da pesquisa de doutorado de Moretto (2006) um fragmento de atendimento:

> Eu passei no doutor [o médico], hoje pela manhã [...] me mostrou os exames... as fotos de mim por dentro, fotos não, imagens, aquilo que os aparelhos vêem dentro de nós... é muito esquisito alguém te mostrar como é você por dentro... porque não é nada daquilo que eu imagino de mim mesma, aquilo é tudo muito estranho... eu disse que esse que aparece nos exames não sou eu... ele pensou que eu não estou bem, que tenho alguma confusão... vou dizer tudo que me passa pela cabeça... isso que aparece nos exames não sou eu. Esse [segura firme no peito, nos braços, nas pernas, na cabeça] é o meu corpo, e eu sou esse corpo, e não aquele, eu não me reconheço ali, aqueles são os órgãos, eu sei, que estão aqui dentro, claro, mas eu mesmo, parece que eu não sinto isso como meu corpo, meu corpo não são os meus órgãos. Eu, corpo, não sou isso... ou será que isso não sou eu ? Mas isso que não sou eu, eu sei, é parte de mim... que coisa horrível, doutora, essa história de doença, é tudo muito real (p. 108-109).

Desse trecho se apontam duas considerações: 1) a relação médico-paciente: o médico não consegue apreender a angústia da paciente e acredita que ela está confusa; 2) em consonância com a primeira, a medicina toma o corpo como algo só biológico, logo não identifica a dimensão do gozo (LACAN, 2001[1966]) presente nele. Carvalho (2013) afirma que a própria ciência surgiu da estratégia de esvaziamento dessa substancia de gozo, porque isso dificultaria a apreensão do Real, e acrescenta que o objetivo da ciência é depurar o Real, que se dá com o usufruto das ferramentas da matemática, como se, a partir do ganho de um saber, pudesse afastar a fronteira com o Real, como se não reconhecesse limites. No entanto, a ciência passa por um efeito contrário: acaba por ser reconhecida como aquilo que recua o seu saber diante do real (CARVALHO, 2013). O que Almeida (2018) aponta como um fracasso do discurso da ciência exatamente por causa da existência do Real, que, para Lacan, é sem lei, impossível de manipular ou controlar.

Almeida (2018), para fazer um paralelo, lança mão de relatos de sobreviventes do desastre ocorrido na usina de Chernobil, acidente nuclear ocorrido em 26 de abril de 1986 em decorrência da explosão e do incêndio na central elétrica, que lançaram partículas radioativas na atmosfera. Tais relatos, de pessoas afetadas pela tragédia, foram recolhidos no livro intitulado *Vozes de Tchernóbil*, de Svetlana Aleksiévitch; deles se destaca:

> Que coisa mais surpreendente a vida! Eu amava a física e pensava: nunca me dedicarei a outra coisa além da física. E agora quero escrever. Por exemplo, que o homem não convém à ciência, o homem de carne e osso, ele a atrapalha. O pequeno homem com os seus pequenos problemas. Escrever sobre como alguns físicos podem mudar o mundo todo. Sobre a nova ditadura. A ditadura da física e da matemática. Existe outra vida possível para mim. [...] (Valentin Aleksiéevitch Borissiévitch, ex-diretor do Laboratório do Instituto de Energia Nuclear da Academia de Ciências da Belarús, apud Almeida, 2018, p.11)

Então, com base no que foi trazido por Almeida (2018) e Cartelle (2010) sobre a posição da medicina na ciência, pode-se afirmar que algo é possível de falhar também na prática médica por causa, entre outras possibilidades, do fato de não se dominarem por completo os vários possíveis diagnósticos ou de um exame de laboratório que não consiga identificar uma doença. No fragmento abaixo, apresenta-se um relato de caso em que houve um desses lapsos:

> Carol acordou se sentindo dolorida e quente. Sua garganta estava uma lixa, e ela notou uma estranha erupção vermelha na base da coluna... o médico mediu sua temperatura, observou e falou, apressadamente, que ela tinha doença de Lyme. "Um antibiótico vai resolver o problema", disse ele, anotando a prescrição. "Um comprimido por dia durante duas semanas"... Carol tomou o antibiótico conforme prescrito... sentia-se quase inteiramente recuperada [...] poucas semanas depois, ela passou a sentir dor e rigidez nos joelhos e quadris... o clínico ficou surpreso, e mandou-a a uma reumatologista. A médica também não sabia muito bem o que ela tinha... o antibiótico obviamente não havia funcionado... o médico explicou que, em muitos casos, o tratamento com antibiótico não mata as bactérias causadoras da doença de Lyme. Os microorganismos encontram uma maneira de se "esconder" no organismo e depois ressurgem, causando uma série de sintomas (SANDERS, 2010, p. 213).

Esse relato aponta para uma falha na prática médica (não possui o saber completo). Logo, pelo fato de estar presente nesse mundo científico e pautar a sua forma de trabalhar colocando sempre em xeque o Real, a medicina falha, pois este não é dominável.

Por sua vez, o maquinário e os vários exames laboratoriais que adentram o fazer médico, conforme Nepomiachi (2018), fizeram com que a medicina passasse a lidar com algo antes desconhecido em sua prática, que foi a experiência de manter vivo um paciente a qualquer custo e prolongar sua vida indefinidamente. Tanto que para isso se construíram as UTIs e as CTIs, que contemplam todo um maquinário e uma equipe completa de profissionais, aptos a fornecer o suporte necessário aos doentes e seus familiares. Para Reiser (1989), o médico, diferentemente de outros profissionais que lidam com pessoas, foi o elemento principal posto nesse lugar de responsável por essas tecnologias.

Sobre a aliança entre medicina e tecnologia, Nogueira Martins e Nogueira Martins (1998) destacam como consequência atual dessa conjunção, a exigência por parte da sociedade de uma resposta médica no sentido de que algo pode ser feito a qualquer custo em prol do doente, o que é um efeito do surgimento das tecnologias e causa no médico frustração, cansaço e sensação de incapacidade (NOGUEIRA MARTINS e NOGUEIRA MARTINS, 1998). A isso se articula o que Nepomiachi (2018) afirma sobre o médico pré-científico, que este ficava no lugar de acolher a demanda e o que fornecia era um lugar sagrado – efeito placebo do tratamento, como posto por Balint (1984); transferência, para Freud (2010[1912]); um lugar de sujeito suposto saber, para Lacan (2001[1966]). No entanto, na atualidade, "como resultado da ciência, o médico realmente tem um conhecimento cada vez mais efetivo a sua disposição e não é mais somente suposição de saber" (NEPOMIACHI, 2018, p. 62)

Segundo Aguiar (2014), verifica-se um segundo momento para a presença do corpo na sociedade. O autor citando Castiel (1999), articulou que a vinculação do neoliberalismo com o advento tecnológico dos computadores levou a uma certa transformação na perspectiva de controle e vigilância dos corpos e da vida, que mudaria a estrutura do Outro social.

Aguiar (2014) destaca assim que, na atualidade, há a necessidade de manter a normalidade com a utilização de medicação, resultado da forte influência da indústria farmacêutica, que, de mãos dadas com o discurso capitalista, transformou a saúde em um mercado gerador de lucros, fazendo uso, por exemplo, da psiquiatria para isso. O autor aponta uma quarta consequência, que foi a mudança de função do médico, conforme Lacan (2001[1966]) já havia previsto:

> O médico é requerido em sua função de cientista fisiologista, mas ele está submetido ainda a outros chamados. O mundo científico deposita em suas mãos o número infinito daquilo que é capaz de produzir em termos de agentes terapêuticos novos, químicos ou biológicos. Ele os coloca à disposição do público e pede ao médico, assim como se pede a um agente distribuidor, que os coloque à prova (LACAN, 2001[1966], p. 32).

Aguiar (2014) esclarece que isso ocorre devido a "uma certa instabilidade do Real no mundo atual que é efeito da ordem simbólica que o sustenta. Com a vacilação do Nome-do-Pai na cultura, a inconsistência do Outro se apresenta de forma difusa, não localizada, manifesta na fragmentação dos discursos" (p 09).

Algo não seguiria bem nessa profissão, já alertava Freud (2010[1919]) no texto "Deve-se ensinar psicanálise nas universidades?", no qual afirma que a formação médica vinha sendo feita voltada para o ensino de anatomia, física e química em detrimento do esclarecimento do significado dos fatores mentais nas diferentes funções vitais, nas doenças e nos tratamentos, levando a uma falha no conhecimento médico. Afirma que seria importante que os médicos aprendessem algo sobre psicanálise, mas que essencialmente aprendessem algo a partir da psicanálise.

Como já mencionado essa travessia da graduação é acrescida de percalços como a adaptação ao ambiente acadêmico, às demandas do curso superior e ao novo papel que esses jovens passam a ter na sociedade: o universitário. Outros aspectos atravessam os seus caminhos, como disciplinas que contemplam uma quantidade sobre-humana de matérias, problemas com os métodos de ensino e dificuldades de acesso aos professores; além disso, as imbricações do curso com a prática médica. Muitas vezes, os alunos se sentem sem apoio

pedagógico, social e psicológico. Junto a tudo isso, eles devem lidar com suas próprias questões psíquicas, que vêm à tona a todo momento.

Então, optou-se em fazer uma incursão breve, limitada do universo psicológico desses alunos, para compreender e apreender melhor essa vivencia dos estudantes de medicina ao longo de sua formação. A escolha de escutar os alunos nessas experiências que se dão no dia a dia, se impõe ao trabalho de pesquisa.

CAPÍTULO 2 Metodologia

OBJETIVOS

Geral

Investigar as dificuldades, anseios, desejos, impasses, expectativas vivenciados pelos estudantes durante a formação médica e que geram sofrimento psíquico, a fim de propor possíveis intervenções de apoio, integradas à vida acadêmica e ao currículo acadêmico.

Específicos

Levantar e problematizar as vicissitudes que acompanham o estudante desde o ingresso no curso de medicina até o término.

Focalizar e discutir a importância do momento e do processo em que se dá a escolha profissional pela medicina.

Levantar as contribuições da psicanálise para o tema do sofrimento psíquico durante a formação médica, buscando delimitar possíveis propostas de intervenções de apoio a serem desenvolvidas ao longo dessa formação.

MÉTODO

A concepção de investigação que embasa esta pesquisa é o modelo de pesquisa qualitativa em psicanálise, que permite compreender os fenômenos em profundidade, levando à compreensão do significado e das atitudes humanas (SILVA; HERZBERG; MATOS, 2015). A clínica em psicanálise, faz coincidir pesquisa e tratamento, conforme Freud (2010[1912b]), ou seja, na clínica recebe-se o paciente e o escuta, por meio da técnica da atenção flutuante, os conteúdos que forem sendo trazidos; e somente depois, num ponto posterior, tomar notas e fazer a análise, para que assim se possa escutar os conteúdos latentes do sujeito. Assim, pode-se dizer que consiste a pesquisa, por meio da atenção aos conteúdos inconscientes que podem advir no momento da entrevista, sendo melhor explanado a seguir.

No âmbito da pesquisa em psicanálise de acordo com Turato (2008), esse tipo de pesquisa qualitativa em psicanálise tem o mesmo meio de investigação da clínica que são os processos mentais conscientes e inconscientes, visando a perspectiva do entrevistado e não do

entrevistador. Isso por meio da livre narrativa do entrevistado e do qual o pesquisador coloca sua livre observação do contexto ao particular no sujeito, o que permite o olhar para as interferências do discurso.

Então, para realização desta pesquisa, foram aplicados quatro dispositivo de investigação: 1) revisão sistemática da literatura; 2) pesquisa de campo por meio das entrevistas; 3) análise dos dados; 4) discussão dos resultados pelo viés de algumas formulações freudianas e lacanianas. A partir dessas quatro etapas do trabalho, destaca-se:

A revisão sistemática da literatura foi pautada em levantamentos de referências teóricas já analisadas e publicadas em meios escritos ou eletrônicos, como livros, artigos científicos, impressos diversos. Portanto, para essa revisão foram utilizadas as seguintes bases de dados: Scielo, PubMed, BVS, Lilacs; e deu-se prioridade a textos mais recentes, dos últimos cinco anos, de 2014 a 2018. Foram usados os seguintes descritores nas línguas portuguesa e inglesa: 1) *"estudantes de medicina"*, *"alunos de medicina"*, *"medical students"*; 2)*"saúde mental"*, *"mental health"*; 3) *"formação médica"*, *"professional development"*, *"curso médico"*, *"medical education"*. Os textos selecionados encontravam-se na interseção entre os itens 1, 2 e 3.

Para ampliar o trabalho de revisão de literatura lançou-se mão, também, de livros, dissertações, teses, anais de eventos científicos, assim como jornais, revistas e seminários visto que são considerados fontes de informação sobre o tema. Os textos foram lidos na íntegra e possibilitaram contextualizar o tema e caracterizar as referências conceituais utilizadas neste trabalho. Além disso, essa etapa do trabalho de investigação viabilizou o norteamento da pesquisa de campo, no sentido de levantar questionamentos que serão apresentados mais à frente.

A partir da revisão de literatura percebeu-se que o sofrimento psíquico desses estudantes é formado por três grandes eixos: 1) subjetividade do aluno; 2) formação médica; 3) a prática médica. Esses três eixos se tornaram os balizadores tanto da entrevista de campo como da estruturação da presente pesquisa.

A pesquisa de campo ocorreu nos moldes da entrevista em psicanálise. Nesse modelo de entrevista, o sujeito e o objeto possuem as mesmas características, sendo o sujeito tomado a partir das formações do inconsciente – chistes, sonhos – e do laço discursivo construído na relação com outro, que, na pesquisa, se dá na figura do pesquisador. Este, em uma postura de pesquisa psicanalítica, se dirige ao entrevistado confiando que ele detém o conhecimento de

algo e que pode transmitir esse saber. À postura do pesquisador se acrescenta a atitude de não fazer interpretações antecipadas nem hipóteses a respeito do que o sujeito irá dizer, permitindo um espaço em que o participante formule sua própria questão e responda a ela (COSTA; POLI, 2006).

Utilizou-se a técnica de entrevista com uma pergunta disparadora para convidar o sujeito a falar, ou seja, o pesquisador lançou mão de uma pergunta que, vinculada ao tema da pesquisa, possibilitou aos sujeitos iniciar a sua fala. A pergunta disparadora utilizada foi: "Fale-me como foi sua escolha por medicina?". Contudo, foram também elaboradas perguntas que, estabelecidas a partir dos três grandes eixos norteadores, poderiam ser utilizadas durante a entrevista, apresentadas a seguir.

Eixo 1 – SUBJETIVIDADE DO ALUNO

- Fale-me como foi sua escolha por medicina?
- Como é para você ser estudante de medicina?
- Como foi o processo para entrar na faculdade?

Eixo 2 – FORMAÇÃO MÉDICA

- Como foi o início do curso?
- Fale-me sobre a sua formação.
- Você passou por dificuldades?
- Entre essas dificuldades houve auxílio da faculdade?
- Quais sugestões você gostaria de fazer?

Eixo 3 – A PRÁTICA MÉDICA

- Como é para você a medicina na atualidade?

Para a seleção dos participantes, utilizaram-se cartazes afixados em locais nos quais os alunos de medicina transitavam; dentre eles destaca-se o Grupo de Assistência Psicológica ao Aluno da Faculdade de Medicina da USP (GRAPAL): o cartaz escrito em forma de convite continha o nome e contato da pesquisadora que iria realizar a entrevista, o nome da instituição à qual a pesquisa estava vinculada, o título do trabalho e breve explanação sobre a pesquisa. Outra forma de recrutar foi por meio do sistema de "bola de neve"; o termo se refere a

participantes indicados por pessoas que tomaram conhecimento da pesquisa com a pesquisadora.

Os sujeitos foram primeiramente abordados pela pesquisadora pessoalmente ou por telefone, ocasião em que foram informados brevemente sobre a pesquisa e, assim, feito o convite para participarem. Dos alunos que aceitaram o convite, foram recolhidos nome e contatos para posteriormente agendar a entrevista.

O local onde foram realizadas as entrevistas era seguro, tranquilo e não permitia interrupções, para que assim não houvesse interferências no processo de coleta de dados. Foi levado em consideração um local de fácil acesso aos estudantes, sendo escolhido um espaço próximo à FMUSP. No dia da entrevista, era apresentado e explanado ao participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) e recolhida a assinatura.

O critério de inclusão na pesquisa era ser estudante de medicina da FMUSP. Os participantes foram escolhidos de forma aleatória, conforme o interesse em participar da pesquisa. E não foram estabelecidos critérios de idade e gênero na escolha da amostra, visto que não eram aspectos relevantes para o objetivo geral da pesquisa.

A amostra da pesquisa foi definida por saturação teórica, processo no qual ocorre a interrupção da coleta de dados quando as respostas de novos sujeitos apresentam, segundo análise do pesquisador, certa quantidade de repetições em seu conteúdo, e os dados já colhidos representam elementos suficientes e necessários para atingir os objetivos do projeto de pesquisa. Dessa forma, a quantidade de sujeitos foi determinada durante a pesquisa de campo, mas se previu em torno de seis a oito estudantes.

É importante destacar que o projeto em questão foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP), tendo parecer consubstanciado no CEP fornecido com o número 2.333.030. Os resultados da pesquisa foram analisados de acordo com os critérios de ética com seres humanos, respeitando a confidencialidade dos nomes dos participantes, e o compromisso de utilização dos dados obtidos apenas para fins científicos.

A análise de dados teve inicio após a coleta de dados, as informações obtidas foram transcritas e feita a análise qualitativa. Segundo Gil (2007), o processo de análise qualitativa consiste na redução dos dados; categorização dos dados; e interpretação dos dados. A redução é o processo de seleção, simplificação, abstração e transformação das informações advindas das observações de campo. A categorização consiste na construção de um conjunto de

categorias descritivas, podendo ser pautadas no referencial teórico, para que, partindo-se delas, se consiga tirar conclusões e tomar decisões. Por sua vez, a interpretação, etapa na qual o pesquisador precisa ir além da mera descrição dos dados, consiste não só em interpretar, mas acrescentar algo ao questionamento existente sobre o assunto.

Então, partindo do modelo sustentado por Gil (2007), a análise dos dados coletados a partir das entrevistas seguiu as seguintes etapas:

1- transcrição das entrevistas;
2- escuta exaustiva dos áudios por meio de uma atenção flutuante;
3- anotações de aspectos mais relevantes do conteúdo apresentado;
4- leitura exaustiva do material transcrito;
5- estabelecimento de regularidade entre os conteúdos, com definição de pré-categorias;
6- recortes textuais para melhor compreensão das pré-categorias;
7- releitura das entrevistas;
8- estabelecimento das categorias e conteúdos relevantes;
9- recortes textuais de vinhetas sobre cada categoria estabelecida;
10- Análise das categorias a partir da revisão de literatura e das formulações freudianas e lacanianas.

Por fim, a discussão dos resultados da pesquisa de campo será feita pelo viés de algumas formulações freudianas e lacanianas, mas, também, em articulação com a revisão de literatura apresentada no capítulo 1, capítulo 2 e capítulo 3.

CAPÍTULO 3 – ENTREVISTAS E RESULTADOS

No presente capítulo se apresentará como foi realizada a triagem dos participantes da pesquisa, pois se verificou que os entraves surgidos ao longo desse processo talvez digam algo a respeito do tema da pesquisa. Em seguida se apresenta um relato sucinto de cada entrevista e, por fim, a categorização.

3.1 Do convite para falar ao encontro consigo na entrevista

Para realizar o recrutamento dos participantes foram utilizados cartazes fixados em locais nos quais os alunos de medicina transitavam. Entre os espaços selecionados, optou-se por colocá-los no GRAPAL e no Hospital Universitário do Butantã. Contudo, por meio desse dispositivo, não houve contato de aluno.

A segunda forma de divulgação foi pelo método denominado "bola de neve", em que pessoas poderiam indicar possíveis participantes que estivessem dentro do perfil do estudo. A partir desse dispositivo, entraram em contato dois participantes; no entanto, apenas um se enquadrou nos critérios de inclusão para fazer a entrevista.

A terceira modalidade utilizada foi o convite oral e pessoal da pesquisadora no nicho dos estudantes. Decidiu-se por encontrá-los no hospital-escola.

Essa forma de triagem foi feita com três turmas diferentes de internato. Na primeira turma, se fez o convite individualmente por meio de uma breve explanação do tema da pesquisa aos estudantes. Dos oito alunos abordados, uma informou que não tinha interesse, outra, que não tinha horários livres para participar; e seis aceitaram, fornecendo contato para agendamento da entrevista. Desses seis estudantes, três agendaram e realizaram a entrevista. Na segunda turma, se procedeu do mesmo modo para aproximadamente dez entre as pessoas dos quais uma aluna informou o desinteresse em contribuir, e o restante forneceu contato e nome. No entanto, das pessoas que aceitaram participar, nenhuma chegou a agendar a entrevista. Ao contato da pesquisadora por telefone, algumas desistiram informando que não tinham horários, e algumas não responderam à ligação. E, na terceira turma, que tinha em média dez pessoas, o convite foi feito para todos ao mesmo tempo, aguardando-se o interesse de cada aluno se dirigir à pesquisadora. Dessa turma, seis pessoas se dispuseram, e foi realizada entrevista apenas com três, pela decisão de encerrar a coleta de dados. Pois, após a

sétima entrevista, percebeu-se que o conteúdo estava se tornando repetitivo, configurando um ponto de saturação.

Frisa-se que a abordagem dos alunos foi consentida pelo professor responsável de cada disciplina referente à turma abordada.

A partir dessa experiência, foi possível vivenciar a rotina atarefada e agitada dos alunos. Durante o processo de agendamento, grande parte definia a data da entrevista somente no início da semana, na segunda-feira, pois era o dia em que eles tomavam conhecimento de como seria a sua rotina ao longo da mesma, pois havia influência do fluxo de pacientes. Quando se fazia o contato no início de um novo estágio, os alunos solicitavam uma semana para se organizarem, ou seja, analisarem a distribuição de horários e atividades, para então poderem fornecer as horas livres para marcar a entrevista.

Percebeu-se que muitos tinham interesse em participar, mas não conseguiam se organizar, entre as atividades, para comparecer ao local, e outros se negavam a participar, pois já partiam da certeza de que não iam conseguir organizar o seu tempo e conciliar as atividades.

As entrevistas foram gravadas para viabilizar a análise dos dados, como informado no método. Destaca-se que todos os participantes consentiram com a gravação no momento da entrevista.

A seguir, no próximo item, se faz a apresentação geral dos participantes, seguida do relato sucinto de cada entrevista, no qual, procurou-se seguir o fluxo do discurso e das associações do entrevistado. Dessa forma, valoriza-se a apresentação dos dados, considerando a resposta de cada sujeito e tendo em vista a subjetividade e a implicação do sujeito no que é dito.

3.2 Apresentação dos sujeitos

Foram realizadas sete entrevistas com estudantes do internato de medicina da FMUSP, sendo três mulheres e quatro homens. Todos no mesmo momento da formação, ou seja, no 5º ano do curso, passando pelos estágios do internato. Eles tinham entre 20 e 30 anos, quatro residiam com a família e três alunos não. O **Participante 1** e o **Participante 5** residiam com amigos, haja vista procederem de uma cidade do interior de São Paulo, e o **Participante 4** morava sozinho, escolha feita para facilitar a locomoção até a faculdade. Destaca-se que, após

a formação no ensino médio, os alunos, com exceção do **Participante 1** e do **Participante 4**, fizeram curso pré-vestibular para entrar na faculdade.

Tabela 1- Dados gerais dos participantes.

Participante	Idade	Gênero	Naturalidade	Reside	Ano na faculdade
Participante 1	22	M	Outra cidade São Paulo	Amigos	5
Participante 2	24	M	São Paulo	Família	5
Participante 3	26	F	São Paulo	Família	5
Participante 4	22	M	São Paulo	Sozinho	5
Participante 5	24	M	Outra cidade de São Paulo	Amigos	5
Participante 6	24	F	São Paulo	Família	5
Participante 7	29	F	São Paulo	Família	5

3.2.1 Participante 1

Esse participante tinha 22 anos, era filho único e residia com amigos. Falou que sua escolha por medicina foi pautada pelo interesse na relação humana e no gosto que tinha por conversar com as pessoas. Então, ao decidir por uma profissão, articulou algo que pudesse oferecer esses itens aliados a um bom retorno financeiro. Acrescentou que, desde criança, tinha o desejo de ser médico, escolha sempre incentivada pelos pais, e se sentia desafiado pelo vestibular de medicina.

Ele destacou que escolheu muito cedo a profissão e que pouco sabia sobre a vida ("*A gente não sabe de nada, né? Não que eu saiba muita coisa, mas eu era imaturo*"). Relatou que achava que a medicina era resolutiva e que apresentava soluções rápidas e efetivas. No entanto, durante o curso percebeu que eram necessários vários parâmetros para chegar a uma conclusão e que, às vezes, mesmo assim não chega a um denominador comum.

Expressou que a medicina tem limites e que ele precisou aprender a lidar com isso. Forneceu como exemplo uma paciente que não foi possível chegar a um diagnóstico ("*Eu aceito, sabe? não consigo resolver tudo*"). Destaca-se que em nenhum momento ele informou ter falado sobre isso com alguém (amigo ou familiar) ou tido algum apoio da faculdade.

Em seguida, relatou a perda de seu primeiro paciente, falando que ficou fragilizado e triste e como, diante disso, se tornou mais resistente a outros casos ocorridos. No momento em que foi utilizar a palavra "*resistente*", falou "*existente*"; quando indagado sobre o sentido da palavra "resistente", disse que era "se tornar frio" ("*eu consegui criar esta barreira*").

Sobre o início do curso, frisou ter sido difícil por causa da grande carga de aulas, com muito material teórico e com pouca articulação com a prática. Quanto à rotina, disse ter que fazer vários plantões cansativos, sendo necessário, em alguns, dormir no hospital. Ele destacou que os esportes o auxiliaram a lidar com a faculdade. Afirmou: "*são locais onde se aprende muito, e também a se organizar, a lidar com a faculdade. Eu acho que só não larguei a faculdade, não entrei em parafuso, porque eu treinava*".

Ao ser indagado sobre o que poderia ser melhorado no curso, informou que há muitas coisas a melhorar e que não sabe o que se pode fazer para formar um estudante de medicina sem passar por todas essas atividades desgastantes. Frisou, porém, ser importante reduzir a carga horária e haver um incentivo da faculdade ao estudo em vez de cobrar presença.

3.2.2 Participante 2

O participante tinha 24 anos, sendo o primeiro filho de uma prole de dois. Residia com a família. Na escolha pela profissão, afirmou que se pautou num tripé: a disciplina de biologia que gostava de estudar, a questão social (como a profissão é vista socialmente) e a parte financeira.

Ao falar sobre o curso de medicina, destacou que acreditava que as pessoas reclamavam demais diante das vicissitudes do curso, acrescentando que elas têm conhecimento disso antes de entrar na faculdade. Apesar dessa afirmação, falou que o curso é puxado, exigindo muitas atividades, e que a rotina de acordar cedo e dormir pouco é desgastante.

Relatou que, ao longo do curso, foi amadurecendo e aprendendo a estudar e a separar suas atividades; hoje vê tudo isso como uma evolução e não se sente culpado por, no início da faculdade, não saber lidar melhor com tudo isso.

Falou sobre a relação com os pacientes, destacando que, em determinados atendimentos, não é simples conduzir os procedimentos necessários, principalmente quando eles se recusam a realizar exames, e que tem dificuldades em lidar com essas situações.

Afirmou que, conversando com amigos e colegas, estes frisaram ter a mesma dificuldade e, ao pedirem ajuda aos professores, esses apresentaram a mesma dificuldade e disseram não saber o que fazer.

O participante considerou ruim a faculdade não auxiliar com algo nesse sentido. Então, acredita que vem criando por si só um modo de trabalhar e lidar com tais situações. Frente a este entrave sugeriu que o curso tivesse uma disciplina em que se pudesse trabalhar por "*estações",* ou seja, método curricular em que se ensina pela prática. Ao falar mais sobre esse entrave, chega à conclusão de que isso pode ser resolvido tendo-se mais paciência e conversando mais com o paciente.

Em seguida, sobre o primeiro paciente que morreu aos seus cuidados, explicou que foi durante um estágio na emergência em que o paciente chegou precisando de manobras de reanimação cardíaca. Para ele, foi difícil o fato de ter que aceitar a ordem da equipe para que ele parasse as tentativas, haja vista não haver mais nada a ser feito. Acrescenta que foi difícil aceitar o limite. E relatou outra situação de perda de paciente, em que ficou pensando em várias possibilidades de intervenções que poderiam ter sido feitas para que ele não viesse a falecer.

E, por fim, ao falar sobre a saúde mental na faculdade, relatou as tentativas de suicídio ocorridas em abril de 2017 e o fato das pessoas colocarem vários cartazes para falar sobre suicídio.

3.2.3 Participante 3

Essa participante tinha 26 anos, sendo a segunda filha de uma prole de três, e residia com a família. Relatou que escolheu medicina pelo desejo, desde criança, de ser médica e, também, porque gosta de ajudar as pessoas. Falou que realizou o cursinho preparatório para o vestibular por quatro anos e afirmou que os pais sempre a apoiaram e a ajudaram nesse processo. Destacou um incomodo ao se comparar com as colegas que já estavam na faculdade.

Diz que no início do curso se saiu mal, pois não desenvolveu bem suas atividades acadêmicas por causa da presença de muitas disciplinas básicas e teóricas, como fisiologia e bioquímica, que a desestimularam e a fizeram se questionar sobre a escolha do curso. Ao chegar ao quarto ano, começou a ter acesso a atendimento de pacientes e, então, teve certeza

de sua escolha profissional.

Ao se referir à formação médica, falou que é algo muito cansativo: sai das aulas muito cansada, segue para treinar (futsal) e depois vai para casa e dorme, não conseguindo estudar em casa. Na parte prática do curso, ao atender os pacientes, fica preocupada se conseguirá fazer uma boa anamnese para chegar ao diagnóstico. Mostra-se angustiada em pensar no momento em que sair da faculdade e atender sozinha, mas tem consciência de que precisa reconhecer que não pode ter domínio de tudo.

Ao abordar a relação médico-paciente, disse que não perdeu pacientes ao longo da sua trajetória e que, respondendo a pergunta da entrevistadora, a faculdade não fornece possibilidade de treinar essa relação. Ao final, também chega à conclusão de que vai ter que aprender a lidar com isso sozinha e de que a sua forma de desenvolver isso seria sendo mais empática e simpática com os pacientes.

Sobre sugestões ao curso, afirmou que acredita haver um sofrimento grande mediante ao fato de os alunos se cobrarem muito e de, também, serem cobrados pela faculdade, mas que ela mesma lida bem com esse fato, optando por descansar e respeitar seus limites, em vez de estudar muito e passar mal.

Aos questionamentos sobre constrangimentos por ser mulher, informou que já havia pensado nisso e afirmou que nem os professores nem os colegas faltaram com respeito para com ela.

3.2.4 Participante 4

Esse participante tinha 23 anos, era filho mais velho de uma prole de dois e residia sozinho para facilitar a locomoção à faculdade.

Sobre sua escolha por medicina, informou que foi pautada por gostar do pensamento científico (levantar hipóteses, algo do mistério), mas atualmente o que o mantém na sua escolha é o fato de gostar do contato com os pacientes. Informou que passou direto do ensino médio para a faculdade.

Esse participante destacou que, na medicina, entrou em contato com algo que lhe é interessante e lhe desperta um desejo de saber, que é sobre a morte. Disse que sua escolha por hematologia foi pautada nisso, por ser uma área em que as pessoas pouco se interessam em trabalhar, pois falecem bastantes pacientes. Relatou que considera a morte algo importante de

ser vivido. Questionado pela pesquisadora, informou que não tem espaço para falar sobre esse assunto na FMUSP e que isso parece ser um assunto tabu.

Da relação com os pacientes, relatou que não é algo simples, pois, por causa da rotina de trabalho, com grande demanda, ela acaba sendo desgastante, e o profissional pode se "*fechar*" ou criar um "*bloqueio emocional*", pois, para poder entender o que cada um precisa, é importante se abrir, e causa desgaste fazer uma investigação maior dos aspectos clínicos dos pacientes. Ao questionamento da pesquisadora sobre se tinha espaço para conversar sobre isso, o participante informou sobre os psiquiatras e psicólogos do GRAPAL.

Destacou não possuir uma rotina determinada, pois cada estágio tem um horário diferente. Ao ser indagado sobre se conversaram na faculdade sobre isso, destacou: "*já se parte de uma cultura... a gente sempre encarou como algo normal... parece que todo mundo já passou por isso, então se eles sobreviveram, nós também podemos sobreviver*".

Sobre as relações entre os colegas, confessou que na sua "panela" havia uma pessoa que não era flexível em ajudar os outros quando necessário, mas que isso não fez com que eles a(o) isolassem ou retirassem da "panela".

3.2.5 Participante 5

Esse participante tinha 24 anos, era filho único e se mudou da sua cidade natal para fazer cursinho e entrar na faculdade. Na época da entrevista, residia com amigos.

Disse ter decidido desde criança por medicina e não saber muito bem ao certo o que o motivou, mas acredita que o fato de sua madrinha sempre querer ser médica tenha influenciado. Frisou gostar de assuntos em torno da medicina.

Informou que fez dois anos de cursinho, tendo algumas questões familiares ao longo dessa etapa, mas que, com a ajuda da mãe, conseguiu superá-las.

Afirmou que a entrada no curso de medicina foi muito boa, mas em contrapartida relaxou nos estudos por causa do desgaste que teve durante o cursinho. Relatou que esse movimento é comum entre os estudantes, ou seja, relaxar após entrar no curso.

Destacou que desde o início, considerando o primeiro e o segundo ano, o curso não foi bom, analisando a forma como imaginava o curso médico e como era realmente, ou seja, pouca didática dos professores e a falta de vínculo entre teoria e prática no conteúdo explanado. Acrescentou que tal vivência o desestimulou tanto que o fez abandonar o curso

durante seis meses.

Sobre esse abandono, relatou um desânimo causado pela rotina do curso, junto com a pressão que vinha sentindo desde o período do colegial; com a competição da faculdade, não sustentou. Diz que, para enfrentar o curso, é preciso ter vocação e acreditar que futuramente terá estabilidade financeira.

Ao questionamento da pesquisadora sobre o que acredita que poderia mudar, chegou à conclusão de que há, no momento de entrada, para muitos estudantes, imaturidade. Disse que, na época em que estava desestimulado, participou de atividades extracurriculares como o "Show Medicina" (grupo de teatro composto por alunos da medicina da USP).

Quando solicitado que falasse da relação com os professores e colegas, disse que é como interpretar papéis, haja vista a presença de hierarquia entre os médicos, sendo necessário se adaptar aos ambientes em que se vive para poder ser bem recebido. Concluiu haver presença de atrito nessa relação, principalmente quando falta postura em aula.

Ao questionamento da pesquisadora sobre a questão do suicídio, o estudante acredita que seja algo próprio da geração, pois a presença do sofrimento e o fato de o curso ser pesado sempre existiram, e o suicídio nessa classe também. Mas observou que, na atualidade, há o crescimento da busca pelo suicídio como saída. Relatou que o difícil, no curso, não é a matéria em si, mas a lida com a morte, e considerou como é difícil, para ele, lidar com isso.

Relatou que a primeira vez que viu uma pessoa morrer foi na sala de trauma e que ficou por muito tempo sensibilizado. Mencionou o fato de a idade do paciente ser próxima da sua. Para lidar com isso, entrou em contato com a mãe e conversou com a namorada, que também era estudante de medicina, assim como assistiu a vídeos sobre cuidados paliativos. Diante das indagações da pesquisadora sobre o suporte que a faculdade fornece para tais entraves vividos pelos estudantes, informou que ao longo do curso inteiro tiveram três discussões sobre a questão da morte e que disso depreendeu que cada pessoa lidará de forma diferente com esse fator.

À indagação sobre como é ser estudante de medicina, responde que é algo "*engrandecedor*" pelo fato de ser um curso que lhe possibilita amadurecimento. Diz-se feliz sendo estudante de medicina.

3.2.6 Participante 6

Essa participante tinha 24 anos, era a primeira filha de uma prole de dois e residia com a família. Escolheu medicina por gostar de ciências e do ambiente hospitalar desde criança, por ser um lugar onde as pessoas são verdadeiras, ou seja, sempre estão completamente felizes ou completamente tristes.

Informou que fez três anos de cursinho, pois ficava muito nervosa no momento da prova, e se designou como uma pessoa bastante focada e desesperada. Frisou que realizar acompanhamento psicológico a ajudou.

Destacou que o início do curso foi algo muito bom e que os trotes foram muito tranquilos, mas ressaltou que os jornais relataram como algo ruim. Sobre o trote, disse que foram cedidas tintas para eles se pintarem e colocados na arquibancada para as pessoas jogarem água neles, recordou de forma muito animada.

Sobre os primeiros anos da faculdade, relatou terem sido maçantes, cheios de atividades com muita teoria e pouca prática. Destacou que o currículo da faculdade em si não é difícil, mas que o fato de as pessoas fazerem várias atividades juntas atrapalha. E todos fazem várias atividades extracurriculares, pois isso conta no momento da residência. Pontuou que as pessoas que não participam de nenhuma atividade extra são vistas como estranhas.

Ao falar sobre a formação, destacou que em sua turma se deu as várias tentativas de suicídio ocorridas em abril de 2017 (a participante se referiu ao acontecimento desenvolvido no trabalho a partir da reportagem de Collucci 2017). Diante disso, estudantes colegas da turma decidiram se reunir no palco do anfiteatro de um hospital; no momento do encontro, alguns coordenadores da faculdade, ao verem o que estava acontecendo, pediram para assistir da platéia a reunião.

Sobre essas tentativas, falou acreditar que, no período em que entraram na faculdade, ela estava dividida em dois lados, por causa de uma CPI, que significa Comissão Parlamentar de Inquérito e foi o nome usado para o levantamento de medidas a serem feitas na faculdade. Entre as ações havia a mudança curricular do curso, retirada de bebida alcoólica do Pub, análise dos casos de estupros, entre outras. Isso gerou uma atmosfera ruim, cindindo os alunos entre aqueles a favor das transformações e os que eram contra. Isso levou as pessoas a não estabelecerem muitos vínculos de amizade na turma, além de que a CPI retirou horários livres dos estudantes, assim como foi determinada a proibição de venda de bebida alcoólica,

descaracterizando o espaço de lazer e convivência dos estudantes, que era o Pub. Destacou, também, a possibilidade de, por conta da rotina, as pessoas não atentarem para o adoecimento emocional.

Frisou que as medidas tomadas pela faculdade diante do ocorrido não foram efetivas. Entre as medidas foi disponibilizado um telefone para momentos de emergência – "*disk suicídio*" –, para o qual pessoas que não estavam bem tentaram ligar, sem que ninguém atendesse. Apontou como uma boa decisão terem contratado psicólogos para atenderem no GRAPAL.

E frisou, desapontada, que a turma sofreu discriminação de veteranos, com relatos, no Facebook, do tipo: "*ah, é muito fraco para fazer medicina*"; "*não deveria estar aqui se você não agüenta*"; "*todo mundo já passou por isso*"; "*turma fraca*"; "*turma pq*".

Esta participante ao ser questionada se percebe alguma discriminação por ser mulher responde que sim e principalmente na área cirúrgica.

3.2.7 Participante 7

Essa participante, a mais nova de uma prole de três filhos, tinha 29 anos e residia com a família. Chegou a cursar outra faculdade, que decidiu deixar para buscar medicina. Informou que escolheu medicina por gostar da profissão e pelo bom retorno financeiro. Acredita que quem a influenciou a gostar de medicina foi o avô, que a ensinava a cuidar dos machucados e tomar remédios. Como decisão mais importante para deixar o antigo curso, relatou uma experiência na qual viu uma pessoa passando mal, mas a quem não pode ajudar ("*me senti impotente*"). Depois disso, ainda precisou fazer mais três anos de cursinho para entrar.

Falou que o início do curso é "*chatinho*", pois são aulas sem didática e com muitos slides, e que dá vontade de estudar sozinho, mas isso não é possível, pois a faculdade é bastante rígida com a presença em sala de aula.

Sobre a relação com os professores, afirmou não ter tido dificuldades, assim como não ter visto entraves diretos entre aluno e professor. Mas observou um caso em que a professora, ao passar a prova no computador, perdeu o controle e teve um surto de riso. Considerou que ninguém compreendeu muito bem o que ocorreu com a professora, mas acreditam que ela não estava bem.

Aos questionamentos da pesquisadora sobre os casos de saúde mental na FMUSP, a participante começou a falar sobre as tentativas de suicídio, informando que eram pessoas da sua sala. Acredita, ao tentar explicar, que foram vários fatores somatizados, mas a "*faculdade foi um gatilho*". Afirmou que, para que ocorra isso, há também uma predisposição de base, como alguns dos estudantes relataram, pois a rotina da faculdade não é algo absurdo. Destacou que a sua turma não estava lidando bem com a rotina do curso, e a faculdade decidiu retirar um horário livre que os alunos tinham para acrescentar uma disciplina. Quando indagada sobre como foi para ela ter presenciado as tentativas de suicídio em sua turma respondeu: "*Isso eu não sei dizer*".

Relatou que o nome da USP apareceu muito na mídia e ser um nome que ressalta aos olhos, pois, logo depois do ocorrido na FMUSP, dois estudantes de medicina da Faculdade da Santa Marcelina, do curso de medicina, tentaram o suicídio e realmente conseguiram se suicidar.

Como sugestão para a faculdade, disse ser importante haver um acompanhamento psicológico efetivo, com uma investigação profunda e sistemática do quadro emocional dos alunos.

3.3 Categorização

A seguir serão apresentadas as categorias extraídas da análise do discurso de cada participante, tomado como critério os temas que mais compareceram e tinham relação com o tema da pesquisa. Dessa forma, ponderou-se não acrescentar uma categoria "sofrimento psíquico", pois com a revisão sistemática dos textos, verificou-se que sofrimento é algo subjetivo de cada sujeito, que pode estar presente em cada subgrupo.

Foram selecionadas sete categorias: "Escolha por medicina"; "Início do curso"; "Amadurecimento ao longo do curso"; "Questões em torno da morte"; "Rotina"; "Os limites da terapêutica"; "Suicídio". Estas foram divididas e explanadas dentro dos três grandes eixos preestabelecidos; assim, no **eixo–1 Subjetividade do Aluno** –, ficaram presentes "Escolha por medicina" e "Amadurecimento ao longo do curso"; no **eixo 2–Formação médica** –, foram posicionadas as categorias "Início do curso"; "Rotina"; "Questões em torno da morte"; no **eixo 3– A medicina e ser médico** –, "Limites terapêuticos" e "Suicídio".

CAPÍTULO 4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na análise do conteúdo das entrevistas, retoma-se as duas hipóteses sustentadas como ponto de partida da pesquisa e apresentadas na introdução deste trabalho. Primeiro de que o mal estar presente no curso de medicina pode ser influenciado pela contemporaneidade e de que isso repercute de maneira mais grave nos estudantes de medicina por serem jovens. Sendo considerados como jovens alunos a partir dos trabalhos de autores (RAMOS-CERQUEIRA e LIMA, 2002; FIEDLER, 2008; BULAMAH, 2010) que, ao apresentarem suas pesquisas, salientam serem sujeitos que vivenciam a fase final da adolescência ao longo do curso. E a segunda é que talvez esses estudantes já durante a formação sejam influenciados por vicissitudes próprias da prática médica.

Antes de seguir, observam-se dois pontos: 1) o presente estudo considera esses estudantes com base no conceito de jovem, tendo em vista, segundo Miller (2015), que a adolescência não é um termo utilizado pela psicanálise, haja vista ser um conceito construído socialmente; 2) a contemporaneidade será o fio condutor da discussão, iniciando-se pelo papel que assume na subjetividade dos alunos, segue pelo seu atravessamento na configuração e estrutura da formação em medicina e finaliza com suas repercussões sobre o fazer da classe médica.

4.1 Eixo 1 subjetividade do aluno

Nesse eixo foram inseridas as categorias "Escolha por medicina" e "Amadurecimento ao longo do curso", para trabalhar a subjetividade dos alunos do ponto de vista da escolha por medicina. Sendo assim, seguem os dados:

Tabela 2 – categoria escolha por medicina

Eixo 1 subjetividade do aluno Categoria escolha por medicina
Participante 1 *"gosto da relação humana... gosto de conversar com as pessoas, e pensei um jeito que pudesse fazer isto tendo um bom retorno financeiro... e acho que desde criança também pensava, e rolou também dos meus pais sempre falarem – ser médico é legal".* *"passei a me imaginar sendo médico, mesmo não sabendo muito bem o que era isso... agente escolhe muito cedo... fiz o vestibular com 17 anos".*

Participante 2 *"usei alguns critérios... gosto de biologia, e tinha a questão do mercado de trabalho... e a questão de como o médico é visto". "o valor que todo mundo dá... assim dizem médico é uma profissão legal".*
Participante 3 *"Quando pensei em fazer algo mesmo foi medicina... eu gosto de ajudar as pessoas".*
Participante 4 *"Gostava do pensamento científico, assim de pensar excluindo hipóteses.. algo mais racional, mais fria... essa coisa do mistério e tentar descobrir o que a pessoa tem".* *"eu quero ser hematologista, não sei se você sabe, mas é onde as pessoas mais desistem durante a residência, porque você lida com a morte o tempo todo... eu gosto de lidar com isso, eu gosto de lidar com paciente terminal... é meio mórbido falar, mas é o que eu gosto de fazer".*
Participante 5 *"eu sempre quis fazer medicina, desde pequeno"... "não sei de onde veio isso...minha mãe conta que certa vez ao passar de ônibus pela faculdade... eu disse "oh, eu vou estudar aqui" e ela disse "faculdade de medicina?... tinha 4/5 anos"...* *"Eu tenho uma madrinha... que é uma segunda mãe e o sonho dela sempre foi fazer medicina... teve um papel muito importante na minha infância e até hoje".*
Participante 6 *"gosto de ciências em geral... no colegial fiquei em dúvida entre engenharia e medicina... no cursinho vi que o queria mesmo era medicina" "E acho o hospital interessante porque as pessoas são sinceras... ou estão muito felizes... ou muito tristes por perder alguém".*
Participante 7 *"a escolha... nossa, difícil... porque eu tinha decidido por medicina, mas fui fazer outra faculdade... no meio eu pensei 'não era bem isso', pois o outro curso é meio sofrida a vida... essa parte de ganhos e trabalhar muito".*

Tabela 3 - Categoria amadurecimento ao longo do curso

Eixo 1 subjetividade do aluno Categoria: Amadurecimento ao longo do curso
Participante 1 *"entrei com 18 anos... e a gente não sabe de nada, né*? *não que eu saiba muita coisa, mas eu era bem mais imaturo"*
Participante 2 *"a gente vai amadurecendo ao longo do curso, questão do estudar, como estudar... mas não fico pensando nisso no sentido de culpar, penso só que no começo da faculdade e agora estou de outro modo... evoluindo".*
Participante 3 *"eu pensava 'para que eu preciso saber disso'* (se referia às matérias de biologia dadas no início do curso). *Hoje eu vejo, e fui tendo outra visão ao longo dos anos".* *"não tem muita relação* (falava da falta de articulação com a prática médica em relação

à teoria), *daí foi meio desestimulante no começo".*
Participante 5 *"senti uma desmotivação que fez com que eu parasse por seis meses". "eu acho que a gente entra aqui achando que ser médico é muito mais simples do que é... e eu achava que na faculdade eu ia ver coisa que eu gostava, e não é verdade... então você chega aqui você tem um monte de aula na Cidade Universitária, com professores que não estão a fim de ensinar, aulas sem nexo com a profissão... isso deu uma desanimada"... "Mas acho que no momento somos muito imaturos, quando entramos... a gente adquire uma maturidade que é necessária"*
Participante 6 *"eu costumo brincar que você passa seis anos e parece que você envelhece uns 60, porque eu particularmente mudei muito desde que entrei na faculdade ... eu acho que amadureci muito certas opiniões, parei de sentir muitas coisas, parei de me impressionar com as coisas hoje em dia... tipo com a morte... resistente ... mas isto não é amadurecer, e sim mudar".*

Destaca-se primeiramente que a escolha por medicina é um aspecto importante na trajetória do estudante, pois é a partir dessa decisão que muitas coisas se balizam ou mudam de lugar no universo psíquico desse sujeito. Ou seja, ao decidir pelo curso, é comum que o aluno comece uma rotina intensa de muito estudo, abdicação de momentos com a família/amigos, e pouco lazer, para se dedicar plenamente a passar no vestibular (RAMOS-CERQUEIRA; LIMA, 2002). Acrescenta-se que muitos alunos fazem mais de uma vez essa preparação (SANTOS et al, 2017), haja vista o grande número de pessoas que almejam uma vaga nesse curso. Entre os entrevistados para a presente pesquisa, grande parte, com exceção do **Participante 1** e do **Participante 4**, fez mais de um ano de cursinho para alcançar o objetivo, frisando que investiram maciçamente horas de estudos.

Por outro lado, essa decisão profissional fala de uma constituição subjetiva. Ou seja, a partir da psicanálise, sublinha-se, primeiramente, que Freud (2010[1912]) afirma que as escolhas têm sempre influências conscientes e inconscientes, norteadas pela forma como o sujeito estabeleceu para seguir sua vida amorosa, que envolve o modo como o circuito pulsional foi constituído, ou seja, sua experiência singular com a satisfação, o que para Lacan aponta como um modo de gozo, o que por sua vez se articula com o sintoma e a fantasia, pois conforme Miller (2015) o sintoma é uma forma do sujeito tem de gozar. E na psicanálise a escolha profissional é sintomática, ou seja, tem ligação com o sintoma que cada um escolhe para si.

Retomando, foi visto que na fase infantil a criança constrói uma fantasia e um sintoma, o que a insere no período de latência que é um ponto de basta para as pulsões. Mas, com a

chegada da puberdade, onde o sujeito entra em contato com um novo real, esses dois componentes precisam mudar e se reestruturar. O que aqui concerne como o novo real é o empuxo hormonal, fenômeno físico, mas que gera, também, um fenômeno de corpo, pois leva a criança a se deparar com a sexualidade. Assim, a adolescência é esse período que a criança precisa para acalmar esse empuxo pulsional que surge. Fase bastante complicada, pois respostas sobre a sexualidade os púberes não encontram na linguagem (STEVENS, 2016[2001]).

Mas, para além de lidar com esse real da sexualidade, esses adolescentes precisam responder ao Outro social em relação ao seu posicionamento no laço social, pois como afirmado por Freud (2010[1914]) é uma fase em que eles se emancipam dos pais. E, segundo Stevens (2016[2001]), uma forma de se colocar nesse mundo adulto são as escolhas que se faz para si, como a escolha de um sintoma, a escolha de uma mulher, a escolha de uma profissão. A escolha de uma profissão com sua envoltura significante.

Assim, pontua-se que os estudantes fazem sua escolha profissional de forma consciente como pode ser visto nos trabalhos Ramos-Cerqueira e Lima (2002) e Trindade e Vieira (2009). Segundo esses autores, a escolha consciente pode estar ligada a fatores como: "o desejo de compreender, de ver, o desejo de contato, o prestígio social, o prestígio do saber, o alívio prestado aos que sofrem, a atração pelo dinheiro, a necessidade de ser útil, a atração pela responsabilidade ou pela reparação, o desejo de uma profissão liberal e a necessidade de segurança" (RAMOS-CERQUEIRA; LIMA, 2002, p. 109). Já as motivações inconscientes, afirmam, muitas vezes são impensáveis, como identificação com os pais, desejo de expiar impulsos agressivos, negação da morte, desejo de ver e saber sobre a morte e os tabus que essa área lhe possibilita transgredir.

Acrescenta-se que pela via do inconsciente pautado no sintoma elegido dessa época de saída da infância e entrada na vida adulta, e que é algo muito singular de cada sujeito. Nessa perspectiva, a psicanálise concebendo o sintoma como uma formação do inconsciente, diz de uma economia libidinal, de um singular modo de gozo e de uma matriz fantasmática a partir da qual, o sujeito se apresenta, se coloca diante do outro/Outro e estabelece a relação com seus objetos. Assim, é possível pensar que a escolha pela medicina é, em parte, sobredeterminada pelo sintoma e pela fantasia fundamental de cada um desses estudantes. E, talvez, por isso, muitos estudantes sustentem essa escolha, mesmo diante de sofrimento e dor, pois pelo viés do gozo a pulsão acaba sempre se satisfazendo.

Então, destaca-se que o **Participante 4** e a **Participante 6** trouxeram algo que concerne a esse aspecto em sua escolha: o primeiro, por exemplo, diz "*coisa do mistério*" e depois pontua: "*gosto de lidar com paciente terminal... acho meio mórbido falar, mas é o que eu gosto*"; e o segundo afirma: "*no hospital as pessoas são sinceras... ou estão verdadeiramente felizes ou verdadeiramente tristes, quando morre alguém*".

Verificou-se nos entrevistados, ao responderem sobre a escolha por medicina, um esforço de memória para retomar fatores que lhes geravam satisfação, e que pode ser compreendido como fatores conscientes. Por exemplo, o **Participante 1** destacou um gosto pela "relação humana"; o **Participante 2** frisou gostar de "biologia"; o **Participante 3**, um desejo em "ajudar pessoas"; e o **Participante 7** apontou apreciar a medicina. Estão de acordo com o trabalho de Millan et al. (2005) que mostraram que, grande parte de seus entrevistados, escolheu medicina pelo desejo de ajudar o próximo.

Vale indicar que o **Participante 1** e o **Participante 2** associaram a decisão por medicina ao prestígio social, assim como a ter um bom retorno financeiro, juntamente com o **Participante 5, Participante 3** e **Participante7**. Destaca-se que Nascimento-Sobrinho et al. (2006) e Trindade e Vieira (2009) apontaram que os estudantes fazem a escolha pelo curso médico norteados por um bom posicionamento no mercado de trabalho, pois acreditam que a medicina é uma profissão capaz de oferecer boas opções de trabalho. Nascimento-Sobrinho et al. (2006) afirmam que, vista isoladamente, a remuneração que os médicos recebem é vantajosa; no entanto, alertam que ela é viável dedicando-se muitas horas ao trabalho, com sobrecarga de funções e baixa remuneração por hora. Então, de forma contraditória ao explanado por Nascimento-sobrinho et. al (2006), os alunos entrevistados, apesar de estarem no internato, não realizaram uma reflexão sobre a quantidade de atividades a que se devem dedicar para conseguir o bom retorno financeiro que almejam.

Destaca-se, contudo, que a escolha por medicina não é algo posto apenas no momento do vestibular, mas uma opção para todo o curso, bem como para o exercício da profissão. Dessa forma, apresentam-se as vinhetas da categoria "Amadurecimento ao longo do curso", presentes na tabela 3. Das informações, faz-se a observação de que os relatos apontam para uma imaturidade e uma dificuldade de lidar com o início do curso, aliado a idade em que ingressaram (em torno dos 20 anos), o que possibilita sugerir que são sujeitos jovens ingressando na faculdade, e que vão vivenciar a saída dessa adolescência e inicio de uma fase adulta ao longo do curso.

Stevens (2016[2001]), a partir de Lacan, afirma que para a saída normal da adolescência, ou seja, neurótica como a maioria, "é necessário que o sujeito se oriente para o que escreve com I maiúsculo, que é o Ideal do Eu. O que é isso? é fundamentalmente uma escolha articulada ao significante" (p. 11 tradução nossa), ou seja, é a escolha de um nome, de uma profissão, de um ideal, de uma mulher, de um homem. É a escolha de um sintoma com sua envoltura significante. A escolha de uma profissão é um sintoma, como já assinalado. Assim, o Ideal de eu ancora a escolha de um sintoma que traga estabilidade para as relações do sujeito com seu sentimento de viver, assim como, no marco da realidade em que se vive. "A escolha de uma profissão forma parte do marco da realidade" (STEVENS, 2016[2001] P. 11, tradução nossa).

No entanto, verificou-se que essa escolha por medicina claudicou no início do curso, levando alguns a se sentirem desestimulados, outros a manifestarem o desejo de abandonar o curso, e um aluno deixou de frequentar o curso temporariamente. Apesar de tudo, verifica-se que, diante desses entraves, lançaram mão de significantes criados, trazidos singularmente de si – "*amadurecimento*", "*evoluir*", "*mudar*" –, como um processo de subjetivação dessa escolha, feita inicialmente num plano ideal, e no qual conseguiram se implicar como sujeitos e dar-lhes um sentido singular, assim como uma atualização para um curso real. Ou seja, precisaram de um tempo para perceber que se tratava de uma adaptação ao curso.

Para lidar com esse tempo de amadurecimento, o **Participante 1** precisou praticar esportes; o **Participante 3** não estudava, pois preferia se sair mal nas provas a estudar muito e adoecer; o **Participante 4** sempre fez terapia e buscou uma religião; o **Participante 5** abandonou o curso por um tempo; e o **Participante 6** participou do "Show Medicina". Verifica-se que esses alunos, cada um a seu modo, escolheram algo para auxiliá-los enquanto não conseguiam compreender o que ocorria.

Supõe-se que o que ocorreu com esses alunos foi uma dificuldade de lidar com o Real da medicina e todas suas vicissitudes, que serão explanadas no eixo "Formação Médica", a seguir, mas, destaca-se que esse "insuportável" da prática médica teria a ver com o contato com a morte, assim como, com a grande demanda de atividades. O trabalho de Trindade e Vieira (2009), também, destacam a presença de um idealismo sentido pelo aluno no início do curso, assim como Millan et al. (2005), que afirma que muitos estudantes entram nessa graduação sem ter uma noção clara das demandas da profissão. Alexander et al. (1992) constataram que isso gera uma frustração relativa à formação e que os estudantes sentem uma

desilusão ou uma sensação de perda de dinheiro, tempo e oportunidade, concluindo que alunos com grande potencial acabavam por se afastar.

Assim, para o presente trabalho, destaca-se que esses sujeitos tomaram decisões pautadas em idealizações, que precisaram ser atualizadas ao longo do curso. Algo em torno da castração simbólica precisou operar como mostra de que eles não poderiam ter aquilo que foi imaginado por atender uma escolha feita imaginariamente, e que ao se deparar com o real do curso gera frustração. Mas essa escolha pode ter uma envoltura simbólica a partir de um processo de subjetivação, que foi atualizada ao longo do curso, pois afirmaram que amadureceram.

Além disso, a contemporaneidade caracteriza-se por uma fragilidade dos referenciais paternos, e sabendo que o Ideal de Eu precisa da função paterna para sua constituição (Lacan, 1999[1957-1958]), haja vista que o sujeito retira do Outro os significantes que fará uso para esse processo. Logo, o enfraquecimento desses referenciais leva a uma não suposição de saber no Outro, fazendo com que, na atualidade, cada sujeito busque isoladamente sua própria solução diante da angustia que o real defronta o sujeito.

Freud (2010[1930]), porém, frisa que há meios de defesa contra a angústia. Um deles é a busca da felicidade, evitando-se o desprazer (e daí destaca-se a possibilidade de isolamento e afastamento); outro é o uso de substâncias químicas, haja vista que o sentimento de mal-estar é vivido em sensações no corpo, o que leva à utilização de drogas; e, por fim, a fuga para a neurose.

Segundo o trabalho de Kerr-Corrêa et al. (1999), é comum o uso de substâncias químicas, como álcool, entre os médicos e os estudantes de medicina. Frisa-se, porém, que não houve relatos dos participantes sobre o uso desse artifício. Já em relação a um possível isolamento, como postulado por Freud (2010[1930]), para evitar o desprazer, destaca-se que o **Participante 5**, por seis meses, abandonou o curso, em um momento em que, afirmou, não estava se sentindo bem.

Assim, cada sujeito, pautado na particularidade de seu sintoma, faz algo a partir deste: alguns fazem para si escolhas mais inseridas no laço social, como praticar um esporte ou parar algum tempo para repensar; outros buscam a religião. Em contrapartida, há sujeitos que vão usar drogas, outros desenvolvem um adoecimento no corpo, e outros ainda, na possibilidade de passagem ao ato, tentam o suicídio como caminho viável para lidar com tudo isso.

Escolhem uma saída pela via do real, sem conseguir uma elaboração simbólica para o que está acontecendo, ou seja, a angústia os toma.

Conforme Meleiro (1998), a passagem ao ato está ligada à influência de vários fatores que devem ser depreendidos de forma singular com cada sujeito. Então, pontua-se que além das questões subjetivas de cada aluno para a presença do mal-estar durante o curso, apresenta-se as vicissitudes da formação médica, explanadas a seguir, juntamente com entraves da própria medicina.

4.2 Eixo 2 formação médica

No presente eixo, se apresentam as categorias "Início do curso", "Rotina" e "Questões em torno da morte" para abordar a formação médica e suas vicissitudes.

Tabela 4- Categoria início do curso

Eixo 2 formação médica Categoria: Início do curso
Participante 1*"começo da faculdade foi bem frustrante, achava as aulas muito chatas mesmo... são aulas bem básicas ... eu não gostava de ir para as aulas. Eu fazia porque tinha que fazer"* *"aula mesmo o dia inteiro e monótonas porque são temas muito complexos e são dadas de um jeito... não são cativantes ...pouco de desinteresse, porque eu estava querendo fazer outras coisas, estava querendo sair, queria me divertir. Isso também interfere, lógico. Também tem muita coisa, pela falta de maturidade, você está com 18 anos e ter que, tem a carga de você estar numa universidade desse tamanho e ser cobrado desse jeito e ter que lidar com assuntos com uma carga horária e uma carga de conteúdo que eles jogam em cima de você. Assim como se fosse uma caçamba assim, sabe, joga em você. ¨Tipo a aula de quatro aulas de 150 slides e fala "Estuda!"*
Participante 3 *"no começo eu levei bem mal o curso... não gostava de estudar... deixava para estudar de última hora... e cheguei no quarto ano e vi que estava muito para trás".* *"no começo é muita matéria básica... a gente não tinha muito contato com medicina... quando eu paro eu acho que já estava um pouco cansada e me perguntava se era isso mesmo que queria".* *"no começo é muita matéria básica. Fisiologia, bioquímica... anatomia, a gente não tinha muito contato com medicina em si. Era com áreas básicas e no quarto ano que você vai para o hospital conversar com o paciente e você vai se sentir um pouco mais médico".*

Participante 5 *"foi muito bom passar na faculdade... e eu acho que relaxei... eu era um cara muito focado, estudava muito, quando entrei dei aquela relaxada... e que é o que a maioria faz devido não ser paga, não ter pressão grande dos pais, tem o fato de ser uma faculdade de nome"... "entrei em várias atividades diferentes, como o Show Medicina".*
Participante 6*"a faculdade em si não, primeiro semestre todo mundo vai mal porque você não sabe muito sobre ser universitário, ai depois você pega o jeito e as notas sobem... a faculdade em si não é difícil, o currículo dela não é difícil... o difícil é a quantidade de coisas que extras, tipo ligas acadêmicas"* (as ligas acadêmicas são um tipo de atividade extra curricular que se caracterizam em estágios em clínicas médicas).
Participante 7 *"O primeiro ano foi assim, cheio de aulas maçantes, cheio de coisas, é muita teoria, não é que não tenha aplicação na prática, é que naquele momento você não sabe... ai fica longe daquilo que você se dispôs a se dedicar... e quebra a expectativa".*

Tabela 5 - Categoria Rotina

Eixo 2 formação médica Categoria: Rotina
Participante 1*"Mas é a faculdade consegue ser bem frustrante"... "ou você fica na faculdade o dia inteiro e quando chega em casa você estuda, ou fica na faculdade o dia inteiro e utiliza o tempo livre para fazer atividades extracurriculares"* *"atividades do dia chega 6, 7 horas da manhã e já tem que levar todas as coisas ... por exemplo, à noite não tem lanchonete ... ai você passa o dia tendo aula ... e às vezes se o plantão é às 19h você não tem tempo de voltar em casa"* *"Se você quer formar você tem que passar por isso"*
Participante 3 *"chega o final do dia estou cansada, treino (futebol) e vou para casa".*
Participante 4 "*por exemplo, em pediatria, que foi o estágio passado,eu fiz doze horas por sete dias. Então eu tive que ir todos os dias no hospital trabalhando doze horas dia, indo para casa só para dormir, então qualquer outra profissão vão achar e dizer 'que trabalho escravo, meu deus do céu', mas a gente encara, e você vai começando a conhecer as pessoas de cada estágio, as pessoas, os residentes e vai virando meio que uma minifamília. Então, não sei, não é uma coisa tão ruim e estressante. Chego no final do dia cansado, mas olhando assim de fora, Ok dá para aguentar".*
Participante 6 *"a faculdade em si não, primeiro semestre todo mundo vai mal porque você não sabe muito sobre ser universitário, ai depois você pega o jeito e as notas sobem... a faculdade em si não é difícil, o currículo dela não é difícil... o difícil é a quantidade de coisas extras, tipo ligas acadêmicas... você acaba fazendo porque todo mundo faz e porque na prova de residência você tem que apresentar que você fez*

alguma coisa...você fica com pouquíssimo tempo livre... no internato ele é naturalmente pesado." *"Então podemos dizer assim que a faculdade é tipo uma cobrança de cada pessoa."*

Tabela 6 - Categoria questões em torno da morte

Eixo 2 formação médica Categoria: questões em torno da morte
Participante 1 *"Cheguei no leito dela e estava vazio...o residente disse 'ah, fulana morreu'... acho que foi a primeira vez que tinha acontecido isso comigo, e eu levei um baque muito grande... e eu realmente fiquei emocionado, fiquei até fragilizado, assim na hora 'mano, mas que bosta' (risos) 'ai que triste'".*
Participante 2 *"não é um coisa boa quando você vê uma pessoa falecendo na sua frente, é bem difícil... e a faculdade não tem muito isso, de como lidar com a morte, ou alguma matéria que a gente tenha de comunicar isso com a família ou mesmo lidar... algo que vem com a prática".*
Participante 4 *"Eu diria que eu não vejo a morte como a maioria das pessoas veem... eu acho que teria até vergonha de falar isso, mas não é que eu não tenha medo da morte, é que a morte é uma coisa inevitável".*
Participante 5 *"lidar com a parte técnica da medicina não é difícil... eu acho difícil o sofrimento ligado a pessoas, de ver tragédias, de lidar com a morte". "Eu acho muito difícil lidar com a morte... no serviço de verificação de óbitos... aquele lugar sempre foi um terror para mim... eu lembro de ver a primeira pessoa morrer, eu estava no terceiro ano... foi bem difícil... era uma pessoa jovem, tinha 21 anos e eu 22"*
Participante 6*"no final das contas... é bom por um lado quando você se torna mais resistente, eu acho que você se torna um médico, não melhor mas mais eficiente, porque você consegue lidar com as coisas melhor, porque se você ficar emocionado junto, você não ia conseguir fazer determinadas coisas objetivas... até certo ponto... de um lado é bom e por outro você fica mais exposto, a sua saúde mental fica mais exposta, porque você não está processando o que está acontecendo... ela vai continuar acontecendo, você só não vai pensar sobre isso, sei lá, você não vai sair correndo e chorar no banheiro porque alguém morreu, mas você sabe que alguém ainda morreu... Eu acho que como acontece com as pessoas que tentaram o suicídio de não reparar".*
Participante 7 *"de falecimento de paciente. Isso eu sofri se eu não me engano no segundo ano no EMA... que extensão médico-acadêmica... foi um paciente renal... a gente falava para ajustar a dieta, que a dieta é uma parte importante... e ele justamente não queria fazer nada (risos)... Então esse foi o primeiro que eu tive assim um impacto ... nossa, eu fiquei pensando ' nossa será que a gente fez tudo o que precisava?' "* *"lá eu trabalhava com criança e eram coisas completamente diferentes... você está trabalhando com desenvolvimento e de repente você vem e pega uma pessoa que faleceu. é*

bem diferente... a profissão x não mata a não ser que você vá fazer disfagia" (risos)

Conforme visto no subitem anterior, a preparação para se tornar médico se inicia antes da entrada no curso propriamente dito. Trata-se de um momento permeado por dedicação integral, exaustiva, que muitas vezes se desenvolve em anos de estudo, causando a sensação de não se estar progredindo profissionalmente, o que pode gerar autocobrança e sentimento de valer menos ao se compararem com colegas do ensino médio. A isso se somam uma grande exigência e expectativas que a sociedade deposita nos futuros médicos. Conforme Braga, Gutierra e Santos (2012), com o ingresso no curso, esses mal estares se presentificam e se potencializam.

O mal estar pode se fazer mais presente mediante a união de uma personalidade típica dos estudantes medicina – de quem, conforme Bjorkesten et al. (1983), de forma geral se exige serem inteligentes, responsáveis, inspiradores, sempre disponíveis, compreenderem o paciente – com as vicissitudes inerentes ao curso.

Dessa forma, de acordo com a análise das entrevistas, observaram-se entraves nos seguintes pontos: início do curso; rotina; relação médico-paciente; relação professor-aluno; presença da morte; e limites terapêuticos (estes serão explanados no terceiro eixo). .

O início do curso é um momento muito importante na vida universitária, pois é uma fase decisiva para o bom desempenho do estudante, o que vai ditar o seu desenvolvimento profissional durante a graduação (PASCARELLA; TERENZINI, 2008). No item anterior, explanou-se brevemente a queixa dos alunos diante da ausência de didática nas aulas, o que repercutiu no psiquismo dos alunos entrevistados como algo "maçante" e "desestimulante", por causa de aulas com muita teoria e pouco vinculadas à prática médica. Esses fatores se articulam com a categoria "Início do curso" e corroboram os trabalhos de Rocco (1992), Braga, Gutierra e Santos (2012), Chinato, D'Agostini e Marques (2012).

Outro ponto comum de queixa presente nesse momento de entrada na formação é o desgaste diante do fato de o curso ser em horário integral, com poucos momentos livres para estudar ou fazer "outras atividades". Sobre a pouca articulação da teoria com a prática nas aulas teóricas, é importante frisar que a FMUSP já havia se mobilizado, pois a instituição mudou a grade curricular, possibilitando, no começo do curso, disciplinas mais acessíveis, tanto que os entrevistados, ao se queixarem desse quesito, informavam a turma de medicina que iniciou o curso no ano de 2014, que ela havia sido beneficiada com a mudança.

Verificou-se que as horas acabam sendo preenchidas com muitas atividades, mediante a exigência dos próprios alunos para realizarem atividades extras, como as ligas acadêmicas, que seriam atividades práticas extracurriculares. Destaca-se a fala da **Participante 6** – "*tem meio que uma cobrança para fazer... sempre tem quem não faça... é bem raro*" –, que depois informa as ligas que fez:"*primeiro ano eu fiz insuficiência cardíaca, depois eu entrei na puericultura, que é com criança, não é legal, mas eu fiz um tempo, fiz cirurgia pediátrica, eu gosto de cirurgia, então eu fui entrando em coisa de cirurgia: cirurgia pediátrica, cirurgia cardíaca, cirurgia pediátrica – cardíaca, do trauma que eu usava bastante, UTI*". E o **Participante 7 –** *alem de você ter uma carga horária gigante você a gente ainda procura coisas a mais então a gente faz ligas a gente faz trabalho voluntário. Em um desses trabalhos era o EMA (Extensão Médico Acadêmica) que você vai aos sábado de manhã atender na comunidade.*

Birman (2008) refere a presença de um mercado de trabalho saturado, resultado da globalização. Logo, como destacado pela aluna, os estudantes precisam realizar várias atividades extracurriculares, pois na prova de residência são exigidas essas experiências, assim como viabiliza uma melhor colocação na prova perante os outros candidatos. Dessa forma, se desenvolve uma rotina desgastante devido, principalmente, à grande quantidade de atividades.

É interessante que, nesse momento de entrada no curso, os alunos sentem também um sentimento de alegria e de alívio, conforme revelaram o **Participante 4** e o **Participante 6** diante do fato de terem conseguido entrar no curso almejado. Conforme Taborda (2015), isso redunda em sentimentos ambivalentes: por um lado, eles sentem euforia por ter conquistado a aprovação no concurso, mas, por outro lado, se sentem frustrados por estar lidando com muitas mudanças próprias do começo da graduação.

Destaca-se, contudo, que, como os alunos entrevistados estavam no internato, houve ponderações sobre essa etapa do curso, que, segundo Millan et al. (1999), consiste no momento final da formação médica e se caracteriza fundamentalmente pelos seguintes pontos: atendimento ao paciente; dedicação integral; e escolha da especialidade. Os entrevistados relataram cansaço diante dos plantões noturnos, dificuldade na relação com os pacientes, e, uma rotina de estágios que não viabiliza o domínio sobre a rotina da semana, pois isso variava de acordo com a demanda de pacientes. Então, disso se depreende que cada ano do curso médico pode repercutir em características, peculiaridades e dificuldades próprias.

No que concerne à relação médico-paciente, os alunos são defrontados com um segundo aspecto gerador de ansiedade: a perda de pacientes. Compreende-se que a morte "avança" no curso, assim como na profissão médica, como uma vicissitude que repercute na subjetividade dos estudantes. Marta et al. (2009) afirmam que a morte se faz presente na profissão médica, principalmente, na conduta dos profissionais, haja vista que a profissão se encontra na intercessão da verdade "posta" pela ciência com a melhor e boa conduta perante a ética médica. Para os entrevistados, isso repercutiu como reflexão em torno do que poderiam ter feito para que a perda não ocorresse, como no caso do **Participante 2**:*"me incomodou, porque eu queria ter tentado fazer uma coisa a mais...umas condutas que eu fiquei pensando depois 'se eu tivesse feito isso, será que ela teria morrido'... mas não no sentido de me sentir culpado".*

Por outro lado, para alguns estudantes a vivência da morte gerou uma angústia de difícil compreensão. O **Participante 1**, por exemplo, destaca: "*e eu levei um baque muito grande... e eu realmente fiquei emocionado, fiquei até fragilizado, assim na hora 'mano, mas que bosta' (risos)*". Já o **Participante 5** afirma:"*lidar com a parte técnica da medicina não é difícil... eu acho difícil o sofrimento ligado às pessoas, de ver tragédias, de lidar com a morte*". *"Eu acho muito difícil lidar com a morte... no serviço*.

Desses relatos, se constata que a morte, como uma dimensão do real para todo sujeito, e o saber veiculado no curso de medicina não dá conta de recobrir. Lacan (2007 [1975-1976]) afirma que, como o real é aquilo que não é simbolizado pelo sujeito, logo é algo tomado como impensável. Esse conceito se articula com o de morte proposto por Freud (2010[1915]), que considera a morte algo "inconcebível" (p. 230) – mesmo que o sujeito tente imaginá-la, ele se coloca como mero expectador. Lacan afirma que "o fato de a morte não poder ser pensada é o fundamento do real" (p. 121), e o Real é sem lei e não possui sentido. Então, a morte no curso de medicina defronta esses alunos com esse impossível da existência a todo momento.

A medicina, assim como a fase de formação do médico, mostra-se permeada pela presença da morte, e se verifica que os relatos dos participantes (5 e 1), ao abordarem o assunto, mostraram que eles se sentem angustiados. Dessa forma, para a presente discussão, afirma-se que isso é o real da medicina, no sentido de que esses alunos se deparam com aspectos impossíveis de imaginar, algo do real; que segundo Lacan (2007[1975-1976]), da ordem do trauma.

Freud (2010[1915]) afirma que de forma inconsciente a nossa atitude para com a morte tem um poderoso efeito em nossa vida; ou seja, a vida empobrece, perde-se algo do interesse. Percebe-se, nas entrevistas, que ela desajusta os alunos em pontos diferentes. O fato de o **Participante 5** falar da morte de uma pessoa com idade semelhante à dele é, pode-se dizer, colocar-se perante a própria finitude, o que é corroborado por Quintana et al.(2008), que afirmam que, ao entrarem em contato com seus pacientes, os alunos ficam diante de sua própria vida, seus conflitos e frustrações. A **Participantes 6** e a **Participante 7** falam de morte ao fazer considerações sobre os suicídios, mas ambas destacam a morte na profissão médica como algo que não se processa muito bem. A **Participante 6** diz: "*De um lado é bom* (fala de um efeito positivo de não parar para pensar na parte emocional durante um procedimento médico) *e por outro você fica mais exposto,a sua saúde mental fica mais exposta, porque você não está processando o que está acontecendo... ela vai continuar acontecendo, você só não vai pensar sobre isso, sei lá, você não vai sair correndo e chorar no banheiro porque alguém morreu, mas você sabe que alguém ainda morreu...*". A **Participante 7** pontua: "*é bem diferente... a profissão* (se refere ao antigo curso) *não mata a não ser que você vá fazer disfagia*" *(risos).*

Millan et al (1999) se perguntam como um sujeito pode sustentar uma escolha profissional tão ligada ao sofrimento e a dor. Para a resposta elencam a necessidade de uma vocação médica, que se traduz em possuir características próprias de ser um médico como empatia e gostar de ajudar os outros. Contudo, como posto anteriormente no eixo da subjetividade, afirma-se que esse sofrimento é sustentado, pois a escolha de uma profissão é sintomática e segundo Lacan (2007[1975-1976]) o sintoma é uma forma de viabilizar o gozo no sujeito, gerando certa satisfação.

Por fim, destaca-se a fala do **Participante 4**, que demonstra gostar de se deparar com a morte, mas que, ao ser questionado pela entrevistadora sobre se tem espaço para falar sobre isso na faculdade, afirmou que não, pois percebe que o assunto é visto como um tabu. Em torno disso, Humanas Sáude (2018) realiza uma entrevista com a Prof. Dra. Kovács que esclarece que a maneira que a morte passou a ser tratada mudou com o tempo. "A grande mudança se processou na passagem do século 19 para o 20, com o desenvolvimento da medicina, principalmente, na sua busca de cura e de tratamentos cada vez mais sofisticados. Do ponto de vista médico, a morte passou a ser vista como fracasso profissional"(p.1)

Sobre dificuldades na relação com os professores, verificou-se, pelos questionamentos da pesquisadora, que não foi algo central nas ponderações dos alunos, que de maneira geral destacaram não ter passado por nenhuma situação de conflito direto. De toda forma, seguem as afirmações dos alunos sobre essa relação. O **Participante 5** firmou que não teve conflito talvez por saber que na medicina há uma coisa chamada "*interpretar papéis*", e que é necessário compreender onde se está, em qual cenário e com que pessoas, e assim respeitar a hierarquia. A **Participante 6**, corroborando esse aluno, afirmou que com ela não houve conflito, mas que percebe muitos colegas que não respeitam as instruções dos professores e nem os professores. Por outro viés dessa relação, se destaca que a **Participante 7** acrescentou que a sua turma tem em média 90 pessoas e que, pela quantidade de alunos, é difícil ter uma relação mais próxima com os professores.

Verifica-se que os entraves apresentados pelos alunos como a lida com a morte, e a dificuldade na relação com os pacientes, não encontravam dispositivos de ensino ou acolhimento na faculdade para serem melhor elaborados e compreendidos. Acrescenta-se que as Diretrizes Curriculares Nacionais (2016) que formalizam e estipulam as orientações sobre a formação médica não possuem pontos que possibilitem o desenvolvimento emocional desses futuros profissionais. Mesmo diante de várias produções científicas de médicos e profissionais da área da saúde, como Freud (2010[1919]); Millan et al (1999); Arruda e Millan (2008); Nogueira-Martins e Nogueira-Martins (1998), apontando para o sofrimento dentro da universidade ao longo da formação médica.

4.3 Eixo 3 a prática médica

Nesse terceiro eixo, está a categoria "Limites terapêutico" para abordar as vicissitudes do mal-estar inerentes à própria atuação médica e que repercutem no psiquismo desses alunos, além de tratar da imagem do médico na atualidade e da demanda que a sociedade tem sobre esse sujeito. Nesse eixo, em articulação às dificuldades do exercício de medicina, inserimos a discussão sobre a categoria "Suicídio".

Tabela 7- Categoria limites terapêuticos

Eixo 3 a prática médica Categoria: Limites terapêuticos
Participante 1*"Médicos são humanos, você pode errar, você pode indicar uma*

cirurgia num paciente que talvez não tenha sido a melhor indicação" *"Ao mesmo tempo que fico angustiada pela paciente... eu aceito sabe*? *não consigo resolver tudo. Não conseguimos fazer tudo"*
Participante 2 *"me incomodou, porque eu queria ter tentado fazer uma coisa a mais...umas condutas que eu fiquei pensando depois 'se eu tivesse feito isso, será que ela teria morrido'... mas não no sentido de me sentir culpado".*
Participante 3 *"tem que saber reconhecer que tem coisas que a gente sabe e outras que a gente não sabe... precisa parar e dizer assim 'não sei é melhor você procurar um outro médico' ou pedir uma ajuda para alguém que esteja ali na hora... se o paciente fala assim 'poxa, que médico burro', eu acho melhor assim do que a gente cometer algum erro".*

Para se iniciar a presente discussão, será investigado como esse fator da limitação terapêutica se tornou causador de angústia na área médica. Para tanto, será feita uma breve explanação sobre como a medicina é vista na atualidade e como isso atinge a sociedade, assim como os médicos.

A medicina persiste em sua aliança com o mundo científico, mas desta vez, e de certa forma, submetida às suas diretrizes, haja vista que sua aliança com o discurso capitalista a fez reivindicar definitivamente seu lugar no mundo da ciência e, para tanto, teve de passar por várias modificações (CARTELLE, 2010). Entre as mudanças ocorreu a transformação do seu objeto de estudo para algo que fosse quantificável e mensurável; no caso, não mais a relação médico-paciente, mas sim a doença. Portanto, o médico passa, com o uso de equipamentos específicos, a desconsiderar ainda mais o sujeito presente no corpo, atentando apenas para a doença.

Dessa forma, a tecnologia e o avanço científico abrem caminho para uma nova experiência médica: a de manter o paciente vivo a qualquer custo. Esse fenômeno torna-se viável com o surgimento desse maquinário e dos espaços denominados UTIs e CTIs; os médicos assumem a responsabilidade de organizá-los e passam a prolongar a vida dos sujeitos de forma indefinida (NEPOMIACHI, 2018).

Reiser (1990) acrescenta que tais avanços tecnológicos levaram a mudanças, também, nos métodos de diagnosticar e na relação médico-paciente. Isso porque o modo como os diagnósticos eram feitos partiam de provas subjetivas em que se configurava a junção das sensações relatadas pelo paciente com as observações do médico. Atualmente se verifica a mudança do diagnóstico para provas objetivas feitas por procedimentos de laboratório e

aparatos mecânicos e eletrônicos. Como uma mudança de um “ato médico” para um “ato técnico”, conforme Nepomiachi (2018).

Nogueira-Martins e Nogueira-Martins (1998) afirmam que, com o advento da tecnologia, há uma exigência da sociedade por uma resposta médica imediata no sentido de que algo possa ser feito, a qualquer custo, em prol do doente, o que reflete no médico como frustração, cansaço e sensação de incapacidade. Isso, igualmente, se articula à afirmação de Nepomiachi (2018) segundo a qual o médico pré-científico acolhia a demanda, o que lhe reservava um lugar sagrado: efeito placebo do tratamento, como posto por Balint (1984); transferência, como denominado por Freud (2010[1912]); e um lugar de sujeito suposto saber, como definido por Lacan (2008[1964]). Contudo, atualmente, “como resultado da ciência, o médico realmente tem um conhecimento cada vez mais efetivo à sua disposição e não é mais somente suposição de saber” (NEPOMIACHI, 2018 p. 62, tradução nossa), ou seja, ao médico é requerido um conhecimento técnico, objetivo e preciso; caso contrário, será de certa forma malvisto na efetividade de seu clinicar.

Outro ponto de articulação para a hipótese levantada é trabalhado por Leguil (2011), que desenvolve em *Declínio da clínica*. Nele o autor afirma que há uma tese segundo a qual existe um “desaparecimento” do corpo do paciente da cena relacional médico-paciente, como pode ser visto em Foucault (2015[1987]). No entanto, o autor deixa claro que há uma invalidade da tese, haja vista que na verdade o que desapareceu não foi o corpo do doente, e sim o do clínico. Ele dá como exemplo o momento em que se realizam exames por imagem (raio x) quando os clínicos rapidamente seguem para detrás de um vidro.

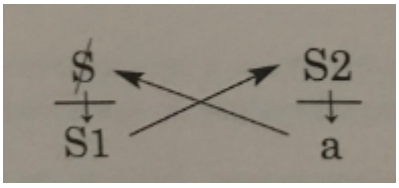
De qualquer forma, submetendo a certificação do olhar médico a exames de laboratório ou colocando apetrechos entre o corpo do paciente e o corpo do médico, pode-se dizer que retirar o corpo de cena equivale a se retirar da cena transferencial, ou seja, do vínculo que se estabelece com o paciente – e, nesse caso, em ato. Um paciente, ao entrar no consultório, pode demandar várias coisas, entre elas se manter doente de acordo com Lacan (2001[1966]), mas os médicos respondem a essas demandas com solicitações de exames e um arsenal de medicamentos. Para onde seguem as palavras e os pedidos dos pacientes? Elas retornam em ato. Sabe-se que daí surge a psicanálise, a partir da relação de Freud e suas pacientes histéricas. Ele lidou com aquilo que os médicos não conseguiam responder no início do século XX, que é saber trabalhar com o real do corpo. Hoje, no século XXI, a psicanálise

continua a responder a essa relação, agora "RMP" (relação médico-paciente), e com um *plus* tecnológico.

Assim, afirma-se que há duas vias de possíveis afetações aos médicos: 1) mudança na relação entre médico e paciente, pois o primeiro desconsidera a demanda do segundo pelo fato de precisar verificar o que ocorre com esse corpo por meio de exames, ou seja, de algo mais preciso e objetivo – o que pode levar o paciente a responder em ato na relação; 2) um poder/despoder presente no imaginário médico, consequência da aliança do discurso capitalista com o discurso da ciência, que trouxe novos maquinários e os coloca como seus operadores, um simples funcionário do sistema – o que o leva a uma possível falsa ilusão de que precisa curar e de que sua profissão não possui limites.

Assim, o que se menciona acima, articula-se com a fala dos participantes, como relatado pelo **Participante 2** –"*me incomodou, porque eu queria ter tentado fazer uma coisa a mais...umas condutas que eu fiquei pensando depois 'se eu tivesse feito isso, será que ela teria morrido?'... mas não no sentido de me sentir culpado*" – e pelo **Participante 3**: *"tem que saber reconhecer que tem coisas que a gente sabe e outras que a gente não sabe... precisa parar e dizer assim 'não sei é melhor você procurar um outro médico' ou pedir uma ajuda para alguém que esteja ali na hora... se o paciente fala assim 'poxa, que médico burro', eu acho melhor assim do que a gente cometer algum erro*".

Como desenvolvido no capítulo 1, Lacan (1992[1969-1970]), ao trabalhar os discursos que fazem laço social, apresentou um que não realiza laço denominado discurso capitalista. Berenstein (2016), a partir da leitura de Lacan, no texto "Du discours psychanalytique*"*, afirma que nesse discurso transita tanto a incidência da ciência quanto a da tecnologia em sua imbricação com a lógica de mercado presente, que visa ao lucro. Para explicar melhor essa afirmação, segue a fórmula desse discurso:



No lugar do agente, há o mestre contemporâneo como sujeito dividido, *$*, partindo de uma verdade, pois se articula com S1, que está no lugar da verdade, e se dirige ao sujeito S2, fazendo-o realizar uma produção, *a*, que é produto da lógica do discurso capitalista com a

intervenção da ciência. Esse produto *a*, por exemplo, pode ser um recurso tecnológico na atualidade, o qual S2 goza e pode tomar como um tamponamento para sua falta estrutural.

Verifica-se que na relação médico-paciente, o profissional da medicina atua a partir da lógica do discurso capitalista. Explicando com base na fórmula: o médico, em sua prática da medicina, segue a lógica do capital, que visa à mais-valia, logo o lucro, e pelo pensamento científico acredita ser detentor do saber (S1), da verdade. Direciona-se ao sujeito/paciente (S2) e, pelo raciocínio do discurso do mestre, faz com que esse sujeito produza um saber, *a*, pois esse paciente fala algo de si; em outras palavras, apresenta uma demanda. E a produção final, *a*, por exemplo, pode ser um diagnóstico – logo, um objeto produzido a partir da lógica do discurso capitalista e da ciência, que exclui o sujeito do inconsciente com todas as suas demandas; o qual o paciente pode gozar, pois um diagnóstico pode dar um lugar subjetivo que tampone ele acessar diretamente a causa do seu sofrimento.

Essa forma de atuar do médico com o outro pode gerar angústia na relação, pois, como visto anteriormente, muda o modo como a sociedade vê o médico, que exclui as questões subjetivas do paciente. E também as do profissional.

Com base nos resultados encontrados na pesquisa de campo, pode-se dizer que os alunos demonstraram um mal estar diante da limitação terapêutica presente na medicina; assim, acredita-se que essa limitação esteja ligada a esses aspectos do avanço do discurso científico, que trouxe novas tecnologias que fizeram com que a prática médica e a imagem do médico mudassem.

Dessa forma, destaca-se esse primeiro momento de discussão, apresentando os resultados articulados às formulações freudianas e lacanianas, juntamente com algumas pesquisas recentes sobre o tema do trabalho. Ratificam-se as hipóteses levantadas inicialmente, que esses sujeitos podem ser afetados em sua subjetividade: 1) a partir do lugar que ocupam de jovens na sociedade; 2) pelas vicissitudes da formação médica; 3) e pela forma como a prática médica se moldou.

Verifica-se que esses três pontos, por sua vez, são atravessados pelo mundo contemporâneo e suas mudanças na ordem Simbólica, que não se sustenta mais como antigamente diante do Real que se apresenta. Percebe-se o principal balizador dessas metamorfoses sociais, o sistema capitalista, que rompeu o horizonte do sistema feudal de produção, trazendo novas formas de produção, logo, e consequentemente, uma nova articulação ao laço social, que passou a ser mediado pela troca do trabalho por dinheiro. Esse

sistema vem operando modificações desde o seu surgimento, gerando na atualidade a fragilidade da ordem simbólica, que afeta principalmente os jovens (MILLER, 2015).

Contudo, observa-se que esse sofrimento dos jovens de medicina é uma realidade presente e comum aos estudantes nas universidades do Brasil. Almeida e Caixeta (2013) buscaram discutir em seu trabalho os sintomas psíquicos em estudantes universitários e como tais sintomas afetam a sua vida acadêmica. Dessa forma, as pesquisadoras apontaram como comuns entre os universitários: dores de cabeça, insônia, tremor, agitação, antecipação de preocupação, isolamento, irritabilidade, sudorese, compulsão alimentar.

Por causa das dificuldades vividas durante o curso superior, a saúde mental dos alunos brasileiros tem sido posta em destaque entre os representantes da saúde e coordenadores das universidades, que vêm se articulando por meio de pesquisas, planejamento e criação de estratégias para contornar esses desafios.

Ferraz Junior (2017) apresenta a pesquisa mundial realizada e divulgada pelo programa de avaliação de estudantes da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Segundo o autor, 56% dos alunos brasileiros que participaram da pesquisa tiveram o maior índice de estresse durante os estudos. Quando o quesito era ansiedade no momento da prova, esse público se posicionou em segundo lugar no *ranking* de 180 países avaliados. O autor afirma ainda que o mesmo ocorre na universidade, ao longo do percurso acadêmico: o Centro de Orientação Psicológica (COPI), em Ribeirão Preto (SP), por exemplo, trabalha com o limite máximo de atendimentos, e vagas novas são preenchidas em curto espaço de tempo.

Outra pesquisa sobre as universidades federais brasileiras mostra também que, entre dez estudantes universitários, três já buscaram atendimento psicológico ao menos uma vez na vida. Os dados vêm do levantamento divulgado em 2016 pela Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (ANDIFES), realizado por meio de questionário e entrevistas com 939,6 mil alunos de todo o país. A pesquisa revela ainda que as mulheres são as que mais buscam por tratamento e que grande parte já fez uso de medicamentos psiquiátricos (CAMBRICOLI; TOLEDO, 2017).

E, destaca-se a informação da reportagem de Collucci (2017): “A estudante de medicina da USP, Karen Terra de 23 anos, relata que houve falta de acolhimento por parte de uma professora. No semestre passado, com crises de ansiedades e início de depressão, ela teve de faltar em algumas aulas” (p.18).

Tais resultados são graves, pois revelam que algo não vai bem com o estudante, sinalizando a presença de um sofrimento psíquico que pode até levar a casos de tentativas de suicídio ou ao suicídio propriamente dito. Sobre esse assunto, Cambricoli e Toledo (2017) informam que na Universidade Federal de São Carlos ocorreram 22 tentativas nos últimos cinco anos e que na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e na Universidade Federal do ABC (UFABC) houve cinco casos de suicídio no mesmo período.

Os casos de tentativas ou o ato propriamente apontam para um sofrimento psíquico intenso nesses alunos. De acordo com Padovani (2014), as taxas de sofrimento psíquico vêm aumentando ao longo dos anos. O pesquisador traz os dados do Fórum de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis, obtidos em pesquisa sobre o perfil socioeconômico e cultural dos estudantes das instituições federais de ensino superior brasileiras. Averiguou-se que 6,9% dos estudantes relataram ao menos algum sofrimento psíquico no ano de 2004, enquanto em 2011 a porcentagem aumentou para 47,7%.

O tema do suicídio foi abordado pelos alunos entrevistados. Seguem-se os dados:

Tabela 8- Categoria suicídio

Eixo 3 a prática médica Categoria: Suicídio
Participante 2 *"na nossa faculdade está muito pesado o clima. Teve tentativas de suicídio...e os professores não lidam bem com os alunos".*
Participante5 *"Eu acho difícil, assim saber o porquê de estar acontecendo esses casos de suicídio. Eu sempre me pergunto se é uma coisa que sempre aconteceu e as pessoas não sabiam, ou se realmente aumentou muito... Eu acho que tem a ver como as novas gerações, é isso com certeza. Mas já fui pesquisar... porque as pessoas são hoje assim, sofrem mais ou pensam em suicídio muito mais do que pensavam antigamente... Porque eu acho que o sofrimento sempre existiu. Sempre foi pesado, sempre aconteceram coisas ruins dentro da faculdade, mas hoje eu acho que aumentou mesmo a busca pelo suicídio... Eu acho que as pessoas tomam como uma alternativa muito mais do que se via antigamente.*
Participante 6 *"o pessoal que acabou tentando suicídio... a minha ideia é a de que não perceberam que estavam mal e a hora que alguém tentou se matar elas pensaram 'ah, boa ideia é isso aí'... porque foi tão seguido, foram dias assim de diferença, que não deu nem tempo de planejar. Era tanta gente que estava mal. E que não tinha se tocado que estava mal, e na hora que algum tentou se matar falou 'ah nossa'. Foi muito seguido, foi meio chocante, e o engraçado que aconteceu dentro de um mesmo grupo de clínica, o que foi ainda mais chocante (risos) eram as pessoas que conviviam todos os dias juntos. Então foi muito próximo".*

Participante 7 *"eu acho que tem muitas coisas somatizadas, não é só a faculdade, mas que a faculdade foi um gatilho para essas pessoas... as pessoas podem já ter uma predisposição de base, podem já ter problemas fora, como algumas delas comentaram depois, mas você vê que a pressão que a faculdade põe, e não é uma pressão assim absurda, é assim 'estuda, tem prova, tem aula , vai, faz trabalho, faz não sei o quê',mas é que, se você já tem uma predisposição, você já tem outras coisas na vida, você precisa ter aquele momento para você, você precisa de uma janela para poder fazer a sua terapia, e vai a faculdade e tira essa janela, a pessoa perde uma qualidade de vida muito grande, que ela perde um momento de escape dela, e às vezes a faculdade não dá esse tipo de suporte de perceber que a pessoa precisa de um tempo livre, precisa de um momento para ela"*
"Acho que isso foi o maior fator de nossa turma ter dado essa quebra"

Então, como se pode perceber, os alunos abordaram o acontecimento de abril de 2017, em que na FMUSP houve várias tentativas de suicídio. Segundo os relatos, foram 11 tentativas seguidas, sendo que uma pessoa tentou duas vezes. Esses estudantes eram de uma mesma turma de clínica do quarto ano, ou seja, era um subgrupo ("panela") que estava cursando conjuntamente a disciplina de clínica médica. Conforme o **Participante 6**, no quarto ano os alunos começam a ter práticas no hospital, e é um ano realmente bastante desgastante pela demanda de trabalho, quando realmente se começa a ter contato com os pacientes.

Sobre os casos, o **Participante 7** informou que um deles ocorreu num momento de desespero, em que ela conseguiu ir até o Instituto de Psiquiatria (IPQ) e buscou o residente dizendo "*me interna, que, se não eu saiu daqui, e me jogo na frente de um ônibus*"; outros se deram por excesso de medicação, que, acredita, foi por *"benzo... é um ácido*". Por sua vez, a **Participante 6** relatou um caso em que, no meio de uma discussão com o namorado, o aluno pulou do quarto andar.

Então, primeiramente, se destaca que, nas tentativas e nos casos de suicídio, compreender as causas que motivaram um sujeito a realizar essa ação requer um estudo de caso aprofundado. Contudo, supõe-se que uma das motivações foi o fato de que os alunos não suportaram o real do curso de medicina, que, no caso, é a presença de sobrecarga de matérias e atividades, a lida com a morte, as limitações de sua terapêutica e, aliados a tudo isso, os muitos trabalhos que lhes são exigidos pela contemporaneidade para poderem se colocar bem profissionalmente, o que repercute em uma cobrança constante que não vem só da faculdade, mas do próprio estudante, logo do Outro. Além de tudo isso, acrescenta-se o fato de a faculdade não possibilitar espaços para trabalhar em aula as questões sobre o cuidado emocional diante das dificuldades que os alunos enfrentam na prática médica.

O suicídio, na psicanálise, é chamado de passagem ao ato; e o *acting out* é o ato, conforme Lacan (2005[1962-1963]), do sujeito se evadir de uma cena a partir de uma atuação, e essa sempre está de certa forma ligada ao objeto *a*, e como se fosse uma forma de repor o objeto *a.* Logo, acrescenta-se que o *acting out* é algo dirigido ao Outro, e, quando se está em análise, se direciona ao analista. Compreende-se, então, que esses vários casos seguidos de tentativa de suicídio foram um pedido de socorro, uma solicitação de ajuda, mostrando em ato que estava insuportável lidar com o mal-estar, tentando o suicídio como mensagem cifrada ao Outro. Um surto histérico, pois um foi se identificando com a atitude do outro e repetindo em sequência a tentativa de se matar, contudo considera-se que foi um *acting out*, pois guardava a mensagem para o Outro de pedido de ajuda.

Verificou-se que, diante do ocorrido, a turma se reuniu para tentar compreendê-lo, como relatou um participante: "*A turma resolveu se reunir como turma, porque sabíamos que a faculdade ia entrar no meio e passar um monte de pesquisa para fazer triagem... ninguém respondeu a pesquisa de forma séria... nos reunimos para conversar. As pessoas começaram a levantar coisas que tinham acontecido durante a faculdade... achavam que tinha um ambiente ruim entre as pessoas durante o momento da CPI e que causou, na faculdade, uma divisão, logo muitas pessoas não se conheciam dentro da mesma turma*".

Verifica-se a partir da fala da estudante a importância do estabelecimento do laço social para apaziguar a angústia que é lidar com um curso complexo que é a medicina. Outro participante informou que essas sequências de tentativas de suicídio podem ter sido influenciadas pela retirada de um horário livre da grade curricular para inserção de uma disciplina. Medida que pode ter reverberado numa atitude em série das tentativas, a partir de uma identificação histérica com o outro, e, como meio de responder em ato que não estava sendo possível suportar o real que é um curso de medicina.

Considerando-se isso, medidas têm sido tomadas pelos dirigentes das universidades para amenizar os efeitos e oferecendo apoio necessário e devido aos alunos. Esses responsáveis têm conhecimento de que transtornos mentais têm impactos negativos no desempenho discente e de que o acompanhamento dos alunos por profissionais diminui a possibilidade desses ocorrerem.

Sendo assim, o capítulo a seguir visa apresentar possíveis ações e dispositivos de prevenção para a deflagração de adoecimento em saúde mental.

CAPÍTULO 5 – PENSANDO EM POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÕES

As pesquisas (BRAGA; GUTIERRA; SANTOS, 2012; ARRUDA; MILLAN, 2008) apontam a relevância de ações preventivas no âmbito da saúde emocional dos estudantes universitários.

Com base na revisão de literatura, muitas iniciativas já foram tomadas para o desenvolvimento de dispositivos em prol da saúde dos alunos, como apontado ao longo do trabalho. Algumas delas serão apresentadas novamente a fim de desenvolver este capítulo, numa articulação com os referenciais da psicanálise, com o propósito de aprofundar o tema das possíveis medidas para acolher as demandas estudantis e assim viabilizar a reflexão sobre medidas de prevenção dos agravos da saúde mental na universidade.

Retoma-se, primeiramente, a consideração de que os alunos de medicina fazem parte de um grupo maior, que são os estudantes universitários, mas em contrapartida possuem especificidades e peculiaridades próprias que os afetam consideravelmente, como apresentado na pesquisa, revisitadas no esquema 1, apresentado na página 39. Resumidamente, destaca-se que entre elas há as exigências impostas pela sociedade; a autocobrança; as disputas entre pares, que se iniciam ainda no curso preparatório de ingresso à universidade; as exigências e vicissitudes da formação médica; a dificuldade no laço social com os professores e com os colegas; a prática tão intercalada entre a dor e o real da morte.

No desenvolvimento deste capítulo, haverá momentos em que o enfoque e os exemplos serão relativos aos estudantes de medicina; no entanto, as colocações e medidas podem ser estendidas aos alunos das universidades de um modo geral.

Assim, considera-se que nesse universo de jovens que passam por adoecimento psíquico existem três fatores que se configuram como entraves e dificultam o cuidado de saúde desses sujeitos.

Em primeiro lugar, os casos de alunos que estão em sofrimento psíquico e não têm condições de obter um acompanhamento psicológico para auxiliá-los, seja por questões financeiras, seja por algum obstáculo de outra ordem. São pessoas que precisam e querem ajuda, mas não conseguem acessar o cuidado profissional.

Em segundo lugar, os casos de sujeitos que estão passando por dificuldades ao longo do curso, podendo ser elas acadêmicas, familiares, profissionais, ou até mesmo o início de um adoecimento psíquico sobre o qual a entrada de acompanhamento psicológico agiria em

âmbito “preventivo” – entre aspas, pois a psicanálise não considera a questão da prevenção como a medicina e a psicologia, por exemplo, mas pondera a possibilidade de implicar o sujeito em seu sintoma, levando-o a se posicionar diante dele da forma que escolheu –, ou seja, uma ação para dar contorno e espaço de fala à angústia, antes que o sujeito tome outras medidas para lidar com essa dor. Priszkulnik (2009) esclarece que o psicanalista “pode oferecer um espaço de escuta para o dizer daqueles que sofrem, pois a maneira de escutar faz com que o discurso daqueles que pedem ajuda possa se modificar e adquirir um sentido novo” e que “o psicanalista sabe que, em parte, dar sentido a um acontecimento “traumático” alivia a angústia, pois toda representação ou interpretação é de certo modo curativa”. Então, como Freud enfatiza em sua obra, falar diante de um outro que escuta produz efeitos terapêuticos.

Por fim, em terceiro lugar, os casos de alunos que talvez até saibam, de forma consciente ou inconsciente, que precisam de acompanhamento, mas se isolam, se silenciam, e não buscam ajuda de um psicólogo nem de outras pessoas, deixando de lado suas atividades, chegando, muitas vezes, ao ponto de abandono da formação ou, até mesmo, de abandono da própria vida.

As possibilidades de abordagem para essas três situações serão desenvolvidas em três blocos: 1) medidas de atenção terciária em saúde mental; 2) medidas de atenção primária em saúde mental; 3) medidas de atenção para casos de isolamento. Percebe-se que elas variam de acordo com o desejo e as possibilidades do sujeito.

5.1 Medidas de suporte em atenção terciária

Com base na revisão de literatura e da pesquisa aqui realizada, verifica-se que muitos alunos percebem que estão com algum grau de mal-estar ou sofrimento e assim buscam ajuda. Entre os serviços já desenvolvidos, apresenta-se primeiramente o Grupo de Assistência Psicológica ao Aluno da FMUSP (GRAPAL). A ideia de criar um espaço com a finalidade específica de oferecer essa assistência aos alunos surgiu em 1968 no momento em que estavam introduzindo um novo currículo na faculdade. Nesse período o Professor Arruda que ministrava aulas de psiquiatria, psicologia médica e psicossomática ao longo de seu trabalho, passou a realizar reuniões em sua residência, onde se discutiam questões ligadas ao curso até conflitos pessoais dos alunos, tendo um contato mais próximo com os alunos e, por isso, pode escutar e compreender os conflitos e as angústias por eles apresentados. A partir dessas

reuniões, o docente iniciou um planejamento para criação de um espaço de assistência, no entanto, a contingência atravessou seu planejamento, pois antes da formalização do espaço ocorreu o suicídio de um dos componentes desse grupo de alunos com quem conversava. Diante desse fato, Arruda tomou a decisão de desenvolver o GRAPAL que foi inaugurado em 1986 (ARRUDA; MILLAN, 2008).

Nos dias atuais, conforme informação do site do GRAPAL, o serviço segue em funcionamento e atende não somente os alunos de medicina, mas também os do curso de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, por fazerem parte dessa faculdade. Atualmente a equipe é composta por um psiquiatra e dois profissionais de psicologia contratados após os acontecimentos de abril de 2017, com as tentativas de suicídio na faculdade.

Em consonância com esse dispositivo, apontam-se outros espaços na USP que oferecem um serviço de acompanhamento psicológico aos estudantes e medidas que foram lançadas para contemplar a busca por atendimentos. Entre eles, há a Clínica Psicológica Durval Marcondes, vinculada ao IPUSP; no ano de 2017, a FMUSP lançou um informativo aos profissionais de psicologia, veiculado por e-mail, solicitando a disponibilidade desses para atendimento voluntário aos alunos dessa faculdade nos seus consultórios particulares; os representantes do centro acadêmico da Escola Politécnica da USP, conhecida como Poli, investiram em um cadastramento de profissionais disponíveis para realizarem consultas com valores acessíveis aos alunos.

A partir dessas medidas, citadas no parágrafo anterior, a pesquisadora se colocou à disposição para atender esses alunos, tendo recebido em seu consultório particular três deles, sendo dois de terapia ocupacional e um de geografia, pacientes que passaram pelas entrevistas preliminares em psicanálise e agora se encontram em análise.

Consideram-se importantes essas medidas para poder dar uma solução possível à demanda de saúde mental que vem aumentando com o passar dos anos. Por exemplo, o trabalho de Ferraz (2017) informa que o Centro de Orientação Psicológica (COPI), no campus da USP de Ribeirão Preto, sempre atuou com todos os seus horários ocupados e que, diante da abertura de novas vagas, em apenas duas horas todas foram preenchidas. Por sua vez, a reportagem de Matos (2017), “Por que os jovens universitários estão tão suscetíveis a transtornos mentais?”, traz o relato de um aluno que estava passando por muita dificuldade

nos estudos, começando a se isolar e a não ir mais para as aulas, até o momento em que optou por vender seus pertences para conseguir pagar um psicólogo.

Relembrando a afirmação de Birman (2008), se vive um momento em que há uma saturação do mercado de trabalho. Então, em muitos casos, os estudantes não possuem condições financeiras para arcar com um tratamento, pois, como estão na faculdade exatamente com o propósito de se preparem e se colocarem melhor nesse âmbito profissional, muitas vezes, diante das exigências do curso em período integral, fica inviável terem tempo disponível para trabalhar, ou simplesmente não conseguem vagas de emprego ou estágio. Além disso, muitos saem de sua terra de origem, conforme afirmam Teixeira et al. (2008) e Pascarella e Terenzini (2008), e vivendo com recursos de bolsas-auxílios que garantem apenas a sua alimentação e vestimenta.

Assim, é importante ponderar que muitos alunos passam por urgências psíquicas que não correspondem ao tempo de espera para uma consulta no Sistema Único de Saúde. Sabe-se que as Unidades Básicas de Saúde possuem em seu quadro funcional psicólogos, mas é preciso agendamento prévio com um médico para em seguida ser encaminhado ao profissional de psicologia. E os hospitais de emergência podem estar fora do alcance em tempo e espaço para alguém que se encontra a instantes de cometer um ato que prejudique sua vida. Para esse aspecto, é de suma importância, na medida do possível, que as faculdades ou centros de ensino ofereçam espaços humanizados, reservados e discretos de atendimento, composto por psiquiatras e psicólogos ou outros profissionais que se façam necessários.

Contudo, as medidas apresentadas acima mostram trabalhos e dispositivos para os estudantes que já apresentam algum nível de transtorno ou sofrimento que mobiliza uma busca por auxílio. Com base nos resultados dessa pesquisa, porém, constatou-se a presença de alunos que, não conseguindo se perceber, com muitas dificuldades, precisam de ajuda externa para balizar o engajamento em seu próprio cuidado.

5.2 Medidas de suporte em âmbito primário

Esse ponto consiste em desenvolver aspectos voltados para a “prevenção” do agravamento em saúde, possibilitando que os alunos olhem para si mesmos e percebam que algo não está bem e assim tomem a decisão de buscar ajuda. Frisa-se a importância para os alunos de medicina, as informações sobre as vicissitudes a que eles estão suscetíveis por

estarem engajados nessa formação específica, como explanado no item “Prática médica” e “Discussão dos Resultados” da presente pesquisa.

Ao longo da pesquisa, trabalhou-se com a hipótese de que esses sujeitos enfrentam o processo de escolha de uma carreira profissional na passagem da adolescência para o inicio da vida adulta e de que isso pode influenciar seu psiquismo pelos seguintes fatores: 1) ser a juventude um momento que implica um processo psíquico de reconfiguração do sintoma e da fantasia; 2) estarem os estudantes num momento contemporâneo em que há um declínio da imago paterna que, por sua vez, afeta essa fase de reestruturação psíquica; 3) essas mudanças contemporâneas interferem no laço social, e isso trás consequências para os jovens.

A hipótese foi confirmada, pois os alunos entrevistados nesta pesquisa realmente se mostraram bastante angustiados em sua escolha pelo curso durante a fase inicial, que corresponde à saída da adolescência e entrada na vida adulta, conforme Stevens (2016[2001]). Logo, esse fato precisa ser considerado pelos profissionais que trabalham e convivem com esses estudantes, uma vez que a decisão por medicina pode sofrer questionamentos ao longo da formação, podendo gerar dor e angústia.

Deve-se, também, conseguir transmitir aos alunos as vicissitudes pelas quais passarão ao longo da formação – as dificuldades diante da morte; os entraves na relação com os pacientes; os limites da terapêutica médica – e a possibilidade de isso gerar um efeito de impotência. E é fundamental que se transmita esse conteúdo e se possibilitem meios de trabalhar, entre eles, como já posto, oferecendo um serviço de psicologia (que pode ter psicólogos e/ou psicanalistas).

Dessa forma, acrescenta-se que existem alunos que estão passando por urgências psíquicas e não conseguem perceber que estão passando por dificuldades. Isso pode ser visto nos resultados da análise dos casos de tentativas de suicídio ocorridos em abril de 2017 com os estudantes da FMUSP, segundo Collucci (2017). A partir desse ocorrido, foi analisado e compreendido que se tratou de um pedido de ajuda em que lançaram mão de um *acting out* para expor a mensagem de que não estavam suportando a realidade do curso.

As conclusões do trabalho de Taborda (2015), segundo as quais a maioria dos alunos com ansiedade e depressão em níveis leves e moderados apresentou resistência para buscar auxílio psicológico, corroboram o que vem sendo discutido. Segundo a autora, a resistência se apresenta em dois níveis: um mais intenso, em que o aluno não percebe seus sintomas e seu sofrimento, não se dando conta de que precisa de ajuda, e outro menos intenso, em que

percebe que precisa de ajuda, mas não a procura. Para a psicanálise, reconhecer que se precisa de ajuda é supor uma ajuda no Outro, mas, também, é enfrentar a frustração de não ser onipotente (aquele que consegue resolver tudo sozinho).

Assim, considera-se que, apesar da mobilização das universidades e dos centros de ensino, que passaram a disponibilizar serviços para acompanhar e dar suporte aos alunos, outros fatores precisam ser levados em conta. Dessa forma, ratifica-se que os trabalhos e dispositivos para a prevenção em saúde mental precisam ponderar que, atualmente, existem sujeitos que não buscam o acompanhamento por não suporem uma ajuda no Outro, por não olharem e escutarem a si próprio e o próprio corpo e, também, por não quererem aceitar que ninguém consegue resolver tudo sozinho. Logo, para cada dispositivo, é preciso implementar medidas diferentes, em níveis de intervenção que visem sensibilizar os estudantes e, também, o corpo docente, para a mobilização subjetiva inerente à formação médica. Por exemplo, a utilização de palestras, seminários, workshops.

Acrescenta-se, esta fala do **Participante 6** pode fomentar uma reflexão sobre as possíveis medidas: "[...] *quando aconteceu (tentativas de suicídio), a turma resolveu se reunir como turma, pois a gente sabia que a faculdade ia entrar no meio... tanto que passou um monte de pesquisa para fazer triagem com a gente, e ninguém respondeu à pesquisa de forma séria*". Em outro momento da entrevista, a estudante informou que é difícil buscar ajuda no IPQ, pois os seus dados ficam disponíveis no sistema junto com seu prontuário, sendo de livre acesso para todos.

A afirmação do **Participante 6** demonstra que a turma não validou a medida proposta pela faculdade de fazer triagem, pois, em primeiro lugar, conforme o aluno, não se tratava disso e, em segundo, demonstra a preocupação com o que pode ficar exposto sobre si para os outros; e se considera que essa preocupação de ficarem expostos tem a ver com a cobrança no sentido de serem excelentes profissionais, não podendo mostrar sua impotência, como apontaram Ramos-Cerqueira e Lima (2002).

Acrescenta-se a fala do **Participante 4**: "[...] *já se parte de uma cultura... a gente sempre encarou como algo norma (se referia as cobranças do curso e excesso de trabalho)l... parece que todo mundo já passou por isso, então, se eles sobreviveram, nós também podemos sobreviver*". O que denota que suportar o sofrimento é um ideal que acaba sendo naturalizado para esses estudantes.

Com relação às iniciativas de intervenção, após o evento de abril de 2017 (COLLUCCI, 2017), a equipe do GRAPAL promoveu palestras nos institutos com a finalidade de falar sobre saúde mental. Os títulos das palestras das quais a pesquisadora participou foram: “Vamos falar sobre saúde mental na universidade” e “Existem transtornos mentais na academia? Como lidar?". A primeira realizada no dia 26 de setembro de 2017, e a segunda no dia 06 de março de 2018 ambas no espaço Arena Santander, localizado na Praça do Relógio, na Universidade de São Paulo. A pesquisadora verificou a presença tanto de discentes quanto de docentes, todos se mostrando bastante abalados com a demanda de trabalho. Os alunos se queixavam das atividades de âmbito acadêmico e os profissionais, das de âmbito institucional. Destaca-se que os dois grupos foram acolhidos e escutados pelos palestrantes.

Isso confirma a aposta que se fez neste trabalho, de explicar esse fenômeno de saúde mental na universidade, a partir da utilização das explanações e questionamentos que a psicanálise traz sobre a contemporaneidade, pois os participantes da palestra deixaram claro que há uma desorientação no âmbito social e falta de referenciais para a sociedade como um todo, sendo os estudantes universitários os mais afetados por causa dos fatores postos anteriormente: reestruturação psíquica; vicissitudes da formação; e o fato de terem nascido em uma época em que a ordem simbólica está enfraquecida.

Esses espaços de transmissão, como palestras, seminários, divulgação de informações sobre saúde mental e cuidados são fundamentais. Contudo, à luz da psicanálise, pode-se pensar que podem produzir efeitos porque, para além da informação, permitem um espaço de localização e nomeação do mal-estar. E o que de certa forma trás efeitos.

Destaca-se que, como consequência dessas palestras promovidas pela FMUSP, a pesquisadora recebeu no seu consultório uma profissional de um dos departamentos da USP com sua jovem filha, que estava estudando para entrar numa faculdade. Ela afirmou que optou por buscar ajuda para a filha, principalmente, depois de ter participado das palestras, em que pôde perceber que o mundo atual estava mudando e, compreendido que uma “nova geração de jovens” estava surgindo, com “atitudes” que “não dá para entender”. Compreende-se que a profissional foi tocada e sensibilizada de forma muito singular, que a fez refletir sobre o mundo e talvez sobre si, pois informou que havia entrado num grupo de estudo, em psicologia, que continha um tema que lhe era singular. Logo, as atividades de seminários e

palestras, desde que realizadas por profissionais capacitados para o serviço, abrangendo temas sobre saúde mental são dispositivos importantes, fundamentais e frutíferos.

Assim, apresenta-se um segundo ponto de intervenção que seria num âmbito institucional, também, mas acreditando no potencial de acolhimento dos docentes da faculdade. Como apontado no eixo de discussões e resultados sobre a formação médica, os participantes não apontaram dificuldades presentes no vínculo com os professores, mas sim o distanciamento simbólico/imaginário visto, inclusive, como "necessário". Alguns ponderaram que um tipo de atrito com os professores não ocorria porque sabiam respeitar a hierarquia, e outros disseram saber "interpretar papéis". No entanto, o **Participante 7** afirmou que a ausência de conflitos se dava porque a turma tinha em média 90 alunos, o que dificultava o contato: "*Você não lembra o nome dele e ele não lembra o seu, poucos professores do primeiro ano eu lembro o nome e provavelmente um professor de primeiro ano não sabe nem o nome de dez alunos*".

Acredita-se que os professores podem ser importantes e potenciais meios pelos quais os alunos possam ter um acolhimento e confiança para falar de seus medos, anseios e angústias diante da formação médica, assim como de alguma angústia ligada a outro fator. Ou seja, eles podem atuar percebendo, acolhendo e encaminhando esses alunos com agravamento da saúde mental a serviços especializados, ou até mesmo como mediadores e balizadores desse sofrimento, isso sendo viável por um vínculo estabelecido entre ambos que não seja como o destacado por Braga, Gutierra e Santos (2012), segundo os quais os professores se colocavam como detentores do saber, inibindo os questionamentos dos alunos. É preciso que atuem de um lugar de quem não possui total conhecimento e possam aprender, também, com esses sujeitos. Tal posicionamento pode abrir espaço para esses sujeitos criarem um saber próprio sobre sua prática e sobre si, mas, principalmente, um espaço de confiança em que possam expressar em palavras suas angústias.

É importante destacar que há disciplinas que possibilitam isso de forma mais efetiva, como a Psicologia Médica. Berbel (1999) informa que essa matéria serve, na graduação, como forma de conferir uma formação geral e competências básicas para o médico assim que ele se forme. Bertoldi (2013) transmite uma experiência dessa disciplina em uma Faculdade de Pelotas onde foram desenvolvidos tema como exigencia do meio social; sofrimento diante da morte; saber. Disso desdobrou-se para um espaço criado entre eles no qual conseguiram sustentar um corte na ilusão de um saber absoluto, assim como, possibilitaram desenvolver o

seu próprio estilo. Verifica-se que a proposta possibilita uma reflexão sobre os alunos a partir de sua própria prática clínica, desencadeando assim reflexão e questionamentos sobre as suas demandas emocionais.

O **Participante 7**, por exemplo, informou sua experiência com essa disciplina: "*Eles dividiram a turma que era de 80 em grupos de 12 pessoas, deste grupo deveria ter em tese um psicólogo, só que somente o meu grupo tinha um psicólogo, nos outros tinham psiquiatras. E a ideia da matéria era de mostrar esse viés da psicologia sendo usado dentro da medicina. Então, assim você tinha que entender melhor o outro e trabalhar de forma empática, trabalhava a questão de escrever um pouco sobre as coisas que sente e que não sente, o que você vê e o que você não vê [...] e ela fazia um trabalho muito próximo com a gente, e ela conhecia cada um pelo nome... ela sabia a tua letra... foi bem próximo, e ela tinha uma vivência com a gente [...] mas eu, conversando com pessoas de outros grupos, eles falavam que os psiquiatras levavam um tema e discutiam o tema que era basicamente mais uma aula, e o meu houve dinâmicas de grupo [...] onde ela conseguia conhecer as pessoas do grupo e ver e enxergar cada um, e enxergar coisas que poderiam ser trabalhadas ou não conversar, dar feedback [...]: algo mais no singular, próximo*?*[...] é, acho que isso foi o mais singular que a faculdade conseguiu pegar, mas mesmo assim não foi para todo mundo, porque eles tentaram ser para todo mundo, mas teve uma psicóloga. Você quer fazer um negócio para falar de psicologia médica e colocam um psiquiatra. Nada contra os psiquiatras, tem psiquiatra que faz psicoterapia também, a especialização*".

Logo, com base no relato da estudante, é possível perceber que o desenvolvimento de um trabalho com as disciplinas de psicologia médica, ou alguma outra, por exemplo, sobre a morte ou sobre a relação médico paciente podem ser importante para abrir espaços de reflexão dos alunos e de observação por parte dos professores. Mas, o aluno deixa clara a importância da necessidade de haver profissionais qualificados para o desenvolvimento de uma proximidade, logo que consigam transmitir algo.

Desta forma, a partir das premissas da psicanálise, acredita-se que para além de espaços de discussão e nomeação do mal-estar inerente à formação em Medicina, é fundamental a possibilidade de espaços de "fala", que permitam aos sujeitos uma experiência de reflexão e, talvez, de elaboração, colocando em palavras suas vivências, suas ideias, suas expectativas, necessidades e ansiedades.

As práticas disciplinares voltadas para esse eixo não precisam se restringir à disciplina informada, mas pode haver grupos reflexivos como nos trabalhos de Braga, Gutierra e Santos (2012), que formaram um grupo de reflexão com alunos ingressantes em uma faculdade de medicina, que viabilizou espaço de fala e intercâmbio entre os estudantes sobre pontos em que eles sentiam dificuldades, o que lhes possibilitou entrar em contato com o mal-estar gerado pelo curso médico e construir um saber sobre isso.

Por sua vez, o trabalho de Fiedler (2008) com 800 alunos de medicina, que responderam a um questionário próprio para a investigação do tema da qualidade de vida, identificou que, para melhorar os índices de qualidade de vida no curso, são necessárias, entre vários fatores, medidas no âmbito institucional que consistiriam em fornecer supervisão aos docentes e supervisão em atividades práticas.

Como apontado anteriormente, verificam-se casos em que o aluno, em grande parte, tem conhecimento de que está em sofrimento, mas em contrapartida não busca ajuda, o que pode conduzir a uma terceira situação que implica em uma clínica do isolamento, ou uma clínica da solidão.

5.3 Medidas de intervenções para casos de isolamento

Para desenvolver essa parte, destaca-se primeiramente que se acredita que os alunos que aceitaram participar da presente pesquisa, não estavam em sofrimento psíquico intenso, pois eram alunos que passaram por dificuldades no início da formação, mas que conseguiram encontrar meios de lidar com o seu mal-estar. Também, pontua-se que no momento da triagem dos participantes, alguns estudantes prestaram atenção ao tema da pesquisa e se esquivaram do convite, outros, aceitaram inicialmente o convite, chegando a fornecer o número de telefone para marcação da entrevista, no entanto não responderam às ligações e mensagens da pesquisadora. Acredita-se que poderiam ter simplesmente dito “não” ou “não gostaria de participar”; no entanto, calaram-se diante da convocação para falar de uma possível dor. Compreende-se que o não falar implica dizer “não”, mas é algo feito em ato e uma retirada de cena do corpo.

É possível afirmar que existem sujeitos que diante da dor se isolam. Taborda (2015) mostra isso, pois discorre sobre a resistência de alunos em buscar ajuda e Porto (2017)

apresentou um grande percentual de faltas após o agendamento da primeira consulta para atendimento psicológico em uma universidade na região amazônica.

Na presente pesquisa foi apontado, também, as tentativas de suicídio que foram consideradas uma mensagem para o Outro, a partir do *acting out*, que é um ato sem palavras, pela via do real, que conduz ao encerramento da vida.

Daniela Camargo Barros Affonso, no dia 26 de abril de 2019, ao apresentar suas importantes contribuições (argumento) para o tema das jornadas de 18 a 19 de outubro de 2019 da Escola Brasileira de Psicanálise de São Paulo (EBP-SP), denominado "Solidão", esclarece em seu texto:

> É importante destacar a solidão própria do ato, ela encontra seu paradigma em Lacan no ato de fundação da escola: "fundo tão sozinho como sempre estive em minha relação com a causa analítica". O instante do ato é sem o outro e deixa o sujeito na solidão ainda que o outro permaneça em algum lugar de seu horizonte, mas há aquele ato que implica uma ruptura definitiva cuja consequência é o desaparecimento inexorável do sujeito e do outro, o ato suicida. Seria o ato suicida aquele que alcançaria o paroxismo da solidão? (AFFONSO, 2019, p1.)

Selecionam-se, então, os significantes "isolamento", "solidão" e "ato" para pensar esse fenômeno, que ocorre principalmente com os jovens, em que as pessoas se isolam em vez de buscarem ajuda, em que acabam se trancando em seu mundo restrito com objetos de gozo. Pergunta-se: o que acontece com esses sujeitos que sofrem e não buscam ajuda? Tomariam o isolamento como saída? Não querem ajuda?

Afirma-se que, como a contemporaneidade apresenta uma fragilidade da ordem simbólica, mediante o enfraquecimento das referencias e insígnias paternas, que causa uma falta de suposição de saber no Outro, como salientado por Deltombe (2010), as pessoas passam a buscar ajuda entre si (entre os jovens) como uma forma identificação recíproca e horizontal, assim como, isolamento, mutismo, anorexia, vício, violência, que são modos de se separar da sociedade, porém num processo de marginalização.

Contudo, em alguns casos, esses sujeitos chegam aos consultórios, sejam trazidos por seus pais, seja pela indicação de um colega. Então, para desenvolver um pouco esse fenômeno, será considerado, em primeiro lugar, o que se supõe ocorrer para essas pessoas não buscarem ajuda; em seguida, discute-se que medidas poderiam ser tomadas no sentido de favorecer que esses sujeitos busquem por ajuda; e, em terceiro lugar, caso cheguem ao analista, que manejo clínico pode ser feito.

Levantam-se algumas questões iniciais: diante desses referenciais simbólicos enfraquecidos, como o sujeito pode seguir com sua existência? O que isso causa? Ou como o sujeito pode lidar com essa falta?

Afirmou-se que essa falta de supor um saber no Outro afeta o laço social (CAMPOS, 2011; MILLER, 2015; AMADEO, 2016). Laurent (2016) aponta o surgimento de um novo laço social derivado da dificuldade que se encontra na presença do real que afeta diretamente os corpos a partir do gozo – o que pode ter sido resultado do fato de que o Outro não oferece mais uma solução para o que se pode fazer com o corpo, até porque a injunção de gozos não torna possível um molde, deixando a cada um a tarefa de construir o próprio corpo (MATTOS, 2016).

Assim, a atualidade nos coloca cada vez mais diante do fato de sermos guiados pelo gozo, e não por um Ideal de Eu (LAURENT, 2016). O gozo, como apontado anteriormente, advém desse momento de constituição do sujeito, que, segundo Lacan (2007[1975-1976]), é o encontro do corpo vivo com o significante, encontro sempre traumático, na medida em que implica uma afetação do corpo vivo e gera um resto de gozo que subjaz à operação de entrada na ordem simbólica da fala e da linguagem. Ou seja, o ser, antes de advir como sujeito, é apenas um corpo de puro gozo; o que faz a advir d(*isso*) um sujeito é o encontro do significante com o corpo vivo, que gera furo, a partir da queda do objeto a, mas deixando um resto de gozo que insiste. Brodsky (2007) explana que os significantes que apontam esse modo de gozo são recalcados, mas, dessa experiência se registra uma vivencia de gozo que o sujeito está fadado a repetir.

Segundo Laurent (2016), o sujeito tenta uma recuperação de gozo a partir da busca por objetos no campo do Outro, ou num roteiro mais ou menos ritualizado, mas essas tentativas acabam por falhar, pois o corpo não localiza um ponto estável para acolher o gozo. O que se articula com a afirmação de Miller (2015) segundo a qual a atualidade traz, com a internet, uma variedade de escolhas, entre elas uma variedade de objetos customizados. Ou seja, tem-se, para todo gosto do freguês, a elaboração de um objeto para permanecer nesse lugar de tamponar a falta estrutural, ou seja, a falta é constitutiva do sujeito e o objeto teria a função de tamponar a falta como um impossível de suportar.

Dessa forma, acredita-se que ocorre um isolamento do sujeito mesmo diante do conhecimento do seu adoecimento, talvez pelo fato de não se supor mais uma ajuda no Outro, mas também porque a atualidade convoca o sujeito na direção de uma satisfação advinda do

gozo solitário, levando o sujeito à crença de poder prescindir do Outro, de não necessitar de ajuda, ou de que não se reconhece em sofrimento. Até porque tem a sua disposição uma infinidade de objetos de gozo oferecidos na lógica do mercado de consumo contemporâneo.

É preciso pensar formas para que os estudantes consigam chegar, por exemplo, até o analista – disso se destaca o item 5.2, que arrola possíveis medidas –, mas apresentam-se outras possibilidades: a primeira se dá a partir dos relatos dos participantes da pesquisa, e a segunda do trabalho do PsiU, dispositivo implementado na Universidade Federal da Baia que consiste em Plantão Psicológico e que será melhor explanado a seguir. São propostas surgidas do encontro entre o analista e o paciente e da aposta de que algo aconteça, como um laço social que possibilite um vínculo transferencial, ou uma via para a angústia a partir da fala e não da atuação.

Assim, destaca-se a fala da **Participante 7** sobre uma sugestão para diminuir o suicídio e o sofrimento psíquico dos estudantes de medicina: "[...] *de uma mudança estrutural, eu acho que eles* [a faculdade] *poderiam começar com um auxílio melhor e suporte para os alunos desde o início".*

Dessa forma, acredita-se ser importante oferecer espaços de acolhimento no GRAPAL para uma conversa e assim poder, a partir desse encontro, permitir um espaço de fala, e quem sabe fazer laços que tragam frutíferos resultados a saúde emocional dos alunos. Como os estudantes de medicina costumam estar repletos de atividades, entre elas o cuidado intenso com o outro, então, um espaço que sustente o olhar e a escuta pode ser de importância fundamental para eles; e, como se trata de um público que não pode demonstrar fraqueza, esse acolhimento ou um "bate-papo", precisaria virar uma cultura dentro da faculdade para que isso se dê de forma natural.

Contudo, destaca-se que esse acolhimento, ou essa entrevista inicial, deve ser cuidadosamente realizado, pois é a partir dele que o aluno vai se sentir a vontade para poder falar de sua angustia. Marco (1999b) pontuou que todo ano com a entrada de novos estudantes o GRAPAL faz um convite (na época do autor por meio de carta) convidando o aluno ingressante para uma entrevista. O autor acrescenta que ela deve ser preventiva, e com a possibilidade de estabelecimento de diagnóstico, levando o aluno a se sentir interessado e mobilizado, favorecendo que ele possa buscar caso precise. E para que isso ocorra são postas as seguintes etapas: a convocação com data e horário marcado mostra um posicionamento e uma implicação entre entrevistador e entrevistado, levando ao estabelecimento de uma

presença (negrito do autor); e em segundo, colocar o aluno frente a ele mesmo, pedindo que ele se apresente.

Marco (1999b) descreve de forma bela um cuidado que se deve ter em relação a esse momento inicial. Destaca a existência de uma certa "cultura" na faculdade, de se ter pessoas loucas e suicidas. E enfatiza a importância dessa primeira entrevista marcar uma experiência de "presença" para o aluno, para que quando estiver mobilizado (dentro de si) por conflitos e sintomas como ansiedade, dúvidas e medos, dentre outros, ele se sinta acompanhado. "Se ele está acompanhado nessa jornada de sua formação profissional, terá uma porta aberta para fazer um contato" (Marco, 1999b, p.112).

Por fim, destaca-se uma experiência bastante original no sentido da assistência ao sofrimento na vida universitária – o trabalho desenvolvido pelo PsiU. Segundo informações da página da internet da UFBA, esse serviço foi lançado em abril de 2017, fruto de uma gama de discussões sobre a saúde mental realizadas na Universidade Federal da Bahia e consiste em plantão psicológico voltado para a escuta de questões pontuais que causam angústias e tensões à comunidade da universidade. O mais interessante, como apontado pelo coordenador, o psicanalista e psiquiatra Marcelo Veras, é que se trata de um serviço desburocratizado, ou seja, sem necessidade de marcação de consultas, não de tratamento de saúde mental, mas de acolhimento de demandas relacionadas à solidão, insegurança e até ideações suicidas.

A equipe do PsiU relata que essa modalidade de plantão psicológico, é uma opção para a comunidade diante de urgências psíquicas, pois apresenta um serviço desburocratizado. Logo, o trabalho desse serviço demonstra que não é preciso a presença de um acompanhamento psicológico semanal para diminuir os casos de suicídio e sofrimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegando-se ao final deste trabalho de pesquisa, considera-se importante retomar alguns pontos mais relevantes, a fim de apresentar conclusões pertinentes ao tema proposto, bem como novas contribuições e questionamentos. Então, para iniciar, será feito um apanhado geral da investigação.

O desejo que motivou a presente pesquisa foi o interesse em aprofundar o tema sobre o sofrimento psíquico dos estudantes de medicina ao longo de sua formação, com vistas a compreender melhor esse fenômeno, mas, também e principalmente, apresentar as contribuições da psicanálise para isso propondo um olhar sobre possíveis medidas a serem implementadas nas instituições de ensino. Apostou-se que tais subsídios podem ser utilizados para dar um contorno aos casos de adoecimento psíquico, abandono de curso, tentativas de suicídio, entre outros fatos que possam afetar a saúde e o cotidiano dos alunos.

Para delimitar esse universo, formados pelos acadêmicos de medicina, foram escolhidos os estudantes da FMUSP por se tratar de uma pesquisa vinculada à Universidade de São Paulo e por serem um grupo que está presente em uma das melhores faculdades de medicina do Brasil, logo ocupando um lugar de prestígio no imaginário social. Mas, também, observou-se que o funcionamento da instituição, no sentido da grade curricular e dos dispositivos de apoio pedagógico e emocional aos alunos da instituição, é relevante e considerável para o desenvolvimento global deles. Logo, a delimitação dos sujeitos de uma só instituição foi relevante para auxiliar na análise dos dados e no direcionamento das propostas de apoio.

A revisão de literatura revelou que os alunos são jovens e fazem parte de um grupo mais abrangente, que são os estudantes universitários; logo, pode-se dizer que possuem as características e nuances próprias dessa posição no imaginário social - o aluno universitário. Ou seja, são pessoas que, durante a juventude, são afetadas pelas mudanças de espaço de ensino – a saída do ensino médio para o ambiente universitário –, precisam se adaptar à extensa e complexa carga de estudo, à mudança da cidade de origem (para alguns), ao estabelecimento de novos vínculos de amizades e a uma experiência nova. Trata-se de um momento difícil, que mobiliza psiquicamente os jovens; tanto que se pode pensar em uma vivência semelhante à que ocorre nos primeiros dias de aula na infância.

Os jovens ocupam a maior parte das cadeiras nas universidades. Assim, retomando

Stevens (2016[2001]), a adolescência é uma fase em que ocorrem mudanças importantes, como a reestruturação psíquica do sintoma e da fantasia e a saída da adolescência para a entrada na vida adulta, que se dá a partir das escolhas que o jovem faz para si, entre elas a de uma profissão.

É importante frisar que nesse momento a sociedade convoca o sujeito a se recolocar no laço social, demanda feita geralmente pela convocação a um posicionamento profissional. Conforme Stevens (2016[2001]), as escolhas são muito importantes nessa fase. Contudo, na contemporaneidade, verifica-se um certo enfraquecimento da imago paterna, que possui a função de articular os significantes mestres para organizar um Ideal de Eu que ajude o sujeito a fazer suas escolhas. Assim, o momento atual torna mais difíceis as decisões, incluindo a escolha profissional. Além disso, na falta de referencias compartilhadas social e simbolicamente, as pessoas parecem fazer suas escolhas de um modo muito mais isolado, não baseadas num Ideal de Eu, mas sim pautadas pelo modo de gozo.

Retomando a linha de raciocínio, os alunos de medicina fazem parte de um grupo maior que são os estudantes universitários, mas possuem nuances e peculiaridades próprias, principalmente por estarem em um curso que possui uma demanda extensiva de estudos e cobranças, e inseridos numa profissão tão envolta de sofrimento.

É importante que se compreenda que a medicina tem imbricado em sua prática aspectos que mobilizam aquilo que é da ordem do Real, do sem lei, ou seja, do não controlável, envolvendo a relação com o corpo (do outro e o próprio) e os aspectos em torno da morte; além disso, na atualidade, o incremento das novas tecnologias fazem com que a sociedade estenda aos médicos a sua régua de exigências de eficácia terapêutica, o que pode causar uma angústia diante da impotência, casos que, para os médicos de 20 ou 30 anos atrás, seriam encarados de forma mais tranquila.

A partir da revisão da literatura sobre o tema, da discussão com psicanalistas e médicos e da fala dos estudantes colhida nas entrevistas, foi possível identificar três grandes eixos que podem afetar esses sujeitos: grande eixo 1 – a subjetividade de cada um, pois por um lado há uma exigência do Outro que acaba por repercutir em uma cobrança própria do aluno sobre si; grande eixo 2 – a formação médica e todas as suas vicissitudes; grande eixo 3 – a complexidade da prática médica. Destaca-se que esses três pontos são intensamente influenciados pelo momento contemporâneo, no que afeta o laço social e as escolhas que os adolescentes fazem.

A isso se articula o fato de os participantes terem destacado que no início do curso algo não transcorreu bem: a presença de aulas “maçantes”, “sem didáticas”, e a falta de articulação com a prática, o que os levou a se questionarem sobre a sua escolha por medicina. Acredita-se que foi necessário algum tempo para que um ideal de curso fosse atualizado e conseguissem se manter na formação. Em suas falas, os entrevistados elencaram significantes para dar um contorno ao mal-estar: “amadurecimento”, “evolução”. Isso responde a um dos objetivos desta pesquisa, que era compreender melhor o processo de escolha por medicina.

Frisa-se que é de suma importância um cuidado e uma atenção maior a esses alunos que ingressam na faculdade, haja vista os pontos informados relativos à contemporaneidade e à juventude. No entanto, ainda em torno desse tema, reitera-se que a escolha profissional é uma escolha sintomática que se encontra ligada ao desejo e ao modo singular de gozo de cada sujeito, ou seja, é uma decisão baseada no sintoma, na forma como cada um escolheu para seguir na vida.

Outro objetivo do trabalho foi realizar um levantamento das principais vicissitudes ao longo da formação médica. Então, a partir das entrevistas, elencaram-se sete categorias: escolha por medicina; amadurecimento ao longo do curso; início do curso; rotina; aspectos em torno da morte; limites terapêuticos; suicídio.

Um segundo ponto a ser considerado é que os alunos que participaram desta pesquisa não estavam passando por um grau de sofrimento psíquico grave, pois foram capazes de responder a partir de suas vivencias, evocando coisas que os mobilizaram e incomodaram no início do curso, souberam se haver com isso. Quando ressaltaram algo que lhes causava incômodo no presente, destacaram pontos como a relação com a morte, o vínculo com paciente e a sensação de impotência, apesar de frisarem como algo que atrapalhava sua atuação profissional e os fragilizava, não se verificou algo sintomático ou que os impediu de seguir com suas atividades diárias. A exceção foi o **Participante 5**, que se mostrou ainda angustiado com os aspectos trazidos em torno da morte. Destaca-se, porém, que esse ponto foi trazido por todos os estudantes e parece mobilizá-los bastante pelo fato de, ao se identificarem com os pacientes, se colocaram diante da própria finitude.

Então, articula-se a algo instigante que ocorreu no momento da triagem e que será explanado novamente a seguir. Alguns alunos informaram que gostariam de participar da pesquisa e chegaram a fornecer contato telefônico, mas, quando a pesquisadora os convocou para agendar o encontro, nada responderam. O que os levou a se interessar em participar? O

que os fez recuar no momento da convocação? Um dizer pela via do ato, pois não respondiam telefonemas e mensagens de texto pelo celular. Supôs-se que talvez esses alunos poderiam estar em uma atitude de não querer entrar em contato com suas questões, assim como de não conseguirem colocar em palavras algo que os incomodava.

Outro ponto a ser retomado foram as tentativas de suicídio, que mobilizou toda a faculdade, levando-a a contratar dois psicólogos para o GRAPAL, investirem em campanha de motivação para que alunos saíssem do silêncio e a promover discussões sobre saúde mental na universidade. No entanto, fato semelhante ocorreu no passado, antes do surgimento da ideia de criação do GRAPAL, em 1968, quando um aluno cometeu suicídio, levando a faculdade a iniciar a movimentação para implantar o serviço que foi efetivado somente em 1986. Ou seja, a história do curso de medicina da USP nos fala de dois marcos de extremo adoecimento psíquico dos estudantes, sendo um em 1968, que levou à implantação do serviço em 1986, e o segundo em 2017, que levou à contratação de dois psicólogos. Nas entrevistas com os alunos, o GRAPAL funcionava apenas com psiquiatras.

Acrescenta-se que a experiência do psicólogo Orlando de Marco, um dos pioneiros na criação do GRAPAL, fala da importância que há na entrevista de apresentação do serviço ao aluno ingressante, para que ali se registre no aluno uma experiência de presença, seja de cuidado ou atenção, mas que algo se inscreva a partir desse acolhimento para que o aluno, em um momento de angústia, consiga buscar o serviço (MARCO, 1999). Entretanto, o **Participante 6** considerou que, um ano após as tentativas de suicídio, parecia que tudo tinha voltado a ser como era anteriormente, como disse: *“houve muitas palestras, muito envolvimento da faculdade... mas hoje em dia é como se não tivesse acontecido nada, pelo que eu senti na faculdade não mudou nada”.*

Então, indaga-se: a importância da entrevista, do acolhimento e da presença já era uma preocupação do GRAPAL desde sua origem, por que isso se perde ao longo do tempo? Perda de um trabalho construído, que acaba por perpetuar a repetição de uma postura que não favorece a saúde mental dos alunos. Pode-se pensar que o acolhimento ou um “bate-papo”, que precisaria virar uma cultura, dentro da faculdade, para que então isso se desse de forma natural, não aconteceu. Vale sublinhar que no auge dos acontecimentos, uma série de iniciativas são pensadas e incrementadas, mas, depois de algum tempo, caem num certo esquecimento.

Verifica-se, então, que esse mal-estar e desse sofrimento que os alunos acabam vivenciando e, muitas vezes, atuando, está envolto em vários aspectos. Dentre esses aspectos há a subjetividade do aluno, as vicissitudes da prática médica, a complexidade da formação em medicina, a relação com os pares e professores, as características e as pressões da cultura e do contexto histórico-social, mas, também, o modo como são vistos e acolhidos pela própria instituição, principalmente, pelos professores e pela direção. Embora não seja possível mudar muitos aspectos, por exemplo, os efeitos da contemporaneidade e as questões inerentes à medicina, acredita-se ser função da instituição de ensino a preocupação no sentido de viabilizar meios dos estudantes atravessarem as dificuldades desse período da vida, encontrando melhores formas de fazer com isso que não seja o adoecimento nem o sofrimento.

Como resultado dessa pesquisa fica a sugestão de que as medidas de intervenção precisam ser pensadas e articuladas a partir de três entradas: 1) o oferecimento de serviços acessíveis de acompanhamento psicológico e em saúde mental; 2) a implementação de dispositivos como palestras, seminários e disciplinas que envolvam aspectos emocionais e afins para sensibilizar os alunos para atentarem à importância de olhar para a própria saúde, refletindo sobre as condições e a qualidade da vida universitária; 3) a atenção aos casos de isolamento, que são situações em que a pessoa se percebe adoecida, mas não aceita acompanhamento psicológico ou outro tipo de ajuda; nesses casos, é importante haver um plantão psicológico para que, diante de urgência psíquica, os alunos tenham um espaço desburocratizado e de fácil acesso.

Por fim, destaca-se que o fato de os estudantes de medicina não buscarem ajuda diante do sofrimento quando adoecidos psiquicamente, é comum entre os jovens universitários. Então, a reportagem de Juca (2018), com a psicóloga Raquel Xavier, informa a experiência dela com o acompanhamento de estudantes da graduação e da pós-graduação. A psicóloga sinaliza, também, a importância da participação das instituições de ensino no cuidado com os alunos por meio da viabilização de rodas de conversa e palestras sobre saúde mental. Em consonância com essa reportagem, e com o que foi desenvolvido no capítulo 5, destaca-se a montagem do Escritório de Saúde Mental na USP destinado a atender a demanda universitária. Em reportagem da jornalista Ré (2018) que entrevistou o prof. Dr. Andrés Antúnez do IPUSP informou que diante do agravamento da saúde mental no ano de 2017 na

universidade foi desenvolvido esse escritório, que vem atuando como espaço de acolhimento, orientação e acompanhamento psicológico.

Desta forma, pontua-se a relevância desse serviço por ser, também, localizado dentro da universidade, o que viabiliza o atendimento do aluno que esteja passando por uma emergência psíquica. Pois, para esses casos deve-se considerar a urgência psíquica que toma o corpo do sujeito e pode resultar em uma passagem ao ato, haja vista que geralmente se apresentam extremamente tomado pela angústia, o que faz ser fundamental pensar pela via de um acolhimento que assegure um espaço de fala e, nesse oferecimento, possibilite a aposta de que o trabalho a partir da fala pode dar contorno à angustia. O trabalho do escritório de Saúde mental segue nesta linha e oferece um serviço de fácil para universidade como um todo.

REFERÊNCIAS

AFFONSO, D.C.B. **Argumento.** Escola Brasileira de Psicanálise: 2019. Disponível em: http://ebp.org.br/sp/jornadas/ix-jornadas/boletim-tracos-ix-jornadas/boletim-tracos-01/. Acesso em : 14 de maio de 2019.

AFFONSO, P. H. B.; BERNARDO, M. H. (2015). A vivência de profissionais do acolhimento em unidade básicas de saúde: uma acolhida desamparada. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 13, supl. 1, p. 23-43, 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000400023&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Apr. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00041.

AFLALO, A. **O assassinato frustrado da psicanálise**. Rio de Janeiro: Contra capa. Tradução Vera Avellar Ribeiro, 2012.

AGUIAR, A. O corpo e o risco: a atualidade de "o lugar da psicanálise na medicina". **Opção Lacaniana online nova série,** *5*(13). 1914. Recuperado de http://www.opcaolacaniana.com.br

ALEMÁN, J. e LARRIERA, S. Los discursos. Em Lacan: *Heidegger,* Ediciones Del cifrado, Bs. As., 1996 p. 178.

ALEXANDER, F.; SELESNICK, S. **História da Psiquiatria**. Editora Ibrasa, São Paulo, 1966.

ALEXANDER, S.F.; LYON, L.J.; NEVINS, M.A.; YCRE, L.R.; TRAYER, S.T. Tem years of orienting college students to carrers in medicine. JAMA , v.267, n. 24.1992

ALMEIDA, A. P. A segregação em tempos de hiperconexão e de declínio do pai. In: **Carta de São Paulo**. Revista da Escola Brasileira de Psicanálise seção São Paulo 2017-2019.

AMADEO, D. A desorientação nos adolescentes: um dos nomes da subjetividade contemporânea. In: Caldas H, Bemfica A e Boechat C (organizadoras). **Errâncias, adolescências e outras estações**. Belo Horizonte: Editora EBP; 2016.

AMARAL, C. F. S.; RIBEIRO, M. M. F. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 2008, 32 (1): 90-97.

ANDRADE, J. B. C.et al. Contexto de formação e sofrimento psíquico de estudantes de medicina. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 38, n. 2, p. 231-242, June 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022014000200010&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Apr. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022014000200010.

ARRUDA, P.C.V.; MILLAN, L.R. Assistência Psicológica ao estudante de medicina: 21 anos de experiência. **Rev Assoc Med Bras** 2008; 54(1): 90-4. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n1/27.pdf, 2008.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP) (2014). Suicídio informando para prevenir (cartilha). Copyright © 2014 – Associação Brasileira de Psiquiatria. Disponível em http://www.flip3d.com.br/web/temp_site/edicao-0e4a2c65bdaddd66a53422d93daebe68.pdf

BAIRD, L.L. The caracteristis of medical students and their views of the first year. **Journal of medical Education**, 1975.

BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. Tradução de Roberto Musachio. Rio de Janeiro: Atheneu, 1984.

BARRETO, F. P. (2009). Laço social e semblante. In: Curinga. V.1, n 0 (out 1993) -.- Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise - Seção Minas, n.28, junho de 2009.

BENETI, A. Tatuagem e laço social. **Opção lacaniana online nova serie**. Ano 3, número 7, março de 2012. ISSN 2177-2673.

Berbel NAN. Metodologia da problematização no ensino superior e sua contribuição para o plano da praxis. **Semina.** 1999; 17:7-17.

BERTOLDI, S. G., FOLBERG, M. N., MANFROI, W.C. Psicanálise na Educação Médica: subjetividades integradas à pratica. **Revista Brasileira de Educação Médica.** 2013, 37(2): 202-209.

BIRMAN, J. Adolescência sem fim. Peripécias do sujeito num mundo pós-edipiano. In: CARDOSO, M. R., MARTY, F. (orgs). **Destinos da adolescência**. Rio de janeiro: 7 letras, 2008.

BJORKSTEN, O., SUTHERLAND, S., MILLER, C., STEWART, T. Identification of medical student problems and comparison with those of other students. **J. Med. Educ**., n.58, p.759-67, 1983.

BONIFÁCIO, S. P. et al. Investigação e manejo de eventos estressores entre estudantes de Psicologia. **Rev Bras Ter Cogn,** Rio de Janeiro 2011 jun;7(1):15-20. Disponível <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808 56872011000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 04 nov. 2017

BRAGA, G. X.; GUTIERRA, B. C. C.; SANTOS, P. T. P. Um lugar para o sujeito no ensino da medicina. In: **Retratos do mal - estar contemporâneo na educação**. Proceedings online. FE/USP, São Paulo, 2012: Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000032012000100060&lng=en&nrm=abn

BRASIL. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/ CES Nº. 4 de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38.

BRIOLE, G. Amarrações. In: Um real para o século XXI/ Ondina Machado, Vera Lúcia Avellar Ribeiro, org – Belo Horizonte: Scriptum, 2014.

BRODSKY, G. Alquimia histérica. In: Revista Latusa, "objetos soletrados no corpo". Número 12. Escola Brasileira do Rio de Janeiro. ones, 2007.

BRODSKY, G. Prefácio. IN: FREDA, D.A. et al . **El adolescente contemporâneo: problemas clínicos.** Compiladora Damasia Amadeo de Freda. -1a ed. – Olivos: Grama Ediciones, 2016.

BULAMAH, L. C. **O universo psíquico de estudantes de medicina: uma investigação através de métodos projetivos**. Relatório de Iniciação científica. Faculdade de Filosofia, Ciências e letras de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Relatório final IC- Processo n2009/14688-9. 2010.

CAMBRICOLI, F., TOLEDO, L. F. Alunos têm dificuldade para obter auxilio. Jornal O estado de São Paulo, SP **Caderno Metrópole**, 2017.

CAMPOS, S. Apresentação de uma nova ordem. In: **Curinga**. V.1, n 0 (out 1993) -.- Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise - Seção Minas, 32, junho de 2011.

CAPANEMA, C.A.; VORCARO, Â.M.R. A condição do ser falante no nó borromeano. **Estilos clin.**, São Paulo , v. 22, n. 2, p. 388-405, ago. 2017 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282017000200011&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 mar. 2019. http://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v22i2p388-405.

CAPARA, A.; FRANCO, A. L. S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cad. Saúde Publica**. Rio de Janeiro, v. 15, n.3, p.648, 1999. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext6pid=SO102-311X19990003000023&Ing=en&nrm=ISO>.

CASSORLA, R. O mito de Asclépios e o médico lidando com a morte. **Cadernos do IFAN,** n.10, p.51-62, 1995.

CARTELLE, J. P. (2010). **El autoritarismo científico.** Miguel Gómez Peña. Ediciones. Colección Ítaca.

CARVALHO, F. C O interesse científico da psicanálise hoje: condições para uma conversação entre psicanálise e ciência. In: **Curinga**, v.1, n .0 (out. 1993) – Belo Horizonte : Escola Brasileira de Psicanálise. Seção Minas, n.37, dezembro de 2013.

CARVALHO LOPES, O. (1970). **A medicina no tempo**. São Paulo, Edições Melhoramentos/Editora da Universidade de São Paulo, 1970. Ok

CASTIEL, L. D. **A medida do possível. Saúde, risco e tecnobiociência.** Rio de Janeiro: Contracapa/Fiocruz, 1999.

CHINATO, I. B.; D'AGOSTINI, C. L.; MARQUES, R. R. A relação médico-paciente e a formação de novos médicos: análises de vivencias de hospitalização. **Rev bras med fam comunidade**. Florianópolis, 2012 Jan.-Mar.; 7(22): 27-34.

CLAVREUL, J. (1983). **A Ordem Médica**. São Paulo, Brasiliense.

COELHO, C.M.S. Psicanálise e laço social – uma releitura do seminário 17 de Lacan. **Mental** - ano IV - n. 6 - Barbacena - jun. 2006 - p. 107-12.

COLLUCCI, C. Medicina da USP se mobiliza após tentativas de suicídio. **Jornal folha de São Paulo.** São Paulo, doze de abril de 2017. Seção Equilíbrio e Saúde. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2017/04/1874794-medicina-da-usp-se-mobiliza-apos-tentativas-de-suicidio.shtml>. Acesso em: treze, maio de 2019

COSENZA, D. **A recusa na anorexia.** Prefácio de François Ansermet; Tradução de Yolanda Vilela. Belo Horizonte: Scriptum, 2018.

COSTA, F. D. ; AZEVEDO, R. C.S. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 34, n. 2, p. 261-269, June 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022010000200010&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Apr. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022010000200010.

COSTA, E. F.O.; MENDES, C. M. C.; ANDRADE, T. M. Transtornos mentais comuns em estudantes de medicina: Um estudo transversal repetido ao longo de seis anos. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v. 63, n. 9, p. 771-778, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302017000900771&lng=en&nrm=iso>. acesso em 13 de fevereiro de 2019. http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.63.09.771.

COSTA, A.; POLI, M.C. Alguns fundamentos da entrevista na pesquisa em psicanálise. Pulsional. **Revista de Psicanálise**. p.14-21 Ano XIX, n. 188, dezembro, 2006.

DAIKOS, KG. History of medicine: our Hippocratic heritage. Int **J Antimicrob Agents**. 2007;29:617-20

DAMASCENO, V. Caso de suicídio e depressão deixam universidades em alerta. **Carta, Capital São Paulo.** 23, setembro de 2017. Disponível em: https://www.cartacapital.com.br/sociedade/casos-de-suicidio-e-depressao-deixam-universidades-em-alerta. Acesso em: 13, maio de 2019.

DELTOMBE, H. Sair da adolescência. **Almanaque** [internet]. 2010 [acesso em 02mar2018]. Disponível em: http://almanaquepsicanalise.com.br/sair-da-adolescencia/, 2010.

DE MARCO, M. A. (2010). **A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial**./Mario Alfredo de Marco, (org). –2. Ed. – São Paulo: casa do psicólogo, 2010.

DRUMOND, C. Gide e a imiscuição do adulto na criança. In: **Curinga** v.1, n.0 (out. 1993) -.- Belo Horizonte : Escola Brasileira de Psicanálise – Seção Minas, n. 42, Uma nova juventude. Jul./dez. De 2016.

FARRET, T. C. F. Tô na medicina e agora? IN: **O estudante de medicina e o paciente: uma aproximação à pratica médica**/ Alfredo Cataldo Neto, Ivan Antonello, Maria Helena Itaqui Lopes (Orgs). -2 ed. Ver. Ampl.- Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.

FERRAZ, J. Saúde mental dos estudantes brasileiros está comprometida. **Jornal da USP**, SP. 2017 out 14; Caderno Atualidades: Coluna atualidades. Disponível em: <http://jornal.usp.br/atualidades/saude-mental-dos-estudantes-brasileiros-esta-comprometida/>.

FIGUEIREDO, Adriana Maria de et al . Percepções dos estudantes de medicina da ufop sobre sua qualidade de vida. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 38, n. 4, p. 435-443, Dec. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022014000400004&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Feb. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022014000400004.

FIOROTTI, K.P.; ROSSONI, R.R.; BORGES, L.H.; MIRANDA, A.E. Transtornos mentais comuns entre os estudantes do curso de medicina: prevalência e fatores associados. **J. Bras. Psiquiatr**. 2010; 59(1):17-23.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, (2014[1979]).

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica.** Tradução de Roberto Machado. 7 ed.- Rio de Janeiro: Forense Universitária, (2015[1987]).

FREDA, D.A. Introdução. IN: FREDA, D.A. **El adolescente contemporâneo: problemas clínicos**. Compiladora Damasia Amadeo de Freda. -1a ed. – Olivos: Grama Ediciones, 2016.

FREDA, D.A. El adolescente contemporâneo: problemas clínicos. Compiladora Damasia Amadeo de Freda. -1a ed. – Olivos: Grama Ediciones, 2016.

FREUD, S. (2016[1905]). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. IN: Freud, S. (1856-1939). **Obras completas volume 6: três ensaios sobre a teoria da sexualidade, analise fragmentária de uma ("O caso Dora") e outros textos (1901-1905)** / Sigmund Freud; tradução e notas Paulo César de Souza – 1 ed. - São Paulo: Companhia das letras, 2016.

_____Dinâmica da transferência. IN: Freud, S (1856-1939). **Obras Completas, volume 10: Observações Psicanalíticas sobre um caso de paranóia relatado em autobiografia: ("O**

caso Schreber"): artigos sobre a técnica e outros textos (1911-1913) / Sigmund Freud; tradução e notas Paulo César de Souza – São Paulo: Companhia das letras, (2010[1912]).

_____Recomendações ao médico que pratica a psicanálise. IN: Freud, S (1856-1939). **Obras Completas, volume 10: Observações Psicanalíticas sobre um caso de paranóia relatado em autobiografia: ("O caso Schreber"): artigos sobre a técnica e outros textos (1911-1913)** / Sigmund Freud; tradução e notas Paulo César de Souza – São Paulo: Companhia das letras, (2010[1912b]).

_____Totem e Tabu. In: **Obras completas, volume 11: Totem e tabu, contribuição à historia do movimento psicanalítico e outros textos (1912-1914)** / Sigmund Freud: tradução Paulo César de Souza. – 1 ed. – São Paulo: Companhia das Letras, (2012[1912/1913]).

_____Introdução ao narcisismo. IN: Freud, S. (1856-1939). **Obras completas volume 12: Introdução ao narcisismo, ensaios da metapsicologia e outros textos (1914-1916**) / Sigmund Freud; tradução e notas Paulo César de Souza – São Paulo: Companhia das Letras, 2010 FREUD, S. (2010[1914])

_____Considerações atuais sobre a guerra e a morte. IN: Freud, S. (1856-1939). **Obras completas volume 12: Introdução ao narcisismo, ensaios da metapsicologia e outros textos (1914-1916**) / Sigmund Freud; tradução e notas Paulo César de Souza – São Paulo: Companhia das Letras, (2010[1915]).

_____Luto e melancolia. IN: Freud, S. (1856-1939). **Obras completas volume 12: Introdução ao narcisismo, ensaios da metapsicologia e outros textos (1914/1916)** / Sigmund Freud; tradução e notas Paulo César de Souza – São Paulo: Companhia das Letras, (2010[1917/1915]).

_____Deve-se ensinar a psicanálise nas universidades? IN: Freud, S. (1856-1939). **Obras completas, volume 14: História de uma neurose infantil: ("O homens dos lobos"): além do princípio do prazer e outros textos (1917/1920)**/ Sigmund Freud; tradução e notas Paulo César de Souza – São Paulo: Companhia das Letras, ([1919]).2010.

_____Inibição, sintoma e angústia. In: Freud, S. (1856-1939). **Obras completas, volume 17: inibição, sintoma e angústia, O futuro de uma ilusão e outros textos (1926/1929)**/ Sigmund Freud; tradução e notas Paulo César de Souza – São Paulo: Companhia das Letras, (2014[1926]).

_____Mal estar na civilização. In: Freud, S. (1856-1939). **Obras completas, volume 18: O mal estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930/1936)** / Sigmund Freud; tradução e notas Paulo César de Souza – São Paulo: Companhia das Letras, (2010[1930]).

_____Análise terminável e interminável. In: Freud, S. (1856-1939). **Obras completas, volume 19: Moisés e o monoteísmo, compêndio de psicanálise e outros textos.** / Sigmund Freud; tradução e notas Paulo César de Souza – São Paulo: Companhia das Letras, (2018[1937]).

GANNAM ,S. S. A. **O mal-estar na formação médica: uma análise dos sintomas de ansiedade, depressão e esgotamento profissional e suas relações com resiliência e empatia.** Silmar de Souza Abu, Gannam- São Paulo, 2018. Tese (doutorado) – Faculdade de medicina da Universidade de São Paulo.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GOMES, R. et al . Aprendizagem Baseada em Problemas na formação médica e o currículo tradicional de Medicina: uma revisão bibliográfica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 33, n. 3, p. 433-440, Sept. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000300014&lng=en&nrm=iso>. access on 14 May 2019. http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000300014.

GROSSEMAN, S.; STOLL, C.. O ensino-aprendizagem da relação médico-paciente: estudo de caso com esudantes do último semestre do curso de medicina. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 32, n. 3, p. 301-308, Sept. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000300004&lng=en&nrm=iso>. access on 14 May 2019. http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000300004.

GUGGENBUHL-CRAIG, A. **Al di Sopra del Malato e della Malattia**. Milano: Raffaello Cortina Editore. In: CAPRARA, A.; FRANCO, A.L.S., 1999. A relação médico-paciente*:* para uma humanização da prática médica. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(3): 647-654, jul-set, 1983.

HUMANA SAÚDE. Prolongar a vida em UTIS é uma praga. **Humana Sáude**. 2019 Disponível em: https://www.humanasaude.com.br/noticias/prolongar-a-vida-em-utis-e-uma-praga-moderna-diz-especialista-em-morte,45217. Acesso em: 14 de maio de 2019.

JUCÁ, L. Os cuidados da saúde mental dos universitários. **Nossa Ciência**. 22 de agosto de 2018. Disponível em: https://nossaciencia.com.br/colunas/os-cuidados-da-saude-mental-dos-universitarios/. Acesso em: 14 de maio de 2019.

JUCA, V.S.; VORCARO, A.M. Resende. A adolescência em atos e adolescentes em uma clínica psicanalítica. **Psicol USP** , São Paulo, v. 29, n. 2, p. 246-252, agosto de 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642018000200246&lng=en&nrm=iso>. acesso em 17 de março de 2019. http://dx.doi.org/10.1590/0103-656420160157.

KERR-CORREA, ANDRADE, BASSIT et al. (1999). Uso de álcool e drogas por estudantes de medicina da Unesp . **Rev Bras Psiquiatr**, 21 (2), 1999.

LACAN, J. Os complexos familiares na formação do indivíduo. In: **Outros escritos** / Jacques Lacan; [tradução Vera Ribeiro; versão final Angelina Harari e Marcus André Vieira; preparação de texto André Telles]. – Rio de Janeiro: Zahar, (2003[1938]).

_____**O seminário, livro 3: as psicoses**. Jacques Lacan; texto estabelecido por Jacques-Alain Miller; [versão brasileira de Aluisio Menezes]. – 2.ed. revista – Rio de Janeiro: Zahar, (1988 [1955-1956]).

_____**O seminário, livro 5: as formações do inconsciente**. Jacques Lacan; texto estabelecido por Jacques-Alain Miller; [tradução de Vera Ribeiro; revisão de Marcus André Vieira]. – Rio de Janeiro: Zahar, (1999 [1957-1958]).

_____O lugar da psicanálise na medicina. In: **Opção Lacaniana - Revista Brasileira Internacional de Psicanálise, n. 32**. São Paulo: Edições Eolia, (2001[1966]).

_____ **O Seminário, livro 10: a angústia**. Jacques Lacan; texto estabelecido por Jcques-Alain Miller; versão final Angelina Harari e preparação de texto André Telles; tradução Vera Ribeiro. - Rio de Janeiro: Zahar, (2005[1962-1963]).

_____ **Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise.** Jacques Lacan; texto estabelecido por Jacques-Alain Miller; tradução M.D. Magno. – Rio de Janeiro: Zahar, (2008[1964]).

_____ **O Seminário, Livro 17: o avesso da psicanálise**. Jacques Lacan; texto estabelecido por Jacques-Alain Miller; [versão brasileira de Ary Roitman, consultor, Antonio Quinet]. - Rio de Janeiro, Zahar, (1992 [1969-1970]).

_____**O seminário, livro 22: RSI.** Tradução não publicada. Disponível em http://staferla.free.fr/ ([1974-1975]).

_____ **O seminário, livro 23: o sinthoma.** Jacques Lacan; texto estabelecido por Jacques-Alain Miller; [tradução Sergio Laia; revisão André Telles]. - Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., (2007[1975/1976]).

LACADÉE, P. **O despertar e o exílio ensinamentos psicanalíticos da mais delicada das transições, a adolescência**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2011.

LAURENT, E. **A sociedade do sintoma: a psicanálise, hoje**. Tradução de Vera Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2007.

_____ **O avesso da biopolítica. Uma escrita para o gozo.** [Tradução Sérgio Laia, Leonardo Scofield, Vera Avellar Ribeiro]. – Rio de Janeiro: Contra Capa, 2016.

LEBRUN, J.P. **O mal estar na subjetivação**. Org. Mario Fleig; tradução, Mario Fleig, Francisco F, Settineri, Cristovão A. Viero. Porto Alegre: CMC, 2010.

LOPES, M.H.I.; FRANCESCONI, C.F.M. Quais as expectativas e emoções que experimentam os ingressante do curso de medicina. IN: **O estudante de medicina e o paciente: uma aproximação à pratica médica**/ Alfredo Cataldo Neto, Ivan Antonello, Maria Helena Itaqui Lopes (Orgs). -2 ed. Ver. Ampl.- Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.

MAIA, A.B.; MEDEIROS, C.P.; FONTES, F. O conceito de sintoma na psicanálise: uma introdução. **Estilos clin.**, São Paulo , v. 17, n. 1, p. 44-61, jun. 2012 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282012000100004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 17 abr. 2019.

MALTA, R.; RODRIGUES, B.; PRIOLLI, D. G.. Paradigma na Formação Médica: Atitudes e Conhecimentos de Acerca do Morte e Cuidados Paliativos. **Rev. bras. educ. med.** Brasília, v. 42, n. 2, p. 34-44, junho de 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022018000200034&lng=en&nrm=iso>. acesso em 01 de abril de 2019. http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v42n2rb20170011.

MARCO, O.L.N. Grupos de reflexão com quintanistas de medicina. In : Millan, L.R ; ROSSI, E. ; MARCO, O.L.N ; ARRUDA, P.C.V. (ORGS). **O universo psicologico do futuro médico: vocação, vicissitudes e perspectivas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999a pg 139-128.

MARCO, O.L.N. A primeira entrevista com um estudante de medicina. In : Millan, L.R ; ROSSI, E. ; MARCO, O.L.N ; ARRUDA, P.C.V. (ORGS). **O universo psicologico do futuro médico: vocação, vicissitudes e perspectivas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999b, pg 139-128.

MARTA, G. N. et al . O estudante de Medicina e o médico recém-formado frente à morte e ao morrer. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 33, n. 3, p. 405-416, Sept. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000300011&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Mar. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000300011.

MARTINS, M.C.F.N. (2001). **Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2001.

MATOS, T. Porque os jovens universitários estão tão suscetíveis a transtornos mentais. **HuffpostBrazil.** São Paulo, 06 de outubro de 2017**.** Disponível em: http://www.ip.usp.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=6186%3A2017-10-10-12-50-05&catid=46%3Ana-midia&Itemid=97&lang=pt. Acesso em 04 nov. 2017

MATTOS, S. Corpo jovem : a estreia de horizontes. **Curinga ,**v.1, n.0 (out. 1993) -.- Belo Horizonte : Escola Brasileira de Psicanálise – Seção Minas, n. 42, Uma nova juventude. Jul./dez. De 2016.

MELEIRO, A.M.A.S. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 44, n. 2, p. 135-140, June 1998 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301998000200012&lng=en&nrm=iso>. access on 14 May 2019. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42301998000200012.

MILLAN, L.R. (2005). **Vocação Médica: um estudo de gênero**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

MILLAN, L.R.; MARCO, O.L.N.; ROSSI, E.; MILLAN, M.P.B.; ARRUDA, P.C.V. (1999). Alguns aspectos psicológicos ligados à formação médica. In: MILLAN, L.R. [et al.] (1999). **O universo psicológico do futuro médico: vocação, vicissitudes e perspectivas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

MILLAN, L.R.; ROSSI, E.; DE MARCO, O.L.N. (1999b). O estudante de medicina: grupo de risco para o suicídio. In: Millan, L.R. et al. (1999). **O universo psicológico do futuro médico**. São Paulo: casa do psicólogo.

MILLER, J.A. **Dos dimensiones clínicas: sintomas y fantasma: la teoria del yo en Lacan** / Jacques-Alain Miller ... [et.al.].- 1 a ed. 8ª reimp. – Buenos Aires. Manantial, 2007.

_____ **El Otro que no existe y sus comités de ética : seminário en colaboración con Éric Laurent**. 1 ed . 3 reimp – Buenos Aires: Paidós, 2013.

_____ O **real no século XXI: apresentação do tema do IX Congresso da AMP**. In: Um real para o século XXI/ Ondina Machado, Vera Lúcia Avellar Ribeiro, org – Belo Horizonte: Scriptum, 2014.

_____ **Em direção à adolescência**. [publicação online]; 2015 [acesso em 14abr2018]. Disponível em: http://minascomlacan.com.br/publicacoes/em-direcao-a-adolescencia/

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Diretrizes Curriculares do curso de medicina. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf, 2014

MOLINA-CORREA, Yesid et al . Prevalencia de Sintomatología Depresiva en estudiantes de Medicina de la Universidad de Caldas, Manizales – Colombia. **Revista médica Risaralda**, Pereira , v. 24, n. 1, p. 23-28, Jan. 2018 . Available from <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672018000100004&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Feb. 2019.

MORETTO, M.L.T. **O que pode um analista no hospital?** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

_____**O psicanalista num programa de transplante de fígado: a experiência do "outro em si".** Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006.

MORETTO, M. L. T.; PRISZKULNIK, L. Sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde. **Tempo psicanalítico**. Rio de Janeiro, V. 46.2, 2014, P. 287-298.

MOUTINHO, I.L.D. et al. Depressão, estresse e ansiedade em estudantes de medicina: uma comparação transversal entre estudantes de diferentes semestres. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v. 63, n. 1, p. 21 a 28 de janeiro de 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-23020170001000021&lng=en&nrm=iso>. acesso em 13 de fevereiro de 2019. http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.63.01.21.

NASCIMENTO SOBRINHO, C. L. et al . Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 1, p. 131-140, Jan. 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000100014&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Mar. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000100014.

NETO, A.C.; ROSA, L.O.; D'AVILA, C.S.; CORSETTI, F.; RESTANO, P.C. A vocação médica. In: NETO, A. C. ; ANTONELL, I. ; LOPES, M.H.I. (ORGS). **O estudante de medicina e o paciente: uma aproximação à aproximação prática médica**.- 2 ed. Ver. Ampl. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.

NETO, A.C (B); TRAIBER, C.; DREWS, A.C. O primeiro paciente. In: NETO, A. C. ; ANTONELL, I. ; LOPES, M.H.I. (ORGS). **O estudante de medicina e o paciente: uma aproximação à aproximação prática médica**.- 2 ed. Ver. Ampl. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007b.

NEPOMIACHI, R. El médico, las tecnociencias y el psicoanalisis. **Revista Lacaniana de psicoanálisis**. Publicación de La Escuela de La Orientación Lacaniana, año XIII, n. 24, jul. 2018.

NOGUEIRA-MARTINS, L.A. & NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F. O exercício atual da medicina e a relação médico - paciente. **Ver. Bras. Clin**. Terap. 1998, 24(2):59-64.

NUTTON , V. A. (2008). Ascensão da medicina. In: PORTER, R. (2008). **Cambridge-História da Medicina**. Copyright by Livraria e Editora Revinter Ltda, 2008.

ORELLANA-PENA, C. et al. Sobreeposición de los pacientes em hospitales: la experiencia em um servicio de medicina. **pers.bioét.**, Chia , v. 15, n. 1, p. 78-89, June 2011 . Available from <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222011000100007&lng=en&nrm=iso>. access on 31 Mar. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). OMS: quase 800 mil pessoas se suicidam por ano**. Nações Unidas. Org.** Dez Outubro de 2018. Disponível em: https://nacoesunidas.org/oms-quase-800-mil-pessoas-se-suicidam-por-ano/amp/. Acesso em: treze, maio de 2019.

PADOVANI, R.C. et al. Vulnerabilidade e bem-estar psicológicos do estudante universitário. **Rev Bras Ter Cogn** 2014 jun;10(1):02-10. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872014000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 18 nov. 2017. http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20140002.

PASCARELLA, E.T., TERENZINI, E.T. How college affects students: a third decade of research (v. 2). San Francisco: Jossey-Bass; 2005 Citado por Teixeira MAP et al. Adaptação à universidade em jovens calouros. **Psicol Esc Educ** (Impr.), Campinas 2008 Jun;12(1):185-202

PORTER, R. **Cambridge - História da Medicina.** Copyright by Livraria e Editora Revinter Ltda, 2008.

PRISZKULNIK, L. Clínica (s): diagnóstico e tratamentos. **Psicol. USP**, vol.11, n.1, São Paulo, 2000.

_____Violência contra crianças: desafios só para médicos? **O Mundo da Saúde São Paulo**: 2009 ;33(1):58-63.

QUERIDO, I.A. et al . Fatores Associados ao Estresse no Internato Médico. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 40, n. 4, p. 565-573, Dec. 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000400565&lng=en&nrm=iso>. access on 14 May 2019. http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e00072015.

QUINTANA, A. M. et al . A angústia na formação do estudante de medicina.**Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 32, n. 1, p. 7-14, Mar. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000100002&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Feb. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000100002.

RÉ, R. Escritório de saúde mental atende alunos em sofrimento. **Jornal USP**, São Paulo, 22 de agosto de 2018. Disponível em: https://jornal.usp.br/atualidades/escritorio-de-saude-mental-da-usp-atende-alunos-em-sofrimento/. Acesso em: 14 de maio de 2019.

REGO, S. **A formação ética dos médicos- saindo da adolescência com a Vida (dos outros) nas mãos.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

REISER, S. J. **La medicina y el império de la tecnologia.** Tradução Juan Jose Utrilla. Biblioteca de la salud. Secretaria de salud. Fondo de cultura econômica, 1990.

ROCCO, R.P. Relação estudante de Medicina-paciente. In: MELLO FILHO, J. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p.45-56.

ROENICK, M.L.P. Sala de anatomia. In: NETO, A.C.; ANTONELLO, I.; LOPES, M.E.I. (orgs). **O estudante de medicina e o paciente: uma aproximação à prática médica**. 2 ed. Rev. Ampl. - Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.

SCHNEIDER, P.B. **Psicologia medica**. Milano: Feltrinelli Editore, 1994.

SILVA, S. A.; HERZBERG, E.; MATOS, L. A. L. Características da inserção da psicologia nas pesquisas clínico-qualitativas: uma revisão. **Bol. psicol [online]**. 2015, vol.65, n.142, pp. 97-111.

STEVENS, A. **La clinica de la infancia y de la adolescencia** – 1a ed. 1ª reimp. Córdoba: Babel Editorial, 2016.

STOCK, F.S.; SISSON, M.C.; GROSSEMAN, S. Percepção de estudantes de medicina sobre aprendizagem da relação médico-paciente após mudança curricular. **Rev. bras. educ. med.**,

Rio de Janeiro , v. 36, n. 1, p. 5-13, Mar. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000100002&lng=en&nrm=iso>. access on 31 Mar. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000100002.

TRINDADE, L.M.D.F.; VIEIRA, M. Curso de Medicina: motivações e expectativas de estudantes iniciantes. Medical School: motivations and expectations of incoming students. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 33, n. 4, p. 542-554, Dec. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000400005&lng=en&nrm=iso>. access on 14 May 2019. http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000400005.

RANCICH, A.M. et al . Actuaciones docentes consideradas como incorrectas por los alumnos de Medicina: análisis comparativo entre dos universidades. **Rev. iberoam. educ. super**, México , v. 4, n. 9, p. 95-107, enero 2013 . Disponible en <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-28722013000100007&lng=es&nrm=iso>. accedido en 31 marzo 2019.

RAMOS-CERQUEIRA, Ana Teresa de Abreu; LIMA, Maria Cristina Pereira. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 6, n. 11, p. 107-116, Aug. 2002 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832002000200008&lng=en&nrm=iso>. access on 13 May 2019. http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832002000200008

RECALDE, M. **Púberes y adolescentes; lecturas lacanianas.** – 1a ed.- Buenos Aires; Grama Ediciones, 2008.

REZENDE, JM. À sombra do plátano: crônicas de história da medicina [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2009. **O ato médico através da história**. pp. 111-119. ISBN 978-85-61673-63-5. Available from SciELO Books.

RICHINGS, J.C., KHARA, G.S., DOWEL, M. Suicide in young doctors. **Br J Psychiatry** 1986; 149: 475-8.

ROSA, M. (2010). Jacques Lacan e a clínica do consumo. **Psic. Clin**., Rio de janeiro, vol. 22, N.I, P.157-171. Disponível in: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-56652010000100010&script=sci_abstract&tlng=pt

SANDERS, L. **Todo paciente tem uma história para contar: mistérios médicos e a arte do diagnóstico**/Lisa Sanders; Tradução Diego Alfaro. – Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

SANTA, N. D.; CANTILINO, A. (2016). Suicídio entre Médicos e Estudantes de Medicina: Revisão de Literatura. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 40, n. 4, p. 772-780, Dec. 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000400772&lng=en&nrm=iso>. access on 13 May 2019. http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e00262015.

SANTOS, F. S. et al . Estresse em Estudantes de Cursos Preparatórios e de Graduação em Medicina. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 41, n. 2, p. 194-200, June 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022017000200194&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Feb. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v41n2rb20150047.

TABORDA, A.L.C.G. **Aspectos da resistência do aluno de medicina na busca por auxílio psicológico** / Ana Lucia de Camargo Gargiulo Taborda – São Paulo, 2015. Tese (doutorado) – Faculdade de Medicina de São Paulo. Programa de Patologia. Orientador: Raymundo Soares de Azevedo Neto, 2015.

TEIXEIRA, M.A.P et al. Adaptação à universidade em jovens calouros. **Psicol Esc Educ** 2008 Jun;12(1):185-202. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572008000100013&lng=en&nrm=iso>.

TURATO, E. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico qualitativa**. Petrópolis Vozes, 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAIA. Programa de saúde mental oferece escuta acessível a toda comunidade. 22 de agosto de 2018. Disponível em: https://ufba.br/ufba_em_pauta/programa-de-sa%C3%BAde-mental-oferece-escuta-acess%C3%ADvel-toda-comunidade. Acesso em: 14 de maio de 2019

VALLE, V.; SCHARLAU, H.C; NETO, A.C. (2007). O estudante de medicina. IN: **O estudante de medicina e o paciente: uma aproximação à pratica médica**/ Alfredo Cataldo Neto, Ivan Antonello, Maria Helena Itaqui Lopes (Orgs). -2 ed. Rev. Ampl.- Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.

ZAIDHARF, S., et al. O estudante de medicina e a morte. In: MELLO FILHO, J. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p.45-56.

APÊNDICE A

Termo de consentimento Livre Esclarecido

(De Acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde)

Eu, Nattasha Magalhães Silva, estou realizando uma pesquisa em nível de mestrado com o título: *"A relação médico-paciente e as contribuições psicanalíticas: a escuta de estudantes de medicina"*. O objetivo é investigar as dificuldades, anseios, desejos, impasses, expectativas que surgem no início dos atendimentos clínicos realizados por estudantes de Medicina, a fim de oferecer subsídios na formulação de novos dispositivos clínicos terapêuticos para o atendimento dos casos de sofrimento médico. Nesta pesquisa, o participante será convidado a realizar uma entrevista aberta com a pesquisadora responsável de modo que possa falar sobre sua experiência em atendimento com paciente. Ressalta-se que não há recompensa financeira pela participação na pesquisa.

A apreciação ética da pesquisa será realizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo - CEPH-IPUSP, credenciado junto a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) localizado à Av. Prof. Mello Moraes, 1.721 - Bloco G, 2º andar, sala 27 - CEP 05508-030 - Cidade Universitária - São Paulo/SP. E-mail:ceph.ip@usp.br Telefone: (11) 3091-4182 Site http://www.ip.usp.br/portal/index.php/pt/comite-de-etica-em-pesquisa-com-seres-humanos. O CEPH-IPUSP tem a finalidade de defender os direitos dos participantes da pesquisa (artigo 5º, incisos II e X da CF/88) e de contribuir com o desenvolvimento das pesquisas dentro de padrões éticos em consonância com a Resolução do CNS nº 466/2012. Quanto a dúvidas relacionadas aos aspectos éticos da pesquisa, favor, entrar em contato com o CEPH-IPUSP.

Os dados obtidos das entrevistas serão somente utilizados com vistas a coletar temas que interessam ao objetivo da pesquisa, e utilizados na elaboração de relatórios técnicos e trabalhos científicos, que serão divulgados na comunidade envolvida e no meio acadêmico e científico. As informações coletadas ao longo da entrevista serão guardadas em local seguro. Os dados pessoais do participante não serão de forma alguma incluídos na análise dos resultados e na pesquisa como um todo. Caso haja o uso de vinhetas clínicas, estas serão cuidadosamente modificadas de seu contexto original e isentadas de dados ou enredos que indiquem qualquer proximidade com a realidade entrevistado.

Como pesquisadora responsável, cumprirei as exigências contidas na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que visa garantir o sigilo relativo às propriedades intelectuais e o devido respeito a dignidade humana. Com base nesta resolução, fica explicitado neste termo de consentimento que o participante poderá solicitar quaisquer informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para esclarecimento de eventuais dúvidas e poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem penalidades. As entrevistas, previamente agendadas, serão realizadas em recinto preservado, seguro e tranquilo. A entrevista será gravada, e terá duração de, aproximadamente, uma hora. Ao término da pesquisa o material gravado será inutilizado.

Haverá ressarcimento de eventuais despesas que resultem da participação da pesquisa. O entrevistado poderá se recusar a falar sobre qualquer assunto que julgar necessário e poderá não autorizar a utilização total ou parcial dos dados. Os desconfortos e riscos esperados são mínimos e obterá o benefício de, durante a realização da entrevista, falar sobre os seus anseios diante de alguma intervenção com o paciente, e, assim, ser escutado. Providências e cautelas serão empregadas para evitar e/ou reduzir efeitos e condições adversas que possam causar qualquer dano ao participante. Para tal, haverá acompanhamento e assistência aos participantes da pesquisa, e acompanhamentos posteriores ao encerramento e/ ou a interrupção da pesquisa. Caso seja necessário e ou requisitado haverá encaminhado à Clínica Durval Marcondes, localizada no Bloco D, Av. Professor Mello Moraes, 1721- SP (telefone: (11) 3091-8248). O sigilo e a privacidade serão mantidos durante todas as fases da pesquisa.

O participante receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e poderá entrar em contato com a pesquisadora através do telefone (11) 97254-1312 ou por e-mail: nattashasilva@usp.br a qualquer momento desta pesquisa ou posterior a ela. Ressalta-se que ao término da pesquisa, as conclusões chegadas serão fornecidas pela pesquisadora, para que o participante tome conhecimentos do resultado da pesquisa. O participante terá a disposição uma cópia deste documento. Orientadora da pesquisa: Profa. Dra. Léia Priszkulnik. Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP. Tel: (11) 3091-4173.

Eu,_____RG_____, gênero _____, nascido em ____/____/_____, residente à_____com número de telefone_____, após tomar ciência da proposta desta pesquisa, através da

pesquisadora responsável e ratificado no texto acima, considero-me plenamente esclarecido(a), sabendo que poderei, a qualquer momento, rever esta posição e solucionar dúvidas. Estou de acordo com minha participação, como voluntário(a), nesta pesquisa e dou permissão para ser entrevistado(a) e para estas entrevistas serem utilizadas conforme citado neste documento. Declaro que, após convenientemente esclarecido(a) pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Projeto de Pesquisa.

São Paulo __/__/____

_____

Assinatura da pesquisadora (IP /Usp)

_____

Rubrica da entrevistadora

_____

Assinatura do entrevistado(a)

_____

Rubrica do entrevistado(a)