

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

Adaline Franco Rodrigues

**SOFRIMENTO E ADOECIMENTO PSÍQUICO DO ESTUDANTE DE MEDICINA  
À LUZ DA TEORIA HISTÓRICO-CULTURAL**

Campo Grande - MS

2023

ADALINE FRANCO RODRIGUES

**SOFRIMENTO E ADOECIMENTO PSÍQUICO DO ESTUDANTE DE MEDICINA  
À LUZ DA TEORIA HISTÓRICO-CULTURAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – Faculdade de Educação como requisito à obtenção do título de Doutora.

Área de Concentração: Educação

Linha de Pesquisa: Processos formativos, práticas educativas, diferenças. Grupo de Estudo GEPPE – Grupo de Estudo e Pesquisa em Psicologia e Educação.

Orientador(a): Professora Dr<sup>a</sup> Sônia da Cunha Urt

Campo Grande - MS

2023

Adaline Franco Rodrigues

**SOFRIMENTO E ADOECIMENTO PSÍQUICO DO ESTUDANTE DE  
MEDICINA À LUZ DA TEORIA HISTÓRICO-CULTURAL**

Trabalho Acadêmico apresentado ao Programa de Pós- Graduação em educação da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – *Campus* de Campo Grande como requisito parcial para obtenção do título de doutor em Educação.

Área de concentração: Educação

Campo Grande, MS, 13 de novembro de 2023

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Sonia da Cunha Urt  
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS  
Orientadora

---

Profa. Dra. Marilda Gonçalves Dias Facci  
Universidade Estadual do Maringá - UEM  
Membro Titular

---

Profa. Dra. Flavinês Rebolo  
Universidade Católica Dom Bosco - UCDB  
Membro Titular

---

Prof. Dr. Armando Marino Filho  
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS  
Membro Titular

---

Profa. Dra. Celia Beatriz Piatti  
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS  
Membro Titular

---

Profa. Dra. Josiane Peres Gonçalves  
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS  
Membro Suplente

*A indiferença é o peso morto da história. É a bola de chumbo de um inovador, é a matéria inerte em que os entusiasmos mais esplêndidos frequentemente se afogam, é o pântano que cerca a velha cidade e a defende melhor do que os muros mais sólidos, melhor do que o peito de seus guerreiros, porque deglute os assaltantes em seus poços limosos, e os dizima e os abate e por vezes os faz desistir do feito heroico.*

*A indiferença age potentemente na história. Age passivamente, mas age. É a fatalidade; é aquilo com que não se pode contar; é aquilo que estraga os programas, que inverte os planos mais bem construídos; é a matéria bruta que se rebela contra a inteligência e a estrangula. O que acontece, o mal que recai sobre todos, o bem possível que um ato heroico (de valor universal) pode gerar não se deve tanto à iniciativa dos poucos que agem, mas à indiferença, ao absenteísmo de muitos.*

*Antonio Gramsci*

*11 de fevereiro de 1917*

*Tradução de Cláudia Tavares Alves a partir da versão publicada no livro *Odio gli indifferenti* (Milão: Chiarelettere Editore, 2018).*

## RESUMO

A vivência docente permite-nos perceber frequentemente as crises de certezas e insatisfações entre universitários, desencadeando prejuízos no desempenho acadêmico e qualidade de vida destes estudantes. Esta pesquisa investigou e discutiu os processos e determinantes do sofrimento psíquico em alunos de medicina de uma instituição de Ensino Superior de Mineiros - GO à luz da Teoria Histórico-Cultural. Utilizamos recursos investigativos a partir de questionários e escalas aplicados a setenta e quatro estudantes de medicina, que nos deram o panorama de caracterização socioeconômica e cultural dos discentes, a análise da qualidade de vida e a percepção de estresse e sofrimento psíquico. Realizamos sequencialmente, dois grupos focais com total de onze estudantes dos anos iniciais e finais do ciclo básico do curso. O método de análise aplicado foi pautado nos pressupostos teórico-metodológicos da teoria Histórico-Cultural que tem sua raiz epistemológica no Materialismo Histórico-Dialético. As análises demonstram a influência das perspectivas profissionais e dos estigmas da profissão médica no desencadeamento do sofrimento psíquico, considerando a historicidade e a interação constante entre o singular, o particular e o universal. As análises revelaram as contradições inerentes à formação médica, evidenciando a influência da cultura médica na reprodução de valores hegemônicos. Este estudo destacou ainda o sofrimento psíquico como um fenômeno complexo, enraizado nas motivações, estigmas sociais, pressões acadêmicas e contradições do exercício profissional. Ressalta-se a necessidade de uma consciência crítica na educação médica diante dos desafios estruturais que permeiam a formação médica sob a égide do capitalismo. Discutir esses aspectos de forma reflexiva com alunos e professores pode favorecer a formação profissional consciente e promover estratégias para minimizar os sintomas psicopatológicos desde que considerados no contexto de sua constituição histórica e cultural.

**Palavras-chave:** Estudantes de Medicina. Sofrimento Psíquico. Teoria Histórico-Cultural.

## ABSTRACT

The teaching experience allows us to frequently perceive crises of certainty and dissatisfaction among university students, triggering losses in these students' academic performance and quality of life. This research investigated and discussed the processes and determinants of psychological suffering in medical students at a Higher Education institution in Mineiros - GO in the light of Historical-Cultural Theory. We used investigative resources based on questionnaires and scales applied to seventy-four medical students, which gave us an overview of the students' socioeconomic and cultural characterization, the analysis of quality of life and the perception of stress and psychological suffering. We sequentially carried out two focus groups with a total of eleven students from the initial and final years of the basic cycle of the course. The method of analysis applied was based on the theoretical-methodological assumptions of the Historical-Cultural theory, which has its epistemological root in Historical-Dialectic Materialism. The analyzes demonstrate the influence of professional perspectives and the stigmas of the medical profession in triggering psychological suffering, considering historicity and the constant interaction between the singular, the particular and the universal. The analyzes revealed the contradictions inherent to medical training, highlighting the influence of medical culture in the reproduction of hegemonic values. This study also highlighted psychological distress as a complex phenomenon, rooted in motivations, social stigmas, academic pressures and contradictions of professional practice. The need for critical awareness in medical education is highlighted in the face of the structural challenges that permeate medical training under the aegis of capitalism. Discussing these aspects in a reflective way with students and teachers can promote conscious professional training and promote strategies to minimize psychopathological symptoms as long as they are considered in the context of their historical and cultural constitution.

**Keywords:** Medical Students. Psychic Suffering. Historical-Cultural Theory.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma Organizacional da Tese .....	20
Figura 2 Mapa organizacional da pesquisa.....	78
Figura 3 - Mapa das etapas da produção de dados .....	81
Figura 4 - Diagrama de organização e identificação da estrutura e análise dos grupos focais . .....	123
Figura 5 - Perfil do médico idealizado e o contato com a realidade percebido pelos estudantes .....	156
Figura 6 - Tópicos de assuntos expostos e mais comentados no grupo focal que remetem à ordem do Capital .....	160
Figura 7 - Tópicos de assuntos expostos e mais comentados no grupo focal com potencial humanizador .....	162
Figura 8 - Categorização das falas e dos temas em relação aos pontos positivos e negativos do período de formação em medicina .....	168
Figura 9 - Categorização das falas a partir dos desencadeadores de sofrimento próprio e do outro .....	169
Figura 10 - Categorização das falas conscientes e inconscientes sobre o modo de enfrentamento .....	174
Figura 11 - Diagrama conceitual do processo Histórico-Cultural do sofrimento psíquico do(a) estudante de Medicina .....	181
Figura 12 - Diagrama representativo do diálogo no GF2 sobre a atividade profissional médica .....	190
Gráfico 1 - Quantitativo de alunos em relação a somatória de pontos do SRQ-20.....	110
Quadro 1 - Descrição das dimensões do QVA-r .....	93
Quadro 2 - Subescalas DASS e Sintomas Avaliados .....	97
Quadro 3 - Faixas de severidade - escores de corte - DASS .....	97
Quadro 4 - Prevalência das combinações dos níveis de severidade .....	101
Quadro 5 - Interpretação das pontuações .....	105
Quadro 6 - Organização dos grupos focais.....	121
Quadro 7 - Subtemas identificados dentro dos temas do eixo A Escolha .....	125

Quadro 8 - Subtemas identificados dentro dos temas do eixo Conceitos e realidade .....	128
Quadro 9 - Subtemas identificados dentro dos temas do eixo Conceitos e realidade .....	135
Quadro 10 - Subtemas identificados dentro dos temas do eixo resistência e enfrentamento	139
Quadro 11 - Categorização das falas e dos temas na perspectiva temporal da percepção do processo de formação .....	176



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - . Relação de teses e dissertações com o tema Sofrimento Psíquico entre discentes do ensino superior.....	69
Tabela 2 - Característica sócio-demográficas familiar dos participantes da pesquisa .....	83
Tabela 3 - Característica socioeconômica familiar dos participantes da pesquisa .....	84
Tabela 4 - Atividade Profissional dos estudantes.....	86
Tabela 5 - Vivências e Expectativas Acadêmicas .....	88
Tabela 6 - Média das dimensões QVA-r em relação às variáveis período, gênero, faixa etária e atividade remunerada .....	94
Tabela 7 - Prevalência dos níveis de Estresse, Ansiedade e Depressão conforme as faixas de severidade .....	99
Tabela 8 - Comparação dos níveis de Estresse, ansiedade e depressão entre períodos iniciais e finais conforme as faixas de severidade e média do coeficiente .....	100
Tabela 9 - Comparação da Média de coeficiente de Estresse, ansiedade e Depressão conforme as variáveis gênero, Faixa etária , período e atividade remunerada. ....	100
Tabela 10 - Prevalência dos sintomas individuais e agrupados em categorias aferidos pelo SQR-20 e comparativo entre os períodos iniciais e finais.....	106
Tabela 11 - Presença de TMNP de acordo com SQR20 (probabilidade de casos suspeitos). Ponto de corte 7/20 (MARI, 1986).....	108

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

BDI – Inventário de Depressão de Beck

BVS – Biblioteca Virtual de Saúde

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CTD - Catálogo de Teses e Dissertações

ENADE - Exame Nacional de Desempenho de Estudantes

FIES - Financiamento do Estudante do Ensino Superior

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LILACS - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde

PMM - Programa Mais Médicos

PROUNI - Programa Universidade para Todos

PSF - Programa de Saúde da Família

REUNI - Reestruturação e Expansão das Universidades Federais

SCIELO - Biblioteca Eletrônica Científica Online

SUS – Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>CAPÍTULO I - VALORES AFETIVOS E EMOCIONAIS NA ATIVIDADE HUMANA: BASES CONCEITUAIS FUNDAMENTADAS NA TEORIA HISTÓRICO-CULTURAL .....</b>	<b>21</b>
1.1 O FENÔMENO PSICOLÓGICO SOB A LÓGICA DIALÉTICA.....	21
1.2 FUNÇÕES PSICOLÓGICAS SUPERIORES, O DESENVOLVIMENTO DAS EMOÇÕES E DOS AFETOS.....	23
1.3 DESENVOLVIMENTO DA CONSCIÊNCIA E PERSONALIDADE.....	30
1.4 AS MOTIVAÇÕES E A ATIVIDADE COMO BASE DA PERSONALIDADE.....	34
1.5 LINGUAGEM, ATIVIDADE E CONSCIÊNCIA: UMA RELAÇÃO SINGULAR PARA O DESENVOLVIMENTO DO PSIQUISMO.....	42
<b>CAPÍTULO II - COMPREENSÃO DE SOFRIMENTO E ADOECIMENTO PSÍQUICO À LUZ DA TEORIA HISTÓRICO CULTURAL .....</b>	<b>49</b>
2.1 BREVES ESCLARECIMENTOS CONCEITUAIS.....	49
2.1.1 ALTERAÇÕES DA ATIVIDADE PSÍQUICA: BREVES CONCEITOS DA PATOPSIKOLOGIA EXPERIMENTAL .....	57
2.2 ESTRUTURA MOTIVACIONAL DA PERSONALIDADE: AS (DES)MOTIVAÇÕES PARA A ATIVIDADE.....	59
2.3 O SOFRIMENTO PSÍQUICO, O DISCENTE E A TEORIA HISTÓRICO-CULTURAL: REVENDO PRODUÇÕES CIENTÍFICAS.....	66
<b>CAPÍTULO III - ITINERÁRIO INVESTIGATIVO .....</b>	<b>76</b>
3.1 QUEM É NOSSO ALUNO? .....	76
3.2 O PROBLEMA E O OBJETO .....	78
3.3 INSTRUMENTOS UTILIZADOS.....	79
3.3.1 Identificação do Externo.....	79
3.3.2 Apropriação do Interno.....	80
3.4 OS SUJEITOS: NOSSOS ALUNOS E SUAS PARTICULARIDADES.....	81
3.5 QUESTIONANDO A VIVÊNCIA ACADÊMICA .....	91
3.6 SOFRER FAZ PARTE? A ANSIEDADE, DEPRESSÃO E O ESTRESSE NA GRADUAÇÃO MÉDICA .....	95
3.7 DO SOFRIMENTO AO ADOECIMENTO PSÍQUICO .....	103
3.7.1 Breves considerações sobre o termo “Transtorno Mental Comum”.....	113
3.7.2 Idas E Vindas, Encontros E Desencontros: O Itinerário Da Pesquisa Com Grupos Focais.....	120
3.7.2.1 A escolha .....	125
3.7.2.2 Vivência.....	127
3.7.2.3 Fonte do sofrimento.....	133
3.7.2.4 Enfrentamento e resistência .....	139
3.8 Algumas considerações .....	140
<b>CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO: SOFRIMENTO E ADOECIMENTO PSÍQUICO DO ESTUDANTE DE MEDICINA À LUZ DA TEORIA HISTÓRICO-CULTURAL .....</b>	<b>149</b>
4.1 COMPREENSÕES DA TEORIA HISTÓRICO-CULTURAL NECESSÁRIA À FORMAÇÃO EM MEDICINA.....	149
4.2 PERCEPÇÃO DOS CONCEITOS FOSSILIZADOS COMO FERRAMENTA IDEOLÓGICA ..	153
4.3 ATIVIDADE DA FORMAÇÃO MÉDICA SOB A LÓGICA DO CAPITAL E O DESENVOLVIMENTO DA PERSONALIDADE .....	160
4.4 O SOFRER À SERVIÇO DE "SER MÉDICO" FAZ PARTE? A QUALIDADE DE VIDA E O SOFRIMENTO PSÍQUICO DO ALUNO DE MEDICINA .....	165
4.5 ANÁLISE DIALÉTICA DO SOFRIMENTO E ADOECIMENTO PSÍQUICO DO ESTUDANTE DE MEDICINA.....	180

<b>4.6 O PROCESSO E A ESSÊNCIA DO SOFRIMENTO PSÍQUICO DOS ESTUDANTES INVESTIGADOS .....</b>	<b>187</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>197</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>202</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>222</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>229</b>

## INTRODUÇÃO

Desconfiai do mais trivial, na aparência singelo. E examinai, sobretudo, o que parece habitual. Suplicamos expressamente: não aceiteis o que é de hábito como coisa natural, pois em tempo de desordem sangrenta, de confusão organizada, de arbitrariedade consciente, de humanidade desumanizada, nada deve parecer natural, nada deve parecer impossível de mudar (BRECHT, 1982).

Considero que o sofrimento psíquico não deva ser naturalizado ou banalizado. Eis aqui meu ponto de partida e meu motriz que intenta para a compreensão de que todo sofrimento encoberto como coisa natural é passível de mudança. Compor as linhas introdutórias de um trabalho parecia-me fácil, já que toda narrativa requer naturalmente um início. Todavia, este começo textual não se trata do começo da pesquisa, ao contrário, é o ponto a que cheguei deste caminho investigativo e ousou dizer que os trajetos e seus percalços modificaram, por certo, os começos.

Enquanto narradora e pesquisadora, cabe-me a missão de aproximar o leitor da problemática sistematizada em uma pesquisa investigativa, e enquanto a este se revela o movimento da prática e do método científico, a mim emergem-se os rumos tomados que por conseguinte, exigiu-me re-definir rotas e perguntas, o que me parece que ser um bom começo: tratar a dinamicidade da vivência do real e interagir com um objeto em movimento. Por falar em interação, no caminho da pesquisa se confluem as histórias dos sujeitos e inclui-se, obviamente, a minha história, enquanto ser singular e enquanto investigadora, face a todos os sujeitos envolvidos. Nos entroncamentos, alguns rumos se perdem, mas outros se abrem, com novos conteúdos e novos sentidos.

Sou Fisioterapeuta há 10 anos, sendo esta minha primeira formação e base profissional, atuo na área de fisioterapia intensiva, onde lido diretamente com uma equipe multiprofissional. Essa experiência proporciona-me uma compreensão profunda da realidade de trabalhar no setor da saúde, onde a responsabilidade pela vida do paciente está constantemente em nossas mãos. O cuidado, a atenção aos detalhes e a gestão do estresse são elementos fundamentais na minha prática diária.

Além da atuação clínica, exerço o papel de professora, compartilhando meu conhecimento e experiência com os futuros profissionais da saúde. Esta dualidade de papéis enriquece minha perspectiva, permitindo-me não apenas compreender teoricamente, mas também vivenciar as demandas e desafios enfrentados pelos estudantes de Medicina. Conheço de perto a pressão constante, os dilemas éticos e as exigências do ambiente acadêmico.

Quais processos abrangem o sofrimento psíquico no estudante de Medicina? A que isto me interessa? Foi a partir da experiência enquanto tutora e professora do ciclo básico para o curso de Medicina e da intersecção com a minha trajetória como fisioterapeuta e professora que me surgiu o interesse em aprofundar o conhecimento acerca dos processos que favorecem o sofrimento psíquico neste grupo de estudantes. Nestes anos de docência formal percebi frequentemente traços implícitos e explícitos de insatisfação dos discentes com o curso, com o excesso de atividades, com as metodologias aplicadas, com a relação professor-aluno e aluno-aluno, entre outros, evidenciando um alto nível de estresse e crises de desinteresse.

Na tentativa de responder essa primeira indagação, alguns outros aspectos foram discutidos, como: em qual meio sociocultural estes discentes estão inseridos? Qual a percepção e as características pronunciadas deste sofrimento psíquico? E, ainda, como as vivências dentro e fora do âmbito escolar, o meio sociocultural hegemonicamente capitalista e os paradigmas acerca da profissão médica podem influenciar no sofrimento psíquico deste aluno?

Os anos em que estive inserida neste meio permitiram-me ouvir relatos e presenciar fatos que demonstram elevado sofrimento psíquico por parte destes alunos e intuí que eles, de maneira generalista, provavelmente, vêm passando por pressões familiares e sociais, especialmente relativos à classe e status profissional, bem como, enfrentando e tentando superar as expectativas colocadas sobre eles quanto à profissão que devem seguir, seu desempenho acadêmico, sua dedicação, entre outros. Nessa vertente mecanicista de se formar profissionais, muitas vezes os aspectos psicológicos são banalizados e a formação de seres humanos fica desfavorecida.

O contato com essa realidade levou-me a questionar por fim quais os processos no desenvolvimento da consciência do indivíduo dentro da sociedade de classes na qual estamos inseridos podem gerar problemas de consciência e em consequência desenvolver o sofrimento psíquico e como a formação acadêmica pode superar esses problemas e promover a catarse através da tomada de consciência neste aluno?

Empenhei-me em averiguar o que já havia sido produzido até então a respeito do sofrimento psíquico na graduação médica e logo nos primórdios dos estudos constatei que são poucas as pesquisas envolvendo sofrimento psíquico de acadêmicos atrelado a alguma abordagem teórico-metodológica definida. E um número ainda menor de estudos quando se trata de acadêmicos de Medicina. A maioria está pautada na investigação quantitativa e descritiva dos resultados. Almejava ir além e aprofundar-me nas questões do método e da natureza das pesquisas qualitativas, bem como, nesta relação ser humano versus sociedade .

Em 2019, tive a oportunidade de iniciar o doutorado em Educação pela Universidade Federal do Mato Grosso de Sul, através de um programa de aproximação inter-universidades (DINTER), e para minha grande sorte, sob a mentoria da Orientadora desta Tese, Professora Doutora Sônia da Cunha Urt, pude entrar em contato, pela primeira vez, de maneira sistematizada, com a teoria Histórico-cultural, a qual analisa a formação da consciência humana, das funções mentais superiores e da hominização a partir da relação deste ser - biológico - com suas vivências e meio social no qual está inserido, como ao mesmo tempo produto e produtor da sociedade.

Seguindo o itinerário na busca de aprofundamento da fundamentação teórica, percebi que também são incomuns os estudos voltados para a Educação Superior cujo aporte teórico-metodológico seja a Teoria Histórico-Cultural. As produções científicas envolvendo o Ensino Superior a partir da Teoria Histórico-Cultural, além de bastante restritas estão voltadas principalmente em investigações sobre os processos de inclusão, alunos em condições especiais, a aspectos relacionados à precariedade do ensino ou a baixa renda, sendo bastante escassa a análise das relações de classe e sociedade capitalista e sua influência na formação do aluno de condição sociocultural e/ou econômicas mais privilegiadas. Muito menos, investigações que discutam o status profissional e esse perfil de alunado como fatores condicionantes de sofrimento psíquico.

Frente esses motivos, acredito que analisar as informações construídas a partir desta pesquisa a ser desenvolvida e seu diálogo com a fundamentação teórica proposta permite um caminho possível para compreender o contexto histórico-cultural e a influência da formação mercadológica capitalista sobre os processos que se organizam no desenvolvimento do sofrimento psíquico do estudante de medicina. Permite ainda traçar meios ou pelo menos, fomentar, instigar posteriores e maiores debates sobre o assunto.

Debruçando-me tanto à compreensão da teoria eleita, quanto aos construtos do objeto analisado constatei que a abordagem teórico metodológica Histórico-Cultural me serviria de bússola em compreender as contradições e as complexidades dos processos psíquicos, mas a discussão e as peculiaridades da graduação médica, bem como o desenrolar histórico da formação da profissão requereria outras articulações analíticas, e por isso, precisei de outros olhares e para o diálogo.

Escolhi a primeira pessoa para tecer as linhas da apresentação, minhas motivações e os caminhos que segui até o início da pesquisa, mas esta investigação eu não poderia fazer só: É com essa bagagem contextual que agora, coletivamente e mediante articulação de ideias nós

tecemos reflexão, que foram se formulando, moldando, sendo articuladas mediante os tantos grupos de estudo, aulas, compartilhamento de conhecimento, eventos acadêmicos, entre outros. A partir de agora somos e traçamos estas linhas em plural porque o tema demanda domínios e conhecimentos que só o exercício da escrita e da crítica por um conjunto de mentes pode alcançar.

Pretendemos colocar em pauta que a formação médica transcende simplesmente conhecer a proposta curricular da faculdade e do curso de graduação e os conteúdos dos vários programas disciplinares que o currículo possa oferecer. Mais do que conhecimentos propriamente técnicos, cognitivos e de habilidades, identifica-se que estes alunos apreendem uma postura que caracterizam o profissional. Por exemplo: os conteúdos podem ser muito adequados, mas persistem atitudes que se voltam para o diagnóstico da doença e se distanciam da pessoa que porta a enfermidade. Além disso, a própria socialização e os exemplos seguidos durante a formação deste profissional podem acarretar vícios de atitudes que os afastam da humanidade da profissão e os imergem totalmente na sociedade baseada no capital e nas relações de bens.

Nossa intenção com este estudo é reunir argumentações e permitir reflexão para uma percepção mais clara de que o sofrimento psíquico frente ao "estudar medicina" não está restrito ao âmbito escolar e seus programas curriculares, e sim ao aprender o "ser médico". Tal "jeito de médico" (enquanto uma ação não revelada) está muito relacionado à complexidade dos processos sociais: de trabalho, de produção dos serviços, as condições do mercado de trabalho, a intervenção do estado, e as ideologias e representações que sustentam o paradigma mercadológico e de status profissional.

Construímos esta tese estruturada conforme o fluxograma da Figura 1. Desta forma, o primeiro capítulo "Valores afetivos e emocionais na atividade humana: bases conceituais fundamentadas na teoria histórico-cultural" destinou-se a apresentar as bases conceituais dos valores afetivos e emocionais na atividade humana fundamentadas na Teoria Histórico-Cultural com o objetivo de refletir alguns aspectos psíquicos do desenvolvimento e da atividade humana. neste tópico abordamos sumariamente o fenômeno psicológico sob a lógica dialética, as funções psicológicas superiores, o desenvolvimento das emoções e dos afetos, o desenvolvimento da consciência e personalidade, as motivações e a atividade como base da personalidade e, por último, a relação entre linguagem, atividade e consciência para o desenvolvimento do psiquismo.



O capítulo 2, intitulado “Compreensão de sofrimento e adoecimento psíquico à luz da Teoria Histórico-Cultural”, traz alguns esclarecimentos para a compreensão de sofrimento e adoecimento psíquico à luz da Teoria Histórico-Cultural, considerando que dado fenômeno só é compreensível em sua profundidade se analisado o seu significado e sentido no contexto histórico - cultural em que se desenvolvem. Neste capítulo abordaremos breves conceitos da patopsicologia experimental, a estrutura motivacional da personalidade, além de uma breve revisão de produções científicas que tratam do sofrimento psíquico do discente sob o aporte da teoria histórico-cultural.

O itinerário investigativo é apresentado no capítulo três “Itinerário Investigativo”, sendo caracterizado inicialmente como do tipo descritivo-exploratório, no qual desenvolvemos uma pesquisa com estudantes de medicina do Centro Universitário de Mineiros - GO. Constituímos a investigação em três etapas: 1) aplicação de questionário sociodemográfico; 2) aplicação de escalas e 3) realização de grupos focais.

Para realizar a fase de coleta de dados composto pelas etapas 1 (um) e 2 (dois) optamos por fazer sua aplicação em plataformas digitais, pelo Google Forms mediante envio de e-mails e contamos também com a colaboração dos tutores e professores da instituição pesquisada. Neste tópico apresentamos os resultados obtidos através de três questionários/escalas: SRQ 20 – Self Report Questionnaire (ANEXO A); Teste DASS 21 de Escala De Depressão, Ansiedade E Estresse (ANEXO B) e Questionário De Vivência Acadêmica - QVA-R (ANEXO C). A escolha destes questionários e escalas enquanto instrumentos de pesquisa se fizeram primeiramente pela validação destes em âmbito internacional e também por apresentarem afinidades em suas abordagens que são pertinentes ao tema que pesquisamos.

Assim, procurando uma avaliação de desnude as vivências acadêmicas que mais poderão dificultar a integração e o ajustamento dos estudantes os pesquisadores Almeida, Soares e Ferreira desenvolveram em 1997 o Questionário de Vivências Acadêmicas - QVA, abarcando um conjunto alargado de dimensões pessoais, relacionais, acadêmicas e institucionais da sua adaptação ao contexto universitário. Sua versão original foi constituída por 170 itens distribuídos em 17 dimensões, sendo posteriormente construído e validado uma versão reduzida composta por 60 itens (QVA -r) distribuídos por cinco grandes áreas da adaptação acadêmica dos estudantes: pessoal; interpessoal; vocacional; estudo-aprendizagem; e institucional. Segundo os próprios autores, as qualidades métricas da versão reduzida foram satisfatórias em termos da sua consistência e validade interna. (ALMEIDA; FERREIRA, 1997, 1999, ALMEIDA; SOARES ; FERREIRA, 1999, 2002).

Já o Teste DASS 21 de Escala De Depressão, Ansiedade e Estresse (ANEXO B) é um instrumento psicométrico que tem sido utilizado para o rastreamento de afetividade negativa e aos conceitos de depressão, ansiedade e estresse que não são mensuráveis diretamente desenvolvido por Lovibond e Lovibond (1995) com o objetivo de apresentar um instrumento adequado sob a ótica psicométrica e com a capacidade de mensurar simultaneamente e distinguir a depressão, a ansiedade e o estresse.

Por fim, o SRQ 20 – Self Report Questionnaire é um instrumento utilizado para avaliar os transtornos mentais comuns, ou também chamados de não-psicóticos que caracterizam-se por sintomas ou queixas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993, SANTOS et al., 2011) .

Compondo a última etapa investigativa, na tentativa de discutir e apreender fenômenos peculiares ao desenvolvimento da consciência entre acadêmicos de medicina, realizamos uma pesquisa a partir da formação de grupos focais online com estudantes deste curso, compondo assim, a terceira etapa investigativa que culminou no quarto capítulo deste trabalho cujo qual, a consideramos como um instrumento investigativo e também intervencionista.

Escolhemos a técnica dos grupos focais enquanto instrumento investigativo por possibilitar o levantamento das diferentes percepções e opiniões do grupo quanto aos valores culturais e representações, as percepções frente às relações com os indivíduos, com as instituições e com a sociedade, como forma de se compreender criticamente o sentido manifesto ou oculto da comunicação, analisando-a e buscando seu significado (GATTI, 2005; SILVA; ASSIS, 2010).

Antes de iniciarmos, achamos pertinente esclarecer algumas especificidades do momento. A pesquisa foi planejada com encontros presenciais, mas devido a pandemia da Covid-19, fomos levadas à possibilidade de realizá-los de forma online, considerando todas as limitações inerentes a essa metodologia investigativa e as possíveis lacunas que surgiriam. Na pandemia, as formas de se relacionar com o mundo se modificaram, ou no mínimo alavancaram, aceleraram essas mudanças. As pesquisas online, que já eram utilizadas (DE ABREU; BALDANZA; GONDIM, 2009, MELLO; CRUZ, 2018) passaram a ser praticamente a única maneira de dar continuidade aos estudos. Isso exigiu que nós, enquanto pesquisadoras explorassem a aplicação de técnicas qualitativas por meio online como, por exemplo, o grupo focal.

Realizamos dois encontros com participantes diferentes, o primeiro grupo com a participação de 4 acadêmicos e o segundo foi realizado com a parceria da liga acadêmica de Psiquiatria e contou com 7 acadêmicos. Anteriormente elaboramos o planejamento dos temas abordados e produzimos o material de apoio que contou com citações de autores diversos a respeito da formação médica, notícias, trechos de outras pesquisas envolvendo participação de estudantes em grupos focais ou entrevistas, imagens e figuras históricas e artísticas que representam traços da formação médica.

Os encontros tiveram os seguintes eixos temáticos: a escolha, a vivência, fontes de sofrimento e enfrentamento e resistência. A análise dos dados qualitativos seguiu as proposições de Laurence Bardin (1995) e Turato (2003): realizamos as transcrições das entrevistas gravadas, destacamos os assuntos por relevância e repetição seguido da descrição dos resultados com as citações das falas dos acadêmicos.

Ficou à cargo do último capítulo “Discussão: sofrimento e adoecimento psíquico do estudante de medicina à luz da teoria Histórico-Cultural” a discussão dos resultados da pesquisa. Todos os dados, relatos e informações coletadas durante as etapas anteriores foram transcritas, interpretadas e discutidas à luz do método investigativo da Teoria Histórico-Cultural, em especial com o diálogo das obras dos estudiosos Lev Semionovitch Vigotski, Alexei Leontiev e Bluma Wulfovna Zeigarnik. Nos empenhamos em articular todo arcabouço teórico e todos os trajetos tomados nesta pesquisa como meio de se compreender, ou, ao menos, permitir um outro olhar de compreensão frente ao sofrimento e adoecimento psíquico na educação médica.

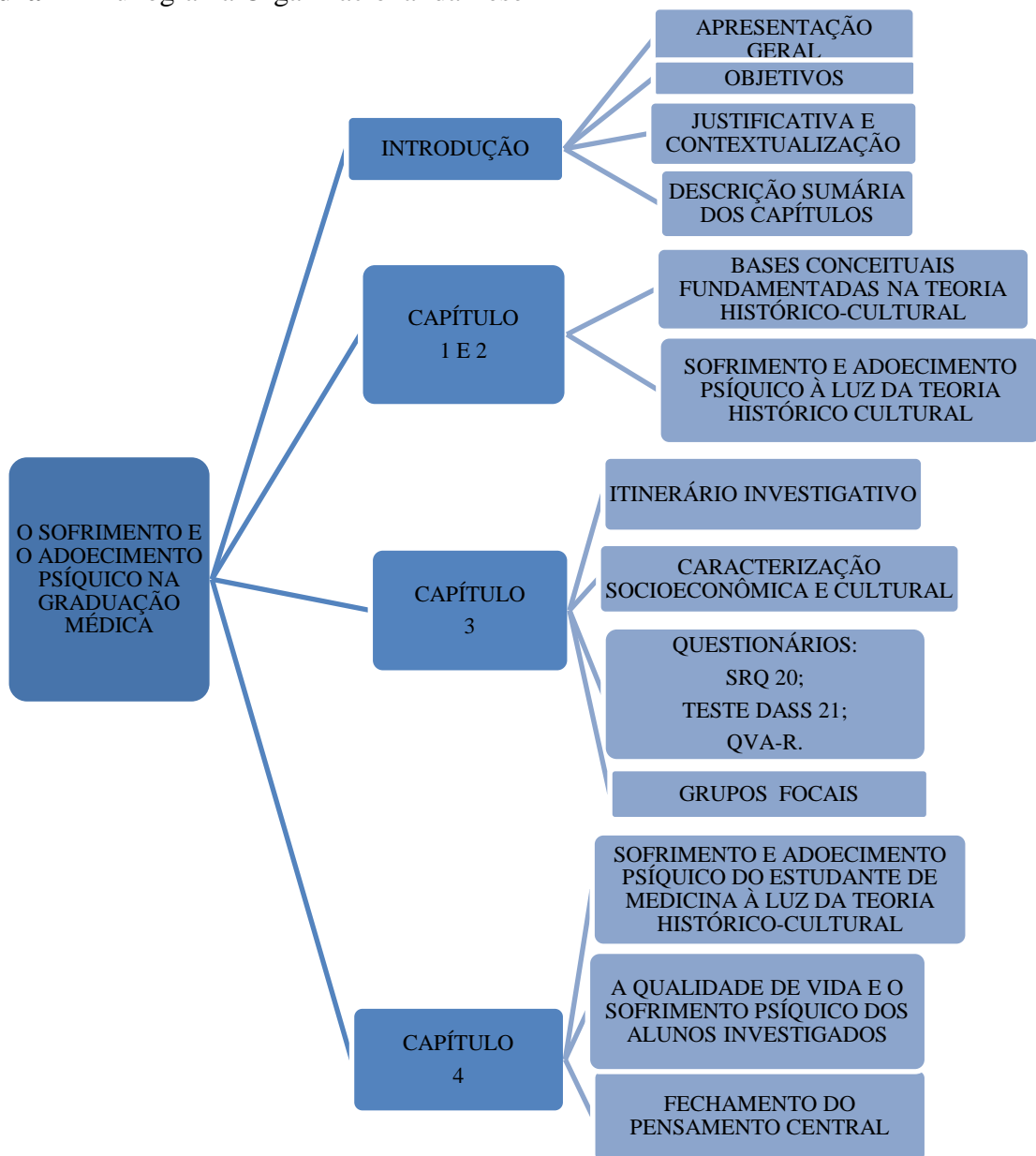
Organizamos este capítulo apresentando inicialmente a compreensões da teoria histórico-cultural necessária à formação em medicina, em seguida, trazemos algumas percepções dos conceitos fossilizados como ferramenta ideológica. na sequência apresentamos algumas considerações sobre a atividade da formação médica sob a lógica do capital e o desenvolvimento da personalidade, a qualidade de vida e o sofrimento psíquico do aluno de medicina, traçamos ainda uma análise dialética do sofrimento e adoecimento psíquico do estudante de medicina, o processo e a essência do sofrimento psíquico dos estudantes investigados e por fim, algumas reflexões acerca do desenvolvimento da consciência, da emoção e a teoria da atividade na educação médica.

Encerrando este pródromo, alegamos que nossas escritas partem do princípio proposto pela teoria adotada de focar a consciência e os processos de desenvolvimento mental superior enquanto estruturante do comportamento humano e em paralelo, ou mais que paralelo,

intrincado, indissociavelmente, a formação social da consciência, de forma a permitir ver este aluno enquanto produto e produtor das relações sociais cuja psique é formada e formadora de comportamentos e conceitos fossilizados, socialmente determinados em meio a vários processos de rupturas de significação e sentido pessoal.

Ao tratar deste tema nosso intuito é de levantar ponderações e insurgir questionamentos, propor superação. Não queremos afirmar uma verdade ou ousar tornar uma problemática como encerrada e resolvida. Esperamos com o desenrolar das linhas propiciar reflexão política e permitir apreensão da ciência enquanto prática engajada com o compromisso social.

**Figura 1 - Fluxograma Organizacional da Tese**



Fonte: próprio da pesquisa (2022).

## **CAPÍTULO I - VALORES AFETIVOS E EMOCIONAIS NA ATIVIDADE HUMANA: BASES CONCEITUAIS FUNDAMENTADAS NA TEORIA HISTÓRICO-CULTURAL**

Cunhamos esta pesquisa a partir da Teoria Histórico-Cultural fundamentada no método de investigação do Materialismo Histórico-Dialético e é sob esse mesmo olhar que traçamos reflexões. O método e a abordagem epistemológica escolhida para esta investigação não sendo imparcial, tampouco os são as referências que utilizamos para traçar o diálogo. Neste contexto, objetivamos com este capítulo, abranger conceitualmente, a partir da base epistemológica - filosófica e metodológica escolhida, alguns aspectos psíquicos do desenvolvimento e da atividade humana.

Com as proposições dos principais teóricos desta corrente trazemos sumariamente nestas linhas, breves conceitos necessários para a análise dos dados da pesquisa e que nos levarão a compreender o nosso objeto: sofrimento psíquico do estudante de medicina relacionado a uma representação idealizada: ser médico, e o fazemos entendendo nosso método de análise, enquanto meio, produto e elemento indissociável ao se tratar de desenvolvimento humano, seja no individual, sejam no coletivo.

Assim, para que possamos compreender o que é sofrimento psíquico nesta abordagem, precisamos inicialmente encontrar a gênese, a origem dessa representação e os valores afetivos e emocionais relacionadas a ela. Esses conceitos serão identificados na teoria como na realidade aparente, nas manifestações do sofrimento e suas diferentes formas de manifestação que nos empenhamos a fazer nos capítulos adiante.

### **1.1 O FENÔMENO PSICOLÓGICO SOB A LÓGICA DIALÉTICA**

A Teoria Histórico-Cultural tem Lev Semiónovich Vigotski (1896-1934) como seu principal representante e é fundamentada nos pressupostos teórico-filosóficos e metodológicos do Materialismo Histórico - Dialético. Além de Vigotski (1896-1934) alguns teóricos que compõem a “Escola soviética” de Psicologia e que aqui também os referenciamos pela pertinência dos conceitos e estudos abordados por eles, pontuamos: Luria (1902-1977), Leontiev (1903-1979), Rubinstein (1889-1960) e Smírnov (1878-1938).

O esforço na construção de uma teoria científica necessita, portanto, de uma Filosofia, uma epistemologia, e esta abordagem se distingue de outros sistemas teóricos por sua filiação

filosófica: “[...] a psicologia soviética declarou, desde seu início, que pretendia constituir-se como ciência sobre a base da filosofia materialista dialética [...]” (SHUARE, 1990, p. 17).

Retomando um pouco o contexto histórico da Teoria Histórico-Cultural nos remetemos à obra *O significado histórico da crise da Psicologia* (VIGOTSKI, 1927/1991) que se propôs em romper com a “velha psicologia” ao apoiar uma nova maneira de analisar o desenvolvimento humano inclusive sobre a unidade entre afetivo e cognitivo utilizando o método dialético de análise como instrumento da realidade social e humana. “Em essência, o que temos feito é manifestar a tese, há tempo estabelecida em nossa ciência, de seu profundo dualismo, que impregna todo seu desenvolvimento, e, portanto, nós temos aderido a um incontestável princípio histórico” (VIGOTSKI, 1991, p. 355).

Conforme observa Gomes (2008), a dialética se coloca para o materialismo histórico como o método capaz de apreender o movimento dos fenômenos e objetos da realidade: é a lógica da historicidade. A fecundidade do método dialético está em se poder analisar a realidade natural, social e humana como síntese de opostos. Adentra-se aí, a perspectiva marxiana (Karl Marx, 1818 - 1883) que procura explicar que no movimento existe um grau de permanência e mudança; a dialética é, portanto, síntese de opostos e toma essa síntese como unidade. Conforme Vigotski: “A dialética abarca a natureza, o pensamento, a história [...] Essa teoria do materialismo psicológico ou dialética da psicologia é a que eu considero psicologia geral” (VIGOTSKI, 1991, p. 389, tradução nossa).

Neste sentido, a obra marxiana nos oferece subsídios teóricos no sentido de operarmos uma inversão no modo de leitura, análise e compreensão do fenômeno psicológico. “Uma vez apreendidas, as leis do mundo objetivo se convertem em leis também do pensamento, e todas as leis do pensamento são leis representadas do mundo objetivo” (KOPNIN, 1978, p. 53). Ao desvendar as leis que regem o desenvolvimento de um objeto, também compreendemos as leis que moldam o avanço do conhecimento, e reciprocamente, ao investigar o conhecimento e suas regras, desvelamos as leis que governam o mundo objetivo.

Segundo Shuare (1990), o papel de analisar, nos marcos do materialismo histórico dialético, a maneira como o afetivo se constitui e conforma a atividade humana nos reporta àquilo que, segundo os clássicos do marxismo-leninismo têm afirmado sobre a importância do estudo da categoria atividade. [...] esta é o procedimento de objetivação do subjetivo, sua análise permite penetrar no mundo interior do ser humano, abre caminho para aplicar um método verdadeiramente objetivo na psicologia (SHUARE, 1990, p. 21-22).

Complementando, segundo Gomes (2008) a interpretação dialética da atividade, categoria constitutiva do psiquismo, se coloca como um método objetivo de interpretação do funcionamento psicológico do sujeito, o que de antemão descarta qualquer possibilidade de pensá-lo como um a priori. Trazemos a seguir alguns conceitos, procurando abranger na referida teoria a compreensão do fenômeno na dimensão histórico-cultural.

## 1.2 FUNÇÕES PSICOLÓGICAS SUPERIORES, O DESENVOLVIMENTO DAS EMOÇÕES E DOS AFETOS

Vigotski (1996) conceitua o ser humano como um indivíduo social, real e concreto, cuja singularidade se constitui enquanto membro de um grupo social, histórico e cultural específico, e que o desenvolvimento do psiquismo humano realiza-se no processo de apropriação da cultura, mediante a comunicação entre pessoas (VIGOTSKI, 1996; PRESTES, 2010). Inicialmente, aludimos sobre o desenvolvimento das funções psicológicas superiores e o controle das emoções.

Se desejamos estudar a psicologia do homem cultural adulto, devemos ter em mente que ela se desenvolveu como resultado de uma evolução complexa que combinou pelo menos três trajetórias: a da evolução biológica desde os animais até o ser humano, a da evolução histórico-cultural, que resultou na transformação gradual do homem primitivo no homem cultural moderno, e a do desenvolvimento individual de uma personalidade específica (ontogênese), com o que um pequeno recém-nascido atravessa inúmeros estágios, tornando-se um escolar e a seguir um homem adulto cultural (VIGOTSKI; LURIA, 1996, p. 151).

Assim, o psíquico se coloca como uma qualidade dos processos cerebrais, portanto, não há que se falar na possibilidade de primeiro existir um determinado nível de evolução cerebral para que depois ocorra a atividade psíquica, não há uma independência entre ambos os processos. A atividade psíquica, nas suas formas embrionárias, está presente desde o princípio, mas existem aqueles processos psicofisiológicos singulares e únicos que, conforme Vigotski “[...] constituem as formas superiores de comportamento das pessoas, aos quais propomos denominar processos psicológicos [...]” (VIGOTSKI, 1991, p. 101).

Vigotski e Luria (1996) anunciam que as novas formas ‘adultas’ culturais do comportamento substituem gradativamente as formas primitivas da infância. No tocante ao processo de desenvolvimento:

No processo de desenvolvimento, a criança não só cresce, não só amadurece, mas, ao mesmo tempo – e isso é a coisa mais fundamental que se pode observar em nossa análise da evolução da mente infantil -, a criança adquire inúmeras novas habilidades, inúmeras formas de comportamento. No processo de desenvolvimento, a criança não só amadurece, mas também se torna reequipada. É exatamente esse “reequipamento”

que causa o maior desenvolvimento e mudança que observamos na criança à medida que se transforma num adulto cultural. É isso que constitui a diferença mais pronunciada entre o desenvolvimento dos seres humanos e o dos animais (VIGOTSKI; LURIA, 1996, p. 177).

Neste sentido, o que o “cérebro encerra virtualmente não são tais ou tais aptidões especificamente humanas, mas apenas a aptidão para a formação destas aptidões”. (LEONTIEV, 1978b, p. 257). Logo, tomando como base a natureza sócio-histórica do psiquismo humano, o autor assevera que, diferentemente do aparelho biológico, a característica propriamente humana não é inata no homem. Para se humanizar, o indivíduo precisa se apropriar dos resultados do desenvolvimento Leontiev (1978b).

Somente por meio do processo de apropriação do mundo dos objetos e dos fenômenos criados pelos homens no decurso do desenvolvimento histórico da sociedade é que se formam as faculdades e funções especificamente humanas (SILVA; TULESKI, 2015). Ressaltando essa ideia, Vigotski (2004) defende que depois do “Homo Sapiens”, o papel do desenvolvimento biológico se reduziu, e as leis sociais são as que mais promovem o desenvolvimento no indivíduo. Resta-nos desvelar quais são estas leis sociais, e quais as particularidades do nosso objeto de estudo que são reflexos das generalidades (universal).

Todos os seres humanos são “determinados”, pela sociedade em que vivem. Oliveira (2005) também explicita que a essência das pessoas é um produto histórico-social e que essa essência deve ser apropriada singularmente pelo indivíduo no decorrer de sua vida em sociedade. Para mostrar o caráter historicizado do psiquismo humano, apresentaremos os conceitos de funções psicológicas elementares (FPE) e funções psicológicas superiores (FPS), os quais nos auxiliam na compreensão do desenvolvimento humano.

Segundo Vigotski (2000), no ser humano, as funções psicológicas superiores não são herdadas geneticamente: precisam ser desenvolvidas por meio das relações socioculturais. O autor denomina as funções de origem biológica como funções psicológicas elementares e as funções de origem sócio-cultural como funções psicológicas superiores. Facci (2004b, p.205) explica:

Os processos psicológicos elementares – tais como reflexos, reações automáticas, associações simples, memória imediata etc. – são determinados fundamentalmente pelas particularidades biológicas da psique; já os processos psicológicos superiores – tais como atenção voluntária, memorização ativa, pensamento abstrato, planejamento – nascem durante o processo de desenvolvimento cultural, representando uma forma de conduta geneticamente mais complexa e superior. As FPS são voluntárias, mediadas, desenvolvidas na coletividade. São constituídas na e pela relação do homem com a sociedade, por meio de dispositivos sociais que Vigotski (1999), na construção do método instrumental, denominou de instrumentos psicológicos.



Tais instrumentos psicológicos ampliam as possibilidades do indivíduo para agir, transformar a natureza e, por consequência, transformar sua própria consciência (FACCI, 2004b). Segundo Vigotski (1999), no comportamento humano, uma série de dispositivos artificiais foram desenvolvidos com o intuito de controlar seus próprios processos psíquicos. Tais dispositivos, denominados de instrumentos psicológicos, ao se inserir no comportamento do sujeito, modificam de forma global a estrutura das funções psíquicas, determinando um novo ato instrumental no comportamento. Por ato instrumental entende-se aquele que usa um instrumento como mediador das ações do sujeito.

Dessa forma, a ação deixa de ser imediata (estímulo-resposta) e se torna uma ação mediada pelos instrumentos psicológicos. Em um primeiro momento, essas funções são desenvolvidas coletivamente nas relações entre os indivíduos (intersíquicas) e, depois, se transformam em funções psíquicas da personalidade (intrapíquicas). Como temos frisado, as FPS são desenvolvidas pela interação do indivíduo com o mundo, sendo, portanto, exclusivamente humanas. Contêm uma base biológica, mas seu princípio social prevalece sobre o princípio natural-biológico. De acordo com essa linha teórica, as funções psicológicas se relacionam, trabalham em conjunto de forma complexa, assim como todas as áreas do cérebro (LURIA, 1991).

Articulando as premissas analíticas, Vigotski (1991) disserta que não existe emoção que, por natureza, seja inferior ou superior, portanto, não há razão para dividir o campo extenso da emoção em duas partes. A única diferença está na complexidade que toda emoção pode adquirir em função do desenvolvimento histórico e social da psique (SILVA, 2012).

Neste âmbito, assumir a unidade dos processos fisiológicos e psíquicos é uma questão metodológica. Trata-se de um ponto de vista monista e integral que permite analisar o fenômeno em sua totalidade levando em consideração tanto aspectos objetivos quanto subjetivos. “Só o conceito monista da psique permite colocar de forma totalmente distinta a questão de seu significado biológico” (VIGOTSKI, 1991, p. 102, tradução nossa).

A Teoria Histórico-Cultural nas explicações sobre a constituição do afetivo na atividade do sujeito percorreu um caminho metodológico apoiando-se no pensamento filosófico de Espinosa e Marx. Conforme as palavras de Gomes (2008) cada um desses dois autores abordou no palco da Filosofia – Espinosa tratava da ética e Marx de uma teoria crítica da alienação humana no interior do sistema capitalista – suas contribuições circunscritas aos fundamentos das ideias vigotskianas, apontam para a constituição e o lugar dos processos afetivos na relação do sujeito com o objeto do conhecimento.

Conforme assevera Gomes (2008), as ideias de Marx sobre quem é o homem incluem a história e, sobretudo, a atividade que este ser humano realiza na história, elementos indispensáveis na superação do materialismo de Espinosa em direção a um materialismo que considera a atividade humana objetiva – práxis – na constituição da subjetividade do sujeito.

O pensamento de Marx carrega um estereótipo segundo o qual seus estudos teriam se pautado unicamente em suas análises na estrutura econômica, social e política, reduzindo a subjetividade humana a uma determinação mecânica, efeito das condições sociais. Refutamos essa ideia entendendo que, em Marx, o problema da subjetividade – que congrega em si os processos afetivo-emocionais – ocupa um lugar central no conjunto de sua obra. E essa essência é captada por Vigotski (GOMES, 2008).

Assim, pela lógica dialética como método do pensamento científico, sua atenção se fixa na unidade entre o abstrato e o concreto no pensamento teórico. A importância do método dialético está na possibilidade deste alcançar a essência dos fenômenos, entendendo por essência as múltiplas determinações que cercam a natureza de todo e qualquer fato humano.

Gomes (2008) bem observa que há uma variação semântica dentro da teoria Histórico-Cultural ao tratar dos processos afetivos, sendo necessário extrair de um conjunto de definições, nos campos da Filosofia e da Psicologia, aqueles elementos que sustentam a explicação do afetivo na atividade do sujeito.

Tomamos como base por sua influência filosófica, o emprego por Espinosa da palavra *affectus* para designar afetos e/ou sentimentos. Esse filósofo não utiliza o termo “emoção”, apenas distingue, no conjunto de sua obra, níveis ou estados afetivos, fazendo menção a afetos ativos e passivos – este último denominado paixão – e especificando as possíveis atitudes do sujeito (atividade e passividade) frente aos objetos (ESPINOSA, 2004; GLEIZER, 2005).

Já nos textos empregados para referenciar o pensamento marxiano (MARX, 1993), encontramos as expressões emoção e paixão como sinônimos: “A emoção intensa, a paixão é a faculdade do ser humano esforçando-se energeticamente por alcançar o seu objeto” (MARX, 1993, p. 251). Com essa afirmação podemos empregar o termo emoção e/ou paixão a partir da existência concreta dos objetos fora do sujeito. Por ser real e sensível, esse objeto afeta, produzindo sensações. Na relação, na afetação, nas impressões, ações ou efeitos que um outro ser exerce sobre o sujeito é que se dá o processo de constituição histórica dos sentidos, qualidades e capacidades humanas.

Neste sentido, poderíamos entender que a atividade do sujeito dispondo-se da apropriação das objetivações humanas alude, por conseguinte, na representação das forças

essenciais que estão postas – cristalizadas – nos objetos e que abrange, essencialmente, os processos afetivos que se interpola entre o sujeito e aquilo que o afeta.

Dentre os trabalhos de Vigotski não há uma unidade terminológica para o termo Afeto. O autor se utiliza de diferentes expressões, tais como: paixão, afetos, emoções, emoções superiores e sentimentos, havendo dois destaques:

O primeiro diz respeito ao que foi indicado numa breve passagem, inserida no epílogo do sexto volume das obras escolhidas de Vigotski, em que o autor M.G. Yaroshevsky (1987), comentando a obra vigotskiana, sintetiza no vocábulo emoções, o que se entende por afetos e sentimentos. O segundo aspecto refere-se ao fato de que o próprio Vigotski (1991) ao fazer referência a dois processos em movimento, postula a historicidade do sentimento, afirmando que o mesmo se altera em função da diversidade de meios ideológicos e psicológicos, mas que, permanece nele, sem dúvida, uma raiz biológica, em virtude da qual surge a emoção (GOMES, 2008, p. 38).

Smirnov, outro autor da abordagem histórico-cultural ao remeter-se às emoções e sentimentos discorreu que “as emoções e os sentimentos são a vivência de que os objetos e fenômenos reais correspondem, ou não, às necessidades do ser humano [...], As vivências emocionais estão estreitamente ligadas à atividade e a conduta do sujeito” (SMÍRNOV et. al., 1961, p. 355-356).

E Smirnov (1961) continua esclarecendo que as emoções são processos psíquicos – funções cerebrais – experiências afetivas simples relacionadas, primariamente, com a satisfação ou a insatisfação das necessidades orgânicas, ou ainda com sensações e percepções experimentadas pelo sujeito frente a objetos e fenômenos e que – com a evolução histórica das necessidades pela atividade humana – passaram a se manifestar a partir de experiências e necessidades socialmente produzidas. São motivadas por qualidades isoladas dos objetos e situações. Já os sentimentos são vivências afetivas estáveis que surgem a partir de repetidas experiências emocionais. E são específicas do ser humano; tem caráter histórico. Portanto, estão condicionados pela cultura e pelas condições objetivas de vida e educação do sujeito.

As atitudes emocionais permanentes geneticamente aparecem depois das vivências circunstanciais. São o resultado da generalização emocional, ou seja, da generalização de repetidas vivências emocionais de situação ligadas com um objeto dado. (SMÍRNOV et al., 1961, p. 360).

Além disso, “as emoções e os sentimentos se determinam não só por aquilo que os motiva diretamente em um momento dado, mas também por amplos sistemas de conexões temporais criados com a experiência passada. (SMÍRNOV et al., 1961, p. 365).

Neste caso as emoções e sentimentos fazem a mediação entre experiências antigas e atuais e, intervindo na atividade do sujeito, agem, também, sobre suas expectativas futuras. Por essas especificidades, os sentimentos não estão vinculados às propriedades isoladas dos objetos,

mas aos objetos, situações e fenômenos na sua totalidade. Especificamente por afetos, Smírnov et al. (1961, p.366-367) estes são “vivências afetivas relativamente curtas, uma manifestação emocional intensa, condicionada por uma influência externa qualquer”. Essa vivência emocional se caracteriza, subjetivamente, como independente da vontade, motivada a partir de fora e pela diminuição da consciência do sujeito, debilitando, assim, o domínio sobre sua própria conduta.

Na obra “Fundamento da podologia”, Vigotski (2000) ao analisar a experiência emocional como uma unidade, pontua que a experiência está sempre relacionada às características pessoais e todas as características ambientais. Dessa forma, todos os elementos relacionados ao ambiente e todos os fatores ligados à nossa personalidade que são selecionados a partir dela, incluindo todos os traços do caráter, são partes integrantes do evento em questão. Assim, em uma experiência emocional (*parezhvaniya*) estamos sempre diante de uma unidade indivisível de características pessoais e situacionais que são representadas na experiência emocional (*parezhvaniya*).

Em obras escolhidas III (2000), o autor observa ainda que as emoções servem como sinais internos; internos no sentido de que não são o reflexo psíquico imediato do objeto da própria atividade. A particularidade das emoções reside no fato de refletirem o elo entre os motivos e o sucesso ou a possibilidade de realização bem sucedida de uma actividade do sujeito que lhes responda. Além disso, não se trata aqui do reflexo dessas relações, mas de seu reflexo sensorial direto, da experiência. Portanto, surgem após a atualização da necessidade e antes que o sujeito faça uma avaliação racional de sua atividade.

[...] as emoções são momentos relevantes da atividade e não as ações ou operações que a realizam. É por isso que processos idênticos, executores de várias atividades, podem adquirir uma tonalidade emocional diferente e até oposta. Em outras palavras: o papel de "sancionar" positiva ou negativamente é preenchido pelas emoções, por um motivo de predação quanto aos efeitos. Mesmo o cumprimento bem-sucedido de uma ou outra ação nem sempre, longe disso, leva a uma emoção positiva; pode até criar uma experiência agudamente negativa, sinalizando que, do ponto de vista do motivo orientador da personalidade, o bom resultado obtido é uma falha no plano psíquico. (VIGOTSKI, 2000 p. 155)

De maneira que, a diversidade e a complexidade dos estados emocionais são resultado da divisão do sensorial primário, no qual se fundem os aspectos cognitivos e afetivos. Ademais, a excitação corporal segue inteiramente a percepção que provoca, sendo a consciência desta excitação no momento em que acontece, precisamente, *a emoção*. Portanto, “[...] a emoção não é simplesmente a soma das sensações das reações orgânicas, mas principalmente uma tendência a atuar em uma direção determinada.” (VIGOTSKI, 2004, p. 40).

Já, ao tratar de afeto, Vigotski (2000) esclarece a relação do intelecto e do afetivo, inclusive para o desenvolvimento do pensamento e da linguagem:

A primeira questão que surge quando falamos da relação entre pensamento e linguagem e os demais aspectos da consciência é a relação entre intelecto e afeto. Como se sabe, a separação entre o aspecto intelectual de nossa consciência e seu aspecto afetivo, volitivo, constitui um dos mais graves defeitos básicos de toda a psicologia tradicional (VIGOTSKI, 2000, p. 24).

Ao refutar o pensamento da psicologia dualista tradicional de sua época, o autor reitera que a separação entre o intelecto e o afetivo faz com que o pensamento se transforme inevitavelmente em um fluxo autônomo de ideias que se pensam, separadas de toda a plenitude da vida, dos impulsos vitais, interesses e inclinações do sujeito que pensa. Assim, ao se distinguir ou desatrelar o pensamento do afeto limita a possibilidade de explicar as causas do pensamento, porque uma análise determinística pressupõe descobrir seus motivos, necessidades e interesses, impulsos e tendências que regem o movimento do pensamento em um ou outro sentido (VIGOTSKI 2000).

Vigotski (1996) aborda a indivisibilidade dos processos sensoriais e motores que se apresentam como percepção e ação e estão ligadas ao impulso, ou vontade, ou ainda, de maneira mais ampla, ao afeto:

Percepção e ação constituem inicialmente um processo estrutural único e indiviso, onde a ação é a continuação dinâmica da percepção; ambos formam uma estrutura geral. Tanto na percepção quanto na ação, eles se manifestam como duas partes, dependentes das leis da formação geral de uma única estrutura. Há uma conexão estrutural interna entre esses dois processos, significado atribuído e essencial.[...] Constatamos que para os processos sensoriais e motores é essencial a formação de uma estrutura única para ambos, porém, a formação de estruturas é função do aparelho central. A pesquisa mostra que o processo central, que no primeiro ano liga as funções sensoriais e motoras em uma única estrutura central, é o impulso, a necessidade ou, falando de maneira mais ampla, o afeto. A percepção e a ação estão ligadas pelo afeto. Essa circunstância nos explica o fato mais importante no problema da unidade dos processos sensório-motores e nos fornece a chave para entender seu desenvolvimento. As experiências citadas demonstram que a ligação entre a percepção de uma determinada forma e a ação de um determinado gênero só é possível se na criança esses processos fizerem parte da mesma e única estrutura afetiva nuançada de necessidade. (VIGOTSKI, 1996, p. 297-298)

Sendo assim, o autor conclui que o afeto inicia o processo do desenvolvimento psíquico da criança, a formação de sua personalidade e encerra este processo, culminando assim todo o desenvolvimento da personalidade. Em termos biológicos, filogeneticamente o que acontece é que as funções afetivas estão diretamente relacionadas tanto aos centros subcorticais mais antigos, que são os primeiros a se desenvolver e estão localizados na base do cérebro, quanto às formações cerebrais mais novas e especificamente humanas (lóbulos frontais) que

são os últimos a serem configurados. “Neste fato encontra a expressão anatômica aquela circunstância que afeta é o alfa e o ômega, o primeiro e o último elo, o prólogo e o epílogo de todo desenvolvimento psíquico” (VIGOTSKI, 1996, p. 299).

A respeito da vivência podemos aferir que os aspectos afeto e relação social são parte integrante do desenvolvimento social de um indivíduo e que esse aumento não se deve pelo acúmulo direto e imediato de suas manifestações sociais, mas também à mudança, à complexidade de sua atitude diante das coisas e, sobretudo, diante do mundo.

Neste tópico procuramos sumariamente conceituar as emoções e afetos caracterizando-os em uma categoria semântica ou um significado que permitisse fundamentar sua constituição e participação na atividade do sujeito. Assumimos aqui a conceituação de emoções e afetos como princípios, processos e produtos do desenvolvimento das funções psíquicas superiores utilizando-se das proposições de Vigotski (1991, 2000, 2004), Leontiev (1978b) e Smírnov et al. (1961), bem como, a base filosófica de Espinosa (2004) sobre os afetos e de Marx (1993) sobre emoções.

### 1.3 DESENVOLVIMENTO DA CONSCIÊNCIA E PERSONALIDADE

Muitos autores têm discutido o conceito de consciência em Vigotski, e essencialmente percebem-se evidências que apontam para uma aproximação mais precisa do termo consciência como sinônimo de psiquismo humano, matriz do pensamento do ser humano (Soznanie), no termo original russo. Ao mesmo tempo, dentro do escopo de consciência como o próprio psiquismo, também é possível reconhecer o conceito 'tomada de consciência' atrelado à função psíquica superior, consciência e controle. Neste caso, quando passamos a ter consciência de determinado processo (psicológico) ou situação podemos controlá-lo (Osoznanie) (PRESTES, 2010).

Na perspectiva da Teoria Histórico-cultural, a consciência, como movimento do humano no mundo, passa a ser mediadora da relação do humano com o mundo e consigo mesmo, por meio da palavra e a partir de suas experiências históricas e sociais, enfim, na sociabilidade dos indivíduos. O termo consciência para Vigotski (1996) e Leontiev (1983) será sempre mediada pela palavra, ou seja, é a própria relação do ser com o meio e depois consigo mesma.

Não é um sistema mecanicista, muito menos estático, já que relaciona-se ao desenvolvimento da conduta voluntária do indivíduo. Mas trata-se de uma consciência que também é parcial porque é atravessada por motivos e necessidades decorrentes das vivências

singulares de cada ser humano (intrapsicológicos). (CASTRO; ALVES, 2012; VIGOTSKI, 1995; VIGOTSKI, 1991; DELARI JR., 2000).

Assim, as categorias consciência e atividade formam uma unidade dialética. O estudo da consciência requer estudar as relações vitais dos homens, as formas como estes produziram e produzem sua existência por meio de suas atividades, ou seja, demanda analisar como a estrutura da consciência do ser humano se transforma com a estrutura da sua atividade (LEONTIEV, 1978).

Leontiev (1978b) discute as categorias de significado e sentido como conteúdos da consciência. Os significados sociais estabelecem o grau de conhecimento objetivo que o sujeito pode vir a conquistar e que representa o conteúdo das objetivações humanas, já que é uma construção coletiva, comum a um tempo e, portanto, histórica

Um fato destacado por Leontiev (1978b) quanto ao movimento dos significados na consciência dos indivíduos consiste na sua parcialidade. “O sentido pessoal é o que cria a parcialidade da consciência humana” (LEONTIEV, 1978b, p.120). Outro aspecto assinalado por Leontiev (1978b) – e destacado pelo próprio Vigotski – é que o sentido cria “esse plano oculto da consciência” (idem, p.120) que costuma ser, erroneamente, interpretado em Psicologia não como formado na e pela atividade do sujeito, mas como expressão de forças internas, inerentes ao sujeito, ou ainda, como se no sentido pessoal se conectasse a esfera dos processos cognitivos e a esfera da afetividade, uma sobreposição.

A vivência ou aquilo que o sujeito experimenta, o que atravessa sua existência objetiva – transformando significados sociais em sentidos pessoais – constitui sua atividade. É por meio dessa atividade – que pode humanizar tanto quanto alienar ou adoecer – que o sujeito responde às solicitações do meio circundante e é também por meio dela que o sentido pessoal se realiza; o fato é que de uma dada atividade sempre advém um sentido, que é conteúdo da consciência. Enquanto que a sensorialidade externa vincula na consciência do sujeito os significados com a realidade do mundo objetivo, o sentido pessoal os vincula com a realidade de sua própria vida neste mundo, com seus motivos. (LEONTIEV, 1978b, p. 120).

Nessa premissa, a consciência não está restrita somente ao individual, mas ao contrário, está intimamente vinculada à atividade. Só pode ser expressão das relações do indivíduo com os outros seres humanos e com o mundo circundante, como social por natureza. No percurso da consciência social para a consciência individual, a linguagem e a atividade coletiva se engrenam. No trabalho, compreendido como uma atividade socialmente organizada, a linguagem torna-se necessidade e condição para o desenvolvimento social e individual dos seres humanos. O ser humano apropria-se das significações sociais expressas pela linguagem e

confere-lhes um sentido próprio, um sentido pessoal vinculado diretamente à sua vida concreta, às suas necessidades, motivos e sentimentos (LEONTIEV, 1978; ASBAHR, 2005).

Gomes (2008) aponta que a aparição dos motivos no sujeito se dá a partir da identificação do objeto que atende às suas necessidades. Como condição interior, estado carencial do organismo, a necessidade corresponde a um estímulo, uma excitação geral, mas não tem força motivadora. Uma necessidade só pode ser satisfeita quando encontra um objeto. Essa identificação do objeto – a que chamamos motivo e que se traduz por um conhecimento objetivo – eleva a necessidade ao nível psicológico propriamente dito.

Entendemos que, por ser o motor da atividade – o que a impulsiona, dirige e orienta –, o motivo é síntese do objetivo e do subjetivo. Pensar na motivação é aceitar que existe uma relação entre a necessidade – como estado carencial (subjetivo) – e a identificação do objeto (objetivo) e que mediando tal processo está um mecanismo de descoberta que se faz por meio da atividade do sujeito. Essa necessidade como força interior pode realizar-se somente na atividade; pensá-la como algo intrínseco, inerente ao sujeito, é incorrer no risco de um pensamento subjetivista e idealista (GOMES 2008).

A relação entre a significação social, o sentido pessoal e o conteúdo sensível, emocional, é o principal componente da estrutura interna da consciência. As significações são fenômenos da consciência social, mas quando são apropriadas pelos indivíduos passam a fazer parte da consciência individual.

Ao nascer, o ser humano encontra um sistema de significações pronto; apropriar-se ou não dessas significações depende do sentido pessoal que tenham para o sujeito. O sentido pessoal é engendrado, produzido na vida do sujeito, em sua atividade. Sentido pessoal e motivo estão intimamente relacionados, e para que possamos encontrar o sentido devemos descobrir seu motivo correspondente. O sentido pessoal indica, portanto, a relação do sujeito com os fenômenos objetivos conscientizados.

A partir da concepção marxista, Leontiev (1978) descreve a formação da consciência dentro da sociedade de classes, que se caracteriza pela propriedade privada dos meios de produção e pela separação entre trabalho manual e intelectual, a consciência humana padece de uma alteração radical: significações e sentidos não tornam-se contraditórios. Para o trabalhador, ainda que o significado social de seu trabalho seja produzir determinados produtos, o sentido de trabalhar é de obter um salário para sobrevivência. O psicólogo soviético denomina alienação esta contraposição entre significado e sentido. A consciência humana na sociedade de classes é quebrada, desintegrada e a atividade manual e intelectual divide-se. O trabalho intelectual torna-



se um meio de vida e submete-se às condições gerais de produção, passa a ser remunerado, assalariado.

Nesta perspectiva, o processo de escolha do indivíduo vinculado à vontade é originado pela consciência que, por sua vez, decorre das interações entre as pessoas, de maneira que o desenvolvimento dessa consciência seria constantemente mediado e transformado pelas relações entre o indivíduo e o ambiente social.

Ademais, conforme o próprio Leontiev (1983), a proposta de Vigotski era adentrar nos estudos sobre a consciência como um fato próprio da psicologia, expor a consciência como uma forma designadamente humana da psique e exibir sua característica substancial, a partir de uma psicologia baseada em metodologia de orientação dialética, inspirado pelo materialismo histórico dialético de forma que, sem abstrair do fenômeno psíquico, tivesse critérios metodológicos adequados à produção de um conhecimento verdadeiramente científico.

Dessa forma, a atividade intelectual, também pode perder seu sentido e tornar-se unicamente forma de obter um salário. Ao passo que a ruptura entre significação e sentido pessoal traduz-se em contradições da consciência ou problemas da consciência. Essas contradições podem, ao mesmo tempo, produzir grandes sofrimentos psíquicos e, no limite, o adoecimento psicológico; mas podem, também, impulsionar a tomada de consciência dessas relações e a superação desta (DUARTE, 1996; LEONTIEV, 1978). E é essa a questão fundamental na pesquisa que se utiliza dessa abordagem como referencial teórico-metodológico.

Tornar-se humano - segundo Vigotski - é possível na medida em que internalizamos a cultura como atividade social, tornando-a nossa própria atividade, transformando, desta forma, o fluxo e a estrutura das funções psicológicas, da mesma maneira como um instrumento modifica materialmente o objeto nas operações de trabalho (VIGOTSKI, 2004). Logo, o desenvolvimento humano a que Vigotski se refere, diz respeito a uma construção consciente dos processos de pensamento, isto é, como desenvolvemos e lidamos com o pensamento. O núcleo teórico da questão situa-se - justamente - na ação mediada e na intervenção com a participação do outro, tendo-se como movimento central a transformação de contextos históricos, institucionais e culturais.

Neste núcleo, o conceito de atividade encontra-se nos fundamentos vigotskianos revelados pela lei genética geral do desenvolvimento cultural: em Vigotski (VIGOTSKI, 2004.) “Toda forma superior de comportamento aparece em cenas duas vezes durante seu desenvolvimento: primeiro, como forma coletiva do mesmo, como forma interpsicológica, um

procedimento externo de comportamento”, acrescentando que “[...] qualquer processo volitivo é inicialmente social, coletivo, interpsicológico”(VIGOTSKI, 2004.). Importante ressaltar que o processo de internalização não incide na passagem da realidade externa para um “plano de consciência e reflexões internas antecedentes, mas sim na produção deste plano”. É sob esta perspectiva que o termo “aprender a aprender” necessita ser compreendido.

Em suma, percebemos que encontramos no sentido pessoal, a unidade afetivo-cognitivo, pois como síntese da atividade de apropriação-objetivação, é só por meio dele que o significado social adquire existência subjetiva. Falar dos afetos, da vontade, de interesses ou motivação significa dizer que eles acontecem em relação ao grupo a que o sujeito pertence e requer explicitar de que lugar o sujeito fala, qual é seu espaço social, seu acesso e domínio dos conhecimentos historicamente acumulados (GOMES 2008).

Dizer que o pensamento e os sentimentos são processos psicológicos desenvolvidos pelo sujeito na sua relação com o mundo e que, portanto, as funções psicológicas superiores são exigidas por uma dada forma de relação desse sujeito com os objetos do conhecimento, coloca a educação escolar no centro de uma discussão que merece ser desenvolvida na próxima parte desse estudo (GOMES 2008).

É na atividade prática em que ocorre a manifestação da universalidade do sujeito: Toda a atividade espiritual humana está determinada pela prática social e compartilha com ela uma estrutura fundamentalmente semelhante. A atividade é a substância da consciência humana (MACHADO; SCHROEDER, 2021). Na unidade ensino/estudo está contida a ideia de desenvolvimento humano; portanto, ambas assumem como ideal a atividade prática profissional. Isto ocorre pela internalização da cultura médica, uma vez que a dialética ensinar e estudar tem implicações sobre a formação da consciência e o desenvolvimento de novas e importantes formações psicológicas - as neoformações, como a personalidade médica.

#### 1.4 AS MOTIVAÇÕES E A ATIVIDADE COMO BASE DA PERSONALIDADE

Um fundamento da concepção marxiana é pensar o ser humano como um ser objetivo que mantém um intercâmbio com a natureza, a partir do qual produz e reproduz sua existência (MARX, 1993). Os pressupostos naturalistas e materialistas do pensamento marxiano apontam para o ser humano como um ser finito, limitado; ou seja, os objetos de suas necessidades – tanto as naturais como aquelas determinadas socialmente – existem fora dele.

Outrossim, o caráter objetivo do ser humano é o que possibilita pensarmos na sua dependência essencial da natureza, mas para além do pressuposto de ser natural, Marx refere que o ser humano: “[...] é um ser natural humano [...]” (1993, p. 251), ou seja, existe uma especificidade que o distingue dos outros animais.

À despeito, adentra-se a atividade enquanto categoria central no materialismo histórico-dialético, na qual Marx (1989) aponta a atividade prática sensorial como o que dá origem ao desenvolvimento histórico-social dos homens, e assim, também ao desenvolvimento individual.

Tal premissa serviu de base epistemológica aos psicólogos soviéticos, a tratar especialmente de Vigotski e Leontiev, como um dos princípios centrais ao estudo do desenvolvimento do psiquismo e sugerindo que a atividade socialmente significativa é o princípio explicativo da consciência, ou seja, a consciência é construída de fora para dentro por meio das relações sociais. Consciência e atividade são assim dois elementos fundamentais à teoria histórico-cultural e devem ser entendidos como unidade dialética (ASBAHR, 2005; CHAGAS, 2018).

Essa especificidade diz respeito à maneira como cada um deles desempenha sua atividade na relação com a natureza. É preciso dizer que, como um ser natural humano, a sua humanidade se faz por meio de um processo, tem uma gênese. Assim, nem a natureza objetiva – os objetos naturais – nem a natureza subjetiva acontecem pronta e adequadamente, mas têm uma história. A história significa, conforme Vigotski (2000b), a história humana, ou seja, a história como uma dimensão do indivíduo e que é produção deste por este. Portanto, é a partir das condições concretas de vida que os mesmos desenvolvem suas propriedades e qualidades humanas.

Neste caso, a grande maioria dos conhecimentos e habilidades humanas de que as pessoas dispõem não advém da sua experiência individual, mas são adquiridos por meio da apropriação da experiência acumulada pelas gerações passadas. Essa atividade que o ser humano realiza e que, portanto, cria a história e o ser são objetivações humanas que sintetizam a práxis e que por sua vez refletem à personalidade.

De acordo com Leontiev (1978a), a personalidade deve ser definida considerando-se o sujeito em sua totalidade empírica, com base em um enfoque completo do ser humano. A tarefa científica dessa definição consiste em conceber a personalidade como uma nova formação psicológica que vai se conformando nas relações vitais do indivíduo, como fruto da transformação de sua atividade. Leontiev (1978) entende que a personalidade não é algo pré-existente, mas é gerada por sua atividade. Para o autor, a chave para entender a personalidade

de forma verdadeiramente científica é a atividade. O autor pontua a importante relação que há entre o interno (sujeito) e o externo (mundo) no processo de formação da personalidade: o sujeito atua no externo e, ao fazê-lo, modifica a si mesmo.

Isto porque as características da atividade também formam aquilo que determina o tipo de personalidade. (LEONTIEV, 1978, p. 170). Assim, entendemos que o processo de compreensão da personalidade consiste em um esclarecimento das relações hierárquicas dos motivos (LEONTIEV, 1978). Quando verificamos uma ruptura entre o sentido e o significado da atividade, há também a formação de motivos empobrecidos (atividades sem sentido) que, por sua vez, interferem na formação da personalidade do sujeito. Asbahr (2011) nos alerta para estarmos atentos às duas dimensões da atividade: a atividade como condição universal de humanização; e a atividade no interior do sistema capitalista de produção.

Disso, decorre que nem sempre a atividade é humanizadora: pode ser alienante. Segundo Leontiev (1978), a alienação do indivíduo decorre essencialmente da cisão da relação entre sentido e significado. Em uma sociedade de classes, na qual a realidade de ser e estar no mundo e o acesso às produções tanto de coisas materiais quando de ideias não são iguais entre os indivíduos, o estudante sente-se estranhado nas relações de trabalho:

A alienação da vida do ser humano tem por consequência a discordância entre o resultado objetivo da atividade humana e o seu motivo. Dito por outras palavras, o conteúdo objetivo da atividade não concorda agora com o seu conteúdo subjetivo, isto é, com aquilo que ela é para o próprio ser humano. Isto confere traços psicológicos particulares à consciência (LEONTIEV, 1978, p. 122).

Asbahr e Souza (2007) consideram que, no contexto atual em que estamos, o sentido e o significado não só não se correspondem como também se tornam contraditórios. Na sociedade capitalista, em razão da divisão de classe e da correspondente divisão de atividades (trabalho intelectual e trabalho físico), vão se configurando traços particulares na personalidade do sujeito. Os motivos da atividade deixam de se corresponder. Quando o sujeito trabalha para receber seu salário, e não porque a sociedade precisa de seu trabalho, ele não se vê mais implicado na atividade que realiza, pois seu motivo final é apenas receber seu salário. É esse contexto que leva Leontiev (1978b, p. 119-120) a sistematizar o conceito de desintegração da vida humana: “ocorrida numa etapa histórica precisa, a ‘desintegração’ da vida humana acarretou uma oposição entre atividade mental interior e atividade prática, depois de uma relação de ruptura entre elas”.

No entanto, diante desse aparato teórico, vemos pertinente retomar o problema do currículo oculto em seu aspecto deletério para a educação médica, pois repercute na sobrecarga cognitiva e emocional dos estudantes, e isso se deve, em grande parte, pela própria estrutura

organizacional de muitas instituições, cujos modelos de ensino centrados no médico especialista, hierarquizados, que expressam implicitamente uma maior importância às disciplinas “tradicionais” do currículo e colocam as habilidades humanísticas e o profissionalismo em segundo plano influenciam os estudantes a também não valorizarem tais aspectos revelando, por sua vez, os poderes hegemônicos que orientam esse processo formativo atrelados à reprodução de uma ordem social estratificada por classes; raças; gêneros; sexualidades; nacionalidades; e concepções políticas, religiosas, econômicas, culturais, entre outras (SANTOS, *et al.*, 2020).

O que podemos sumarizar então é que as pessoas se constituem humanas por suas atividades. No trabalho social encontra-se a maior exigência para a construção de instrumentos práticos e psicológicos que lhe autorizam operar no meio em que vive e adaptá-las conforme suas necessidades e seus motivos, ao passo que Vital e Urt (2019) estabelecem a relação entre a atividade do ser humano e a sua constituição:

O homem é um produto da vida em sociedade e da apropriação da cultura, mas é necessário que passe por um processo histórico-cultural de transmissão das características do gênero, em que cada indivíduo se aproprie dos conhecimentos, valores e comportamentos produzidos por seu grupo para humanizar-se, evidenciando que a essência humana é uma essência histórica ou histórico-social (VITAL; URT, 2019, p. 16870).

Dessa maneira, quando a prática ocorre sem o sentido pessoal, não tem significação social, por isso vai se transformando em uma prática alienada. Corresponde a uma ação sem consciência, independentemente do contexto histórico social (SANTOS; URT; VITAL, 2017; MARTINS, 2004). A partir do momento em que as necessidades não são as do sujeito, sua atividade se dá sem autonomia, restando, apenas, a busca pela sobrevivência.

Em concordância, Leontiev (1978b, p.91) explica que as relações de produção mudam a consciência dos seres humanos. O autor pontua que as peculiaridades do psiquismo humano dependem das particularidades das relações de produção: “Uma transformação radical das relações de produção acarreta uma transformação não menos radical da consciência humana, que se torna diferente qualitativamente”. Nesse ponto, achamos importante discutir o conceito de consciência para Leontiev (1978a, p. 88): A consciência é o reflexo da realidade, refratada através do prisma das significações e dos conceitos linguísticos, elaborados socialmente.

Estes traços característicos da consciência são todavia apenas os mais gerais e os mais abstratos. A consciência das pessoas é a forma histórica concreta do seu psiquismo. Ela adquire particularidades diversas segundo as condições sociais da vida pessoal e transforma-se na sequência do desenvolvimento das suas relações econômicas. Podemos entender, com base nas

contribuições de Leontiev (1978a), que a consciência é um produto histórico desde seu início, que é a forma de reflexo que conhece ativamente, que só pode existir nas condições de existência da linguagem e que a consciência individual só pode existir nas condições da consciência social. Isso implica que, quando falamos de uma consciência alienada, necessariamente estamos falando de uma sociedade alienante, uma vez que não é possível uma consciência se formar isoladamente de seu contexto.

Discutindo alienação e desenvolvimento, Almeida (2018) expõe que as capacidades humanas ficam limitadas no capitalismo, já que o desenvolvimento acompanha apenas a direção e a medida que são necessárias ao capital. A autora afirma que, mesmo quando falamos de um desenvolvimento “normal”, devemos pensar em um caminho que impõe obstáculos ao desenvolvimento dos sujeitos. Maiores são os obstáculos para as pessoas que se encontram em sofrimento psíquico, pois este acentua o sentimento de estagnação, levando, muitas vezes, à perda do sentido da vida. Almeida (2018) explica que a atividade é o fundamento do desenvolvimento e, quando é afetada, compromete também todo o desenvolvimento do sujeito.

Assim, podemos entender que a mudança na consciência dos homens caminha de acordo com a mudança nas relações de produção humana, pois essas relações de produção afetam diretamente a atividade do ser humano no trabalho. A tese de Marx é de que o trabalho é o ponto de partida, a gênese do processo de humanização do ser social. O trabalho é desenvolvido pelos laços de cooperação social: é por meio dele que o ser humano se torna social, diferenciando-se dos animais (ANTUNES, 2006). Diferenciando-se dos animais, o ser humano se humaniza, transforma a si mesmo no processo de trabalho, em suas ações na natureza:

Quando o indivíduo, por meio desse sistema, consegue se orientar de forma coerente no meio e com os objetos que satisfazem as suas necessidades, pode-se dizer que um movimento orientado por sentidos com valor afetivo, emocional e cognitivo positivos para sua existência é encontrado. No entanto, quando, por alguma razão, o indivíduo não tem os meios, não compreende as suas necessidades, não tem como satisfazê-las de forma coerente, inicia-se um processo de tentativas frustradas de orientação da sua atividade e o controle da sua situação e/ou do contexto no qual existe. [...] O contínuo esforço sem sucesso para a solução das dificuldades para a execução da atividade leva ao sofrimento e, por consequência, pode levar ao adoecimento. Esse processo existe em todos os seres humanos, independentemente da idade ou atividade/ocupação. O sofrimento e o adoecimento podem ser encontrados em crianças, jovens, adultos ou idosos. O sofrimento e o adoecimento psicológico resultam das condições de produção da vida em sociedade e não podem, por isso, ser atribuídos, exclusivamente, a condições biológicas a priori (MARINO FILHO, 2020, p. 76-77).

Se as relações sociais forem estabelecidas como uma ligação entre a ação e seus propósitos, carregando significado tanto a nível pessoal quanto social, as características individuais da consciência, influenciadas por fatores internos e externos, desempenham um

papel fundamental na formação da personalidade do sujeito. Entretanto, quando a atividade perde seu sentido e significado, a alienação emerge. (MARTINS, 2004; FACCI, 2019).

Eis também como define processo de trabalho:

atividade orientada a um fim – a produção de valores de uso – apropriação de elemento natural para a satisfação das necessidades humanas, condição universal do metabolismo entre homem e natureza, perpétua condição natural da vida humana e, por conseguinte, independente de qualquer forma particular dessa vida, ou melhor, comum a todas as suas formas sociais (MARX, 2013, p. 335)

Entendemos, portanto, que o trabalho é a gênese do ser social, que é uma atividade orientada para um fim, para a satisfação das necessidades humanas. Nesse processo, o ser humano transforma a natureza, se transforma e, dessa forma, se humaniza. Entretanto, na sociedade capitalista, ocorrem mudanças no processo de trabalho que passa a não ter como finalidade a satisfação da necessidade do trabalhador.

Para Paes (2020), quando o indivíduo realiza a atividade visando a troca, vendendo a força do seu trabalho, sua ação resulta na desconexão da identidade com a realidade e, conseqüentemente, na perda da consciência. As conseqüências da alienação, radicada em todas as relações sociais, não afeta apenas o trabalhador, mas todos os envolvidos no contexto da relação de bens e consumo e seguindo a lógica e interesse do capital, sejam os trabalhadores diretos, os afastados dos benefícios do sistema produtivo e os que estão do outro lado da divisão do trabalho, como especialistas, filósofos, cientistas, entre outros, e incluímos aqui também os jovens em formação, que acabam reproduzindo inconscientemente, ou por interesses próprios, as relações alienantes, a serviço da minoria que domina.

Leontiev (1978) sistematizou o conceito de atividade, em suas considerações, tanto as atividades externas quanto as internas apresentam a mesma estrutura geral. A atividade interna é constituída a partir da atividade prática sensorial externa, ou seja, a forma primária fundamental da atividade é a forma externa, sensório prática, não apenas individual, mas fundamentalmente social. A transformação da atividade externa em interna acontece por meio do processo de internalização (ASBAHR, 2005).

Dessa maneira, a passagem do externo para o interno dá lugar a uma forma específica de reflexo psíquico da realidade: a consciência. Leontiev (1978) define a consciência como conhecimento partilhado, como uma realização social. A consciência individual só pode existir a partir de uma consciência social que tem na língua seu substrato real.

Para Leontiev (1978) a compreensão dos conceitos de sentido e significado e suas relações é um dos principais componentes da estrutura da consciência humana. Tais conceitos estão necessariamente ligados ao conceito de atividade, que compõe com a consciência uma

unidade dialética. (ASBAHR, 2011). Ao estabelecer essa relação, partimos do estudo da atividade dos seres humanos, aqui destacando o (a) discente de medicina, com base nas condições históricas e sociais de sua constituição e entendendo também o processo formativo de uma profissão como atividade.

A consciência humana não é imutável: depende do modo de vida do sujeito, que, por sua vez, é determinado pelas relações sociais existentes e pelo lugar que ele ocupa nessa relação. O autor explica que a consciência humana se transforma qualitativamente no decurso do desenvolvimento social e histórico e que tais transformações estão intimamente relacionadas com as mudanças nas relações de produções entre os seres humanos (Leontiev (1978b).

A atividade, nessa teoria, está relacionada novamente com o conceito marxista de trabalho: “A categoria marxiana de trabalho é assumida pela Teoria Histórico-Cultural como categoria explicativa do psiquismo humano e ampliada para o conceito de atividade” (ASBAHR, 2011, p.27). A atividade, nessa acepção, seria um princípio explicativo da consciência. Leontiev (1978b, p.99) afirma: “A estrutura da consciência humana está regularmente ligada à estrutura da atividade humana”. Para o autor russo, a estrutura da consciência humana é composta de três elementos: conteúdo sensível, sentido e significado. O conteúdo sensível diz respeito às sensações, imagens e representações que criam a base e as condições de toda a consciência. (LEONTIEV, 1978b).

Asbahr (2011, p.87) explica que a significação é entendida como o reflexo da realidade, que não depende da relação individual do ser humano com ela. Ao nascer, o indivíduo encontra um sistema de significações prontos, elaborados historicamente e pode se apropriar dele. A autora também esclarece o conceito de significado em Vigotski, afirmando que, para esse autor, o significado da palavra é uma unidade de análise na relação entre pensamento e linguagem.

Esclarece também que, em termos semelhantes aos de Leontiev, Vigotski considera os significados como produtos históricos, transitórios, nos quais as relações sociais se refletem: “São produtos das condições objetivas que lhes deram origem e refletem a realidade objetivamente existente de um modo especial, por meio de uma generalização” (ASBARH, 2011, p. 88).

Outro ponto importante que Asbahr (2011) apresenta em sua análise das significações diz respeito ao seu caráter mediatizador. As significações mediatizam as relações do sujeito com o mundo. São o reflexo da realidade, sendo elaboradas ao longo da história na forma de conceitos, ideias, modos de ação que independem da relação individual que o ser humano tem com a realidade humana.



A questão individual dessa apropriação (sem que se perca seu conteúdo social) diz respeito ao sentido, determinado individualmente por meio das apropriações, ou não, das significações, pelo grau em que estas são apropriadas e pelo que elas representam para o sujeito. (LEONTIEV, 1978a, 1978b). O autor argumenta também que, para encontrar o sentido pessoal de alguma atividade para o sujeito, é necessário descobrir os motivos que lhe correspondem. Motivo aqui é entendido como incitador, como orientador da ação do ser humano. A relação entre motivo e atividade é que o primeiro desempenha um papel formador de sentido pessoal.

Leontiev (1978) denomina o termo Motivo como a união entre uma necessidade do indivíduo e um objeto correspondente (material e/ou ideal) capaz de satisfazer a necessidade posta. A estrutura da atividade conta com um conjunto de ações encadeadas e articuladas entre si, mobilizadas pelo motivo da atividade e que visam a responder a finalidades específicas. Àquele motivo que ao impulsionar uma atividade também lhe confere um sentido pessoal – sendo, portanto, psicologicamente eficaz em mobilizar ações – o autor denomina de motivo gerador de sentido; por outro lado, o motivo que apenas impulsiona a atividade e mobiliza ações sem conferir sentido pessoal é chamado de motivo-estímulo.

A característica especificamente humana da atividade é a de ser motivada. Quando o ser humano perde o caráter motivador e se torna impulsivo, a atividade deixa de ser complexa e reduz a impulsos irracionais (LEONTIEV, 1978b). O sentido pessoal é criado por meio da relação entre aquilo que incita, que orienta a ação do sujeito (motivo da atividade), e o seu fim, o resultado da ação. Analisando as formas de atividades, Leontiev (1978a) distingue dois tipos de motivos: motivos geradores de sentido e motivos-estímulos.

Nos motivos geradores de sentido, tem-se uma relação consciente entre o motivo incitador e seu fim, o que atribui sentido pessoal à atividade. Já os motivos-estímulos são vazios de sentido e, embora assumam o papel de fatores impulsionadores da atividade, mostram-se externos à atividade do sujeito.

No curso do desenvolvimento do sujeito, algumas de suas atividades estabelecem relações hierárquicas entre si e, como vimos, há uma relação entre motivos por trás da relação entre atividades. Essas hierarquias de atividade são geradas por seu próprio desenvolvimento e são elas que formam o núcleo da personalidade. A forma como os motivos vão se organizando hierarquicamente para o sujeito é que configura seus traços de personalidade. Assim, com base em Leontiev (1978a), verificamos que a personalidade é uma formação humana especial criada pelas relações sociais que o indivíduo estabelece em sua atividade. A personalidade não nasce,

ela se faz: “A personalidade é um produto relativamente avançado do desenvolvimento histórico-social e ontogenético do homem” (LEONTIEV, 1978a, p. 137-138).

Contextualizando, podemos sintetizar que a formação para a atividade médica, é para tanto o externo, o social que atua no interno (neste estudante) para a formação de sua personalidade não só como profissional, mas como humano no mundo, enquanto, também este é capaz de assimilar e transformar seu processo formativo e sua prática profissional. Os padrões de vivência e morais, a elitização, a apreensão da prática anatomoclínica e segmentada, a ausência de pensamento formativo de crítica social, os discursos do ato médico, são marcas sócio-históricas da estruturação da profissão, que ao se tornarem obsoletas e ainda presentes nas práticas atuais acabam por gerar nos jovens aprendizes e também aos profissionais um confronto moral e de relação humana com sua atividade.

### 1.5 LINGUAGEM, ATIVIDADE E CONSCIÊNCIA: UMA RELAÇÃO SINGULAR PARA O DESENVOLVIMENTO DO PSIQUISMO

Vigotski e Luria (1996, p. 151) apontam que para estudar a psicologia do ser humano cultural adulto, devemos ter em mente que ela se desenvolveu como resultado de uma evolução complexa que seguiu pelo menos três direções: a da evolução biológica desde os animais até o ser humano, a da evolução histórico-cultural, que resultou na transformação gradual do ser humano primitivo no ser humano cultural moderno, e a do desenvolvimento individual de uma personalidade específica (ontogênese), com o que um pequeno recém-nascido atravessa inúmeros estágios, tornando-se um escolar e a seguir um ser humano adulto cultural.

Essa observação feita por Vigotski difere de todas as outras teorias existentes até então. O autor não descartou as descobertas até esse momento, mas acrescentou-as, considerando o social e o cultural como propulsores para o desenvolvimento qualitativo e importantes aspectos para o desenvolvimento das funções psicológicas superiores.

A posição biologicista e empiricista de uma Psicologia que, para se objetivar como ciência, foi construindo explicações universais e diferenciadas de especulações filosóficas, criou uma crise do conhecimento sobre o universo psi, sobre a constituição do sujeito e sua subjetividade. Nesse processo, o comportamento humano foi se reduzindo ao organismo fisiológico e a especulações criadas em laboratório. Por outro lado, a Psicologia também se reduziu a correntes teóricas que se destinavam simplesmente a descrever o comportamento observado, enfocando o indivíduo como causa e efeito de si mesmo (DIA; PEREIRA, 2019, p. 154).

A partir dessa compreensão, Vigotski identificou os aspectos históricos culturais impulsores do desenvolvimento, passando a ser não só quantitativo, mas qualitativo. E mais, explicou que esse processo se dá por meio de uma relação dialética e permanente.

Vigotski e Luria (1996) esclarecem que o primeiro tema abordado na elaboração da teoria histórico cultural foi a determinação social das funções psicológicas superiores. Essa teoria buscou entender e explicar que por meio do desenvolvimento da linguagem o ser humano deixou de ser primitivo e se desenvolveu da criação dos signos e instrumentos e a aprimoração do trabalho que possibilita a transformação do mundo do qual faz parte, e também considerou as relações importantes aliadas para todo esse processo.

Desse modo, ao estudar a constituição do sujeito, a Psicologia não pode ignorar a mediação ideológica, os valores, os comportamentos cristalizados presentes nas relações e interações sociais, bem como não pode negar o ser humano, em sua condição social e histórica (DIAS; PEREIRA, 2019, p. 153).

Por esse motivo, Vigotski e Luria (1996) enfatizaram a importância de compreender como a criança se difere do adulto, e como ocorre o processo de desenvolvimento e maturação humana. Ressaltam que não significa simplesmente perceber a criança como uma réplica, mas sim, como um ser humano diferente em vários aspectos a dos adultos. E como a criança, o adulto possui características próprias, e as influências do ambiente, as relações interferem diretamente no desenvolvimento de ambos, pois o processo de desenvolvimento é contínuo, o ser humano é produto do meio.

No processo de desenvolvimento, a criança não só amadurece, mas também se torna reequipada. É exatamente esse “reequipamento” que causa o maior desenvolvimento e mudança que observamos na criança à medida que se transforma num adulto cultural. É isso que constitui a diferença mais pronunciada entre o desenvolvimento dos seres humanos e o dos animais (VIGOTSKI; LURIA, 1996, p. 177).

Vigotski buscou compreender o processo de desenvolvimento do psiquismo humano desde a infância até a maturação das funções psicológicas superiores na vida adulta. Para tanto, pautou-se em um aspecto fundamental para esse processo, a linguagem.

A linguagem do antropóide no que tange aos termos fonéticos equivale a do ser humano, contudo não possui subsídios intelectuais. No estágio inicial do desenvolvimento da criança, há uma fase pré-intelectual no processo de formação da linguagem e uma fase pré-linguagem no desenvolvimento do pensamento (VIGOTSKI, 2001). O autor complementa: “O pensamento e a palavra não estão ligados entre si por um vínculo primário. Este surge, modifica-se e amplia-se no processo do próprio desenvolvimento do pensamento e da palavra” (VIGOTSKI, 2001, p. 396). Em se tratando das diferenças entre os antropóides e o ser humano, Vigotski e Luria (1996) destacam a utilização dos instrumentos, o pensamento e a fala:

Exatamente a ausência de sequer os começos da fala no sentido mais amplo da palavra – a falta de capacidade para produzir um signo, ou introduzir alguns meios psicológicos auxiliares que por toda parte marcam o comportamento do homem e a cultura do homem – é o que traça a linha divisória entre o macaco e o ser humano mais primitivo. (VIGOTSKI; LURIA, 1996, p. 86)

As pesquisas de Vigotski apontam para a surpreendente capacidade plástica do cérebro do ser humano em se desenvolver e aprimorar as habilidades existentes e adquiridas de acordo com as experiências advindas das diferentes relações. O pensamento e a linguagem surgem como resultados do desenvolvimento humano na sua forma mais elaborada e sofisticada. Por meio do significado da palavra o ser humano concebe uma característica indispensável à sua existência.

A partir da existência do significado da palavra, há o pensamento, portanto, há um discurso intelectual, “[...] é um fenômeno do pensamento discursivo ou da palavra consciente, é a unidade da palavra com o pensamento” (VIGOTSKI, 2001, p. 398). Os significados desenvolvem-se e não mais se mantêm estáveis, como desenhado por outras teorias.

A linguagem é uma das ferramentas psicológicas mais importantes para o nosso desenvolvimento cognitivo, elaborada pela humanidade na prática sócio-histórica do trabalho, com vistas a garantir ao homem o domínio sobre o seu próprio comportamento e sobre a realidade circundante (BEZERRA; ARAUJO, 2013, p. 84)

Durante o seu processo de desenvolvimento, a criança não só é influenciada por sua realidade objetiva, mas também pela interação com o adulto. A partir dessa relação, ela requer uma comunicação mais aguçada e sofisticada que a possibilitará a reorganizar sua estrutura psicológica. Esse caminho colabora para desenvolvimento da linguagem e do pensamento, pois diante da necessidade de interagir com o meio, atender cada vez mais suas necessidades, a criança dá um salto qualitativo para o desenvolvimento de suas funções psicológicas superiores.

Nesse sentido, segundo Vigotski (1991), a linguagem desempenha um papel específico na realização da atividade prática e no alcance do objetivo. Exerce uma função psicológica complexa, dirigida para a solução de problemas. Quanto mais complexa a ação, mais importante é a fala. O desenvolvimento intelectual ocorre quando a fala e a atividade prática se encontram, se voltam para mesma direção. Prestes (2010) descreve que a palavra aparece nos seus estudos na “qualidade de instrumento, de ferramenta que organiza toda a atividade psíquica” (p.152).

Para Vigotski, a fala é um instrumento potencializador, responsável por orientar o aprendizado, as relações, as emoções e a atividade (trabalho). Esse percurso caracteriza o processo de desenvolvimento humano que ocorre por meio da apropriação da experiência, vivências, conhecimento da humanidade que se dá por meio da história social, com base nas

leis do desenvolvimento sócio-histórico que só é possível por meio das relações interpessoais com base no desenvolvimento da linguagem.

Por meio da palavra o ser humano adquire ferramentas para evoluir intelectualmente, socialmente e culturalmente, e essa evolução o leva a perceber tudo à sua volta e a se perceber, conseqüentemente desenvolve sua consciência. A consciência por sua vez, possibilita o ser humano a identificar suas necessidades, seus interesses e atribuir sentido e significado em suas ações.

Nesta perspectiva, o processo de escolha do ser humano vinculado à vontade é originado pela consciência que, por sua vez, decorre das interações entre as pessoas de maneira que o desenvolvimento dessa consciência seria constantemente mediado e transformado pelas relações entre o ser humano e o ambiente social por meio de suas diferentes relações. À despeito, adentra-se à atividade enquanto categoria central no materialismo histórico-dialético, na qual Marx (1989) aponta a atividade prática sensorial como o que dá origem ao desenvolvimento histórico-social dos homens, e assim, também ao desenvolvimento individual.

Assim, a consciência não está restrita somente ao individual, mas ao contrário, está intimamente vinculada à atividade. No percurso da consciência social para a consciência individual, a linguagem e a atividade coletiva estão entrelaçadas. Sendo o trabalho uma atividade socialmente organizada, a linguagem torna-se necessidade e condição para o desenvolvimento social e individual dos seres humanos. O ser humano apropria-se das significações sociais expressas pela linguagem e confere-lhes um sentido próprio, um sentido pessoal vinculado diretamente à sua vida concreta, às suas necessidades, motivos e sentimentos (LEONTIEV, 1978; ASBAHR, 2005).

A relação entre a significação social, o sentido pessoal e o conteúdo sensível, emocional, é o principal componente da estrutura interna da consciência. As significações são fenômenos da consciência social, mas quando são apropriadas pelos seres humanos passam a fazer parte da consciência individual.

Ao nascer, o ser humano encontra um sistema de significações pronto; apropriar-se ou não dessas significações depende do sentido pessoal que tenham para o sujeito. O sentido pessoal é engendrado, produzido na vida do sujeito, em sua atividade. Sentido pessoal e motivo estão intimamente relacionados, e para que possamos encontrar o sentido devemos descobrir seu motivo correspondente. O sentido pessoal indica, portanto, a relação do sujeito com os fenômenos objetivos conscientizados.

Vigotski (1991) afirma que o comportamento do ser humano em suas relações é determinado também por aquelas ações não reveladas externamente e os reflexos não expostos, internos, impenetráveis à astúcia direta do observador, podem ser metodologicamente averiguados, indiretamente ou de forma mediatizada, através de reflexos acessíveis à observação, como a palavra dita ou escrita.

Tal premissa serviu de base epistemológica aos psicólogos soviéticos, a tratar especialmente de Vigotski e Leontiev, como um dos princípios centrais ao estudo do desenvolvimento do psiquismo e sugerem em seus estudos que a atividade socialmente significativa é o princípio explicativo da consciência, ou seja, a consciência é construída de fora para dentro por meio das relações sociais. Consciência e atividade são assim dois elementos fundamentais à Teoria Histórico-Cultural e devem ser entendidos como unidade dialética. (ASBAHR, 2005; CHAGAS, 2018).

Leontiev (1978) sistematizou o conceito de atividade, fundando a teoria psicológica geral da atividade. Em suas considerações, tanto as atividades externas quanto as internas apresentam a mesma estrutura geral. A atividade interna é constituída a partir da atividade prática sensorial externa, ou seja, a forma primária fundamental da atividade é a forma externa, sensório prática, não apenas individual, mas fundamentalmente social. A transformação da atividade externa em interna acontece por meio do processo de internalização (ASBAHR, 2005).

Muitos autores têm discutido o conceito de consciência em Vigotski, e essencialmente percebem-se evidências que apontam para uma aproximação mais precisa do termo consciência como sinônimo de psiquismo humano, matriz do pensamento do ser humano (*Soznanie*), no termo original russo. Ao mesmo tempo, dentro do escopo de consciência como o próprio psiquismo, também é possível reconhecer o conceito 'tomada de consciência' atrelado à função psíquica superior, consciência e controle. Neste caso, quando passamos a ter consciência de determinado processo (psicológico) ou situação podemos controlá-lo (*Osoznanie*) (PRESTES, 2010).

Na perspectiva da Teoria Histórico-Cultural, a consciência, sendo movimento do humano no mundo, passa a ser mediadora da relação do humano com o mundo e consigo mesmo, por meio da palavra e a partir de suas experiências históricas e sociais, enfim, na sociabilidade dos indivíduos. O termo consciência para Vigotski (1996) e Leontiev (1983) será sempre mediada pela palavra, ou seja, é a própria relação do ser humano com o meio e depois consigo mesmo.

Tanto os processos relacionados ao desenvolvimento e à manifestação da linguagem, como à aprendizagem e às emoções, em suas diversas modalidades (fala, expressão facial, escrita, leitura e outras), são atividades conscientes. Tais atividades são interativas com o meio, superadas gradativamente por um complexo processo histórico social e cultural (BASTOS; ALVES, 2013).

Não é um sistema mecanicista, muito menos estático, já que se relaciona ao desenvolvimento da conduta voluntária do ser humano. Mas trata-se de uma consciência que também é parcial porque é atravessada por motivos e necessidades decorrentes das vivências singulares de cada ser humano (intrapsicológicos). (CASTRO; ALVES, 2012; VIGOTSKI, 1995; VIGOTSKI, 1991; DELARI JR., 2000).

O estudo da consciência requer estudar as relações vitais dos homens, as formas como estes produziram e produzem sua existência por meio de suas atividades, ou seja, demanda analisar como a estrutura da consciência do ser humano se transforma com a estrutura da sua atividade (LEONTIEV, 1978).

Em linhas gerais, destacamos que os estudos de Vigotski trouxeram à luz discussões fundamentais para compreensão do desenvolvimento humano que consideram as relações interpessoais como importantes aliadas para o início do desenvolvimento, e que a interação social por meio da atividade é fundamental para internalizar conhecimentos que contribuam para o processo de maturação humana.

E vai além, o psicólogo soviético percebeu que a evolução qualitativa se distanciava da quantitativa a partir do acesso a conhecimentos mais elaborados, científicos e que só ocorrem por meio do pensamento e da linguagem, e claro da educação, características exclusivamente humanas e fundamentais para o desenvolvimento das funções psicológicas superiores, ademais, por meio de seus estudos considerou que o cérebro humano é um órgão adaptável, ajustável para atender as mudanças necessárias.

[...]o cérebro é visto como um sistema flexível capaz de servir a novas e diferentes funções, sem que sejam necessárias transformações no órgão físico, o funcionamento cerebral é moldado, assim, ao longo da história da espécie e do desenvolvimento individual. Ou seja, para Vigotski, a estrutura e o funcionamento do cérebro humano, que levaram milhões de anos para evoluir, também passam por mudanças no curso do desenvolvimento do indivíduo, devido à interação do homem com o meio físico e social (REGO, 1995, p. 101)

Considerando as observações de Vigotski e as descobertas sobre a plasticidade do cérebro e a capacidade do seu desenvolvimento, a habilidade de internalização de novos

conhecimentos, a Teoria Histórico-Cultural permite compreender, aprender e entender particularidades do desenvolvimento psiconeurológico humano.



## **CAPÍTULO II - COMPREENSÃO DE SOFRIMENTO E ADOECIMENTO PSÍQUICO À LUZ DA TEORIA HISTÓRICO CULTURAL**

Partindo de uma concepção ontológica do ser social fundamentada em seus aspectos históricos e culturais, o estudo de sistemas complexos, como saúde e doença se tornariam demasiadamente “rasos” se fossem analisados somente a partir de uma visão biológica e pontual. Portanto, o sofrimento / adoecimento psíquico (e pormenores como a psicopatologização e o processo de medicalização) como expressão desse sistema só é compreensível em sua profundidade se analisados os seus significados e sentidos produzidos no contexto histórico - cultural em que se desenvolvem.

Daí perguntamos, o que a Teoria histórico-cultural nos oferece para a compreensão do sofrimento psíquico? De antemão, esclarecemos que o termo “sofrimento psíquico” e, em alguns casos, adoecimento psíquico (o qual abordaremos adiante) foi escolhido objetivando desarticular a nossa compreensão da lógica psiquiátrica e biologizante, muitas vezes permeada de preconceitos (ALMEIDA; 2018).

Alçamos aqui alguns dos principais pressupostos da Teoria Histórico - Cultural que nos fornecem bases para a reflexão sobre o sofrimento psíquico elaborados por L. S. Vigotski (1996; 2000; 2001); A. N. Leontiev (1978a; 1978b; 1998); A R. Luria (1998) e Zeigarnik (1978; 1981), por meio da qual poderemos tornar possível compreender os processos e determinantes do sofrimento e adoecimento psíquico entre os estudantes universitários de medicina que nos empenhamos em investigar e apresentar nos próximos capítulos.

### **2.1 BREVES ESCLARECIMENTOS CONCEITUAIS**

Conceitualmente, Almeida (2018) emprega a expressão sofrimento psíquico como um processo produzido na dinâmica da vida de uma pessoa – que vive num dado lugar, com certas relações interpessoais, que tem determinada atividade e rotina cotidiana, com certas necessidades, interesses e problemas – e que produz obstruções nos seus ‘modos de andar a vida’.

Em concordância, os autores Kinoshita et al. (2016, p. 52) tecem considerações sobre o significado do sofrimento psíquico:

[...] compreendido como um estado em que esse esforço por unidade e coerência se encontra diante de obstáculos em que as mediações não são efetivas na preservação

de unidade e que levam a pessoa a uma estagnação e à percepção ou sentimento da iminência de decomposição. Isso ocorre não somente como processo biológico ou orgânico, mas fundamentalmente como parte da experiência de vida que corresponde a um mal-estar, desconforto ou dor, a qual bloqueia a dinâmica de transformações nos sujeitos, enrijecendo a forma como esses se relacionam consigo mesmos, com os outros e com o ambiente. Assim, o sofrimento psíquico está relacionado a vários fatores, que são produzidos em decorrência de fatores objetivos e subjetivos, tornando-se uma obstrução aos modos dos indivíduos conduzirem a vida.

Já Marino Filho (2019) traz o termo sofrimento psicológico (que aqui, admitiremos análogo ao termo sofrimento psíquico) como a vivência de uma situação ou contexto no qual ao enfrentar contradições afetivas relevantes para a sua atividade vital, um indivíduo se percebe “incapaz de superar e age motora e intelectualmente para negar, eliminar, transformar, contornar, as contradições permanecendo por tempo indeterminado e sem êxito nessa situação” (MARINO FILHO, 2019, p.2). Que, para Silva (2020, p. 55), esse fenômeno implica na “desorganização ou desintegração do psiquismo que se manifesta fora da norma”, e também, na “desintegração do sistema de orientação e formação de sentido dos sujeitos” (MARINO FILHO, 2020, p. 75).

Em trabalho elaborado por Andrade (2022), a autora utilizou da terminologia sofrimento/adoecimento psíquico para se referir à depressão como uma forma de sofrimento psíquico. Conforme esclarece, essa terminologia já vem sendo utilizada nos campos de saúde mental e da atenção psicossocial com a finalidade de romper com as terminologias utilizadas pela psiquiatria, como transtorno mental ou doença mental, que enfatizavam a medicalização.

Todas as conceituações supracitadas estão alicerçados na Teoria histórico-cultural e traz o sofrimento psíquico como um fenômeno constituído social e historicamente, que deve ser pensado a partir da história singular do sujeito, na sua relação com outros aspectos constitutivos da personalidade, como as condições políticas, sociais e econômicas (SILVA; TULESKI, 2015). O sofrimento é, portanto, resultado das condições concretas de vida, de sua produção na sociedade, motivo pelo qual não pode ser, em um primeiro momento, atribuído unicamente aos aspectos biológicos (MARINO FILHO, 2020).

Silva e Tuleski (2015, p. 214) esclarecem que é preciso “pensar no indivíduo que sofre a partir de sua vivência de sofrimento, em condições concretas de vida”. Pensar que esse sujeito se constitui na relação que estabelece com o mundo, com o objetivo de atender suas necessidades, isto é, se constitui a partir da sua atividade.

Em relação ao estudo do sofrimento psíquico, Vigotski (1995) ressalta o quanto os estudos psicológicos iniciais se baseavam em uma concepção puramente quantitativa do desenvolvimento infantil. Tratava-se de um método complicado, pois determinava o grau de

insuficiência do intelecto, com a medição de proporções e tamanho, visando a responder a um único esquema de mais ou menos, de cálculo e de medida, ao invés de experimentar, observar, analisar, diferenciar e generalizar, descrever e definir qualitativamente.

Ainda hoje, frente ao modelo biomédico de se entender o processo saúde e doença, tradicionalmente, a saúde mental continua sendo analisada sob o viés farmacológico e biológico. Sob o paradigma biomédico, o entendimento desse fenômeno é restrito ao diagnóstico realizado a partir de sinais e de sintomas, encerrando-se nisso. Nesse movimento de naturalização dos fenômenos sociais e históricos, a psicologia serve às ideologias dominantes, na medida em que considera comportamentos “fora do padrão” como adaptações, em um processo de patologização e medicalização da vida (SILVA; TULESKI, 2015).

Uma abordagem adequada para entender e analisar o sofrimento humano nas suas relações e diferentes dimensões é indispensável para se apropriar do conhecimento, e não o julgar como algo acabado. A Teoria Histórico-Cultural proporciona uma percepção mais ampla e compreensiva do ser humano, ao considerar, por exemplo, a existência do corpo físico é necessária para o desenvolvimento das funções psicológicas superiores.

Mesmo defendendo que a cultura se sobrepõe ao elemento biológico, Vigotski (1996) não abandonou o estudo sobre as questões biológicas e sua relação com o fator cultural. Seus estudos trataram da relação de unidade, que abrange dialeticamente a historicidade e o meio social, determinantes para a apropriação da cultura. Os aspectos inatos e instintivos existem e permanecem no sujeito, porém as transformações de natureza qualitativa e humanas ocorrem à medida que o sujeito se relaciona com a sociedade. Essa visão é dialética. O autor não separa o aspecto biológico do cultural, mas entende o primeiro como base para o desenvolvimento verdadeiramente humano.

Estudiosos como Traverso-Yépez (2001) e Minayo (2002) refletem que o processo saúde-doença é baseado em uma ordem de significações culturais socialmente construídas, que entusiasma o uso que cada um faz do seu corpo, e como entende seu corpo, bem como as formas pelas quais o ser humano vivencia os seus estados de saúde e de doença, a expressão dos sintomas, assim como os hábitos e estilos de vida e as próprias práticas de atendimento à saúde. Assim, além de ser um fato biológico, é uma realidade construída tanto historicamente, como no âmbito de expressão simbólica coletiva e individual.

Os motivos que podem ou não causar modificações no comportamento do sujeito não têm uma regra exata, um motivo único. Podem acontecer em um mesmo meio, de formas

diferentes ou não, podem atingir um único sujeito de um grupo ou mais. As relações dizem muito sobre as atitudes, significados, motivação e sentido de cada pessoa.

Vigotski (1996) cita as vivências como fator preponderante do desenvolvimento psicológico e da personalidade do sujeito, e aponta a diferença no desenvolvimento de três crianças de uma mesma família, em um mesmo ambiente, em que cada uma delas apresentava um quadro completamente específico de distúrbio de desenvolvimento na mesma situação. O mesmo ambiente apresentava quadros completamente diferentes nas três crianças. Podemos inferir, portanto, que a significação de cada sujeito é única, e de forma particular se desenvolve.

Delari (2017) explica como cada um sente a seu modo de acordo com seus significados. Toda dor é sentida de modo corporal, por não haver outro meio de senti-la. “A distinção fica por ser debatida mais quanto à origem do sofrimento em seus aspectos físicos “mudos” ou na materialidade das relações humanas mediadas na construção de significação” (DELARI, 2017, p. 5).

Os vínculos do sujeito com o mundo envolvem suas relações e suas atividades, que ocorrem em uma determinada família, classe social e época, em que constroem suas estruturas motivacionais e emocionais. A quantidade e a qualidade desses vínculos, assim como o conteúdo das relações objetivas e sociais, fazem parte de apropriações disponíveis ao sujeito e do desenvolvimento da sua personalidade. Os significados sociais e o sentido pessoal se unem ou alienam, causando o adoecimento (MARTINS, 2004).

Silveira e Nascimento (2015) realçam a singularidade de uma definição em relação ao normal e ao patológico, e da relação com o contexto histórico do ser humano:

Identificar aspectos relacionados a estados psíquicos do humano implica na busca pelo conhecimento de aspectos subjetivos que fazem parte da construção da psique humana, e esta é uma tarefa tão complexa quanto instigante. Essa foi, é, e ainda será uma empreitada que segue com a trajetória das sociedades, vale observar que cada época pode fazê-lo a seu modo, e de acordo com a sua perspectiva vigente (SILVEIRA; NASCIMENTO, 2015, p. 2).

Silva e Tuleski (2015) assinalam o quanto as queixas relacionadas ao sofrimento mental, em seus diferentes níveis de complexidade, ainda são tratadas sob o viés biológico e farmacológico. Essa perspectiva sofreu críticas de Vigotski, conforme apontam Silva e Tuleski:

A saúde mental foi relegada ao cuidado da psiquiatria sob o viés fisiológico, com estudos iniciais de Zeigarnik no campo da Patopsicologia Experimental ainda sem muitas perspectivas, pois estavam no caminho contrário à separação imposta entre a psiquiatria e a psicologia (SILVA; TULESKI, 2015, p. 210).

A formação do psiquismo vai se constituindo por meio da filogênese e ontogênese,

ambas definidas social e historicamente conforme as transformações na sociedade e a participação do sujeito por meio de suas atividades. Ou seja, da transformação das funções psicológicas elementares para as funções psicológicas superiores, por meio da apropriação dos conhecimentos sistematizados e do desenvolvimento da consciência. Quanto mais possibilidades materiais a sociedade oferece ao sujeito, ao psiquismo, mais ele se desenvolve, mais capacidades e habilidades terá para se relacionar com as diferentes situações impostas pela sociedade (VIGOTSKI, 1983).

A transformação das funções psicológicas elementares em funções psicológicas superiores é complexa. Resulta na humanização do sujeito, que o leva ao desenvolvimento de sua consciência.

O pensamento humano da forma como o conhecemos somente é possível pela apropriação da linguagem, porém isso não acontece passivamente, ao contrário, é pela atividade do indivíduo no meio humano e natural que ele se apropria da cultura. Vigotski compreende dialeticamente o desenvolvimento na relação entre o indivíduo e o meio social, é na atividade que o indivíduo, ao agir no meio transforma o mundo e a si mesmo, produzindo consciência como unidade com o meio histórico, humanizando-o (PAES, 2020, p. 34).

Ocorre que, no âmbito da saúde mental, em uma visão simplificada da sociedade, na qual aspectos históricos e sociais são interpretados como algo inato, a psicologia muitas vezes se submete às ideologias predominantes, caracterizando comportamentos divergentes como desvios em um crescente processo de patologização da vida e culpabilização dos indivíduos. Sob a influência do paradigma biomédico, amplamente adotado pela psiquiatria, a compreensão e tratamento do sofrimento mental frequentemente se restringem a sistemas de classificação de transtornos, limitados à descrição de sinais e sintomas conforme manuais de diagnóstico (SILVA; TULESKI, 2015).

Temos observado um aumento notável nas queixas relacionadas ao sofrimento psicológico. Muitas vezes, os transtornos mentais são tratados predominantemente sob uma perspectiva biológica e farmacológica. Conforme dados da *World mental health report* (WHO, 2022), os transtornos mentais estão entre as dez principais causas de incapacitação no mundo do trabalho, englobando condições como depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia, alcoolismo e transtorno obsessivo-compulsivo.

Diante dessa conjuntura, nos deparamos com a necessidade de abordar tal situação que se agrava ainda mais no contexto dos indivíduos cujas atuais relações de produção e alienação, se veem privados de sua força de trabalho e da sua própria identidade, devido à maneira como a vida é organizada na sociedade. Procuramos estabelecer uma conexão entre essa realidade e

os processos de sofrimento mental experimentados pelos indivíduos com a contribuição da Teoria Histórico-Cultural ao campo da saúde mental.

Em vistas do adoecimento: “o estudo dos sistemas e de suas funções é muito instrutivo não apenas no caso do desenvolvimento e da construção do psiquismo, mas também no caso de sua desintegração” (VIGOTSKI, 1996, p. 128). Nesse ponto percebemos que, mesmo que haja a pré-disposição genética, os fatores externos, sociais, contribuem diretamente para o surgimento do sofrimento psíquico.

Uma vez que a medicina define o que é normal ou patológico, a patologia é entendida como o conjunto de sintomas padronizados, especificamente sobre as psicopatologizações, diversas expressões humanas, como tristeza, angústia, insônia, passam a ser compreendidas a partir de uma abordagem organicista e, portanto, tratadas com substâncias farmacológicas (RODRIGUES, 2003; AGUIAR, 2004).

O sofrimento psíquico é abordado a partir dos estudos iniciados por Zeigarnik<sup>1</sup>, na Patopsicologia Experimental, para quem esse processo é resultado da alteração das necessidades e da hierarquia dos motivos, bem como da perda de sentido e da diminuição do autocontrole do comportamento.

Partindo-se da referida fundamentação o desenvolvimento cultural não conjectura identidade entre a instância biológica e cultural, e sim um processo onde o cultural supera o biológico por incorporação, tem-se que o aspecto cultural é o fundamento ontológico do ser social. Dessa maneira deve ser mantida a importância das apropriações sociais nesse desenvolvimento, voltando-se à relação dialética entre organismo e meio social no estudo e intervenção das alterações patológicas ao longo do desenvolvimento ontogenético do sujeito adoecido (ZEIGARNIK, 1981).

De maneira resumida, como exemplo, analisamos dois momentos, em que se vê nitidamente o interesse da sociedade como regulador quanto ao fato de o indivíduo ser ou não normal. O primeiro momento refere-se ao sistema do capitalismo, quando os homens precisam se mostrar normais e eficientes para trabalhar e produzir o máximo, mesmo executando suas atividades de forma mecânica.

O segundo momento é exemplificado por meio da história, com a ‘doença mental’ e o ‘homem doente’ vistos como forma de capitalização de recursos financeiros: o elevado número de pessoas enclausuradas em manicômios rendiam valores exorbitantes aos seus proprietários.

---

<sup>1</sup> No tópico à seguir “Alterações da atividade psíquica: Breves conceitos da Patopsicologia experimental” abordaremos especificamente os conceitos da Patopsicologia Experimental proposto por Zeigarnik.

Os interesses da sociedade capitalista impostos ao homem levam a sociedade a pormenorizar a dor do outro, a influenciar no seu desenvolvimento e a privá-lo da apropriação da cultura estabelecida por outros homens.

De acordo com Silva e Tuleski (2015), o adoecimento psíquico é tomado como constituído histórica e socialmente.

Se o ser humano se humaniza no interior das relações sociais por meio de sua atividade vital e metabólica com a natureza – o trabalho –, quando esta forma de atividade se encontra alienada e precarizada, as possibilidades para o desenvolvimento pleno da personalidade humana encontram-se obstaculizadas (SILVA; TULESKI, 2015, p. 209).

Para Teoria Histórico-Cultural, a personalidade é a objetivação da individualidade do sujeito. É contínua, e evolui conforme as transformações da atividade que produz e suas relações essenciais com o meio. Quanto à personalidade, Martins (2004) salienta as relações do sujeito desde o seu nascimento. A atividade vital e sua consciência são propulsoras do seu desenvolvimento e da constituição da personalidade.

Martins (2004) distingue que a realização do sujeito ocorre por meio de toda a história que constrói. O ponto de partida são as suas condições biológicas, que evoluem socialmente, dadas as condições históricas que, por sua vez, determinam como se desenvolve o psiquismo humano. Durante esse percurso, todas as relações estabelecidas contribuem para a constituição da personalidade do sujeito. Se o sujeito estiver sob relações sociais de dominação, e se a apropriação e a objetivação forem alienadas ou alienantes, haverá prejuízo no desenvolvimento de sua consciência.

Assim, as relações sociais, a apropriação da cultura e a atividade do sujeito são elementos essenciais para a formação da personalidade e o desenvolvimento da consciência humana. A partir do momento em que esses subsídios se tornam restritos ou mesmo ausentes, compromete-se o desenvolvimento do psiquismo, tendo, como resposta, o sofrimento psíquico.

O sofrimento psíquico surge diante de determinadas relações, conforme Almeida (2014):

Assim, o sofrimento psíquico emerge como possibilidade a qualquer indivíduo, inserido nessas relações, quando se torna uma obstrução a seus modos de andar a vida. Ou seja, em nosso entendimento, as várias formas de manifestação do sofrimento psíquico não são exclusividade de um grupo de pessoas predispostas por características biológicas ou psíquicas, senão produzidas no movimento da vida e determinadas socialmente (ALMEIDA, 2014, p. 64).

Delari (2017) contribui com a observação como as diferentes relações como possíveis propulsoras do sofrimento:

Enfim, de modo provisório e não substancialista, falaremos de processos de “sofrimento psíquico” por entendê-los como estados e/ou situações de nossas vidas em que vivemos dores que advêm de relações sociais mediadas por processos simbólicos. Relações vividas tanto com outras pessoas como conosco, em nossa intimidade (DELARI, 2017, p. 8).

A partir desse entendimento sobre o desenvolvimento humano, o ser humano torna-se único, à medida que se socializa, por meio do processo histórico social. É a coletividade que o leva à individualidade, a partir do momento em que reconhece suas aptidões, desejos e motivos. É nesse percurso que o sujeito realiza sua atividade, estabelece sua relação com o meio, define seus objetivos e caminha para determinados fins. Entretanto, o adoecimento inicia a partir do momento em que a sua atividade abandona a ação reflexiva, motivadora e consciente.

Até aqui conseguimos compreender o sofrimento psíquico a partir da Teoria Histórico-Cultural cultural, e averiguar que o sujeito também adocece, havendo uma estreita diferença conceitual entre o sofrimento psíquico e o adoecimento psíquico, contudo, ambos estão interligados às relações de todo o meio do qual o sujeito está inserido.

Essas relações são amplamente diversificadas e podem ser entendidas de acordo com Marx (1989) que especifica as três relações estruturais da atividade humana, qualquer que ela seja: 1) a relação do indivíduo com a produção, isto é, com a execução da atividade; 2) a relação do indivíduo com o produto da atividade executada; 3) a relação do indivíduo com o gênero humano.

Nesse caminho Esper (2019) explica que para a Patopsicologia Experimental, o homem adoecido é abordado com foco em sua personalidade, em suas vivências e necessidades e não apenas em seu organismo doente, seus sintomas e quadros clínicos, e ainda salienta que na perspectiva do materialismo histórico dialético, os transtornos mentais precisam ser percebidos com base nas relações sociais humanas, são produtos delas.

Compreendemos então que a atividade consciente colabora para o desenvolvimento do sujeito, para a sua compreensão psíquica entre as suas ações e fins. Suas ideias precisam estar conservadas no exercício da atividade. É indispensável ter consciência interna e externamente, durante a sua realização, e de se relacionar internamente (objetivos, desejos, consciência) e externamente (em relação com outros, com o meio) (MARTINS, 2004).

Nessa relação do trabalho consciente e motivada, o sujeito preserva a sua personalidade. Martins (2004) comenta que, partir do momento em que o sentido e o significado da atividade se separam, ocorre uma alteração na estrutura interna da consciência resultando na alienação: “os motivos geradores de sentido são aqueles motivos que ao impulsionarem a atividade lhe conferem sentido pessoal” (p. 91).



Assim, quando a atividade exercida pelo sujeito não atende às suas necessidades, o resultado do seu trabalho prejudica a formação da sua personalidade. Ao deixar de ter autonomia para manifestar a sua individualidade, em função da negação de suas próprias aspirações, passa a realizar a atividade sem atribuir-lhe sentido. Nesse cenário, surge a alienação, como resultado da falta de consciência do sujeito na realização da atividade.

A partir da Teoria Histórico-Cultural, as funções psíquicas são entendidas não como funções inatas, mas sim como produto das atividades desenvolvidas ao longo da vida, o que faz com que as alterações psíquicas sejam compreendidas e investigadas como resultantes das alterações da atividade. Desse modo, é possível a análise qualitativa das distintas formas de desintegração do psiquismo, a descoberta dos mecanismos da atividade alterada e as possibilidades para sua reabilitação (SILVA; TULESKI, 2015, p. 212).

### **2.1.1 ALTERAÇÕES DA ATIVIDADE PSÍQUICA: BREVES CONCEITOS DA PATOPSIKOLOGIA EXPERIMENTAL**

A patopsicologia experimental desenvolvida por Zeigarnik (1979, 1981) a partir do referencial do materialismo histórico-dialético e que ganhou destaque a partir dos anos 1960, parte da concepção de Leontiev (1978) acerca da importância da atividade na formação do psiquismo, destacando sua estrutura hierárquica, especialmente as necessidades e motivos e a complexa relação de mediação que o constitui (SILVA; TULESKI, 2015).

Segundo Zeigarnik (1979) o objeto de estudo da Patopsicologia são as alterações que ocorrem na atividade psíquica, em função das enfermidades no cérebro. A patopsicologia, como disciplina psicológica, parte das leis de desenvolvimento e da estrutura do psiquismo em estado normal. Estuda as leis de desintegração da atividade psíquica e as propriedades da personalidade, comparando-as com as leis de formação e desenvolvimento dos processos psíquicos normais, estuda a regularidade nas alterações da atividade reflexiva do cérebro (ZEIGARNIK, 1981, p. 8, tradução nossa).

Por suas características e contribuições, a Patopsicologia Experimental, enquanto ciência, situa-se entre a Psicologia e a Psiquiatria. Trata-se de um eixo dentro da psicologia geral. Todavia, enquanto esta tem por objetivo a compreensão sobre a formação e a estruturação do psiquismo, a Patopsicologia Experimental se preocupa com o estudo das alterações na estrutura da atividade psíquica, bem como da dissolução desse psiquismo.

E, apesar de se aproximar em alguns pontos e apresentar aplicação prática para a Psiquiatria, a Patopsicologia se diferencia também da psicopatologia tradicional, que tem como base a psiquiatria clínica e trabalha a partir da concepção de sintomas e de síndromes, se ocupando da gênese e da etiologia das patologias. Silva e Tuleski (2015) ressaltam, no entanto, que as duas compreensões não são excludentes, visto a necessidade de compreensão dialética do fenômeno.

A teoria da Patopsicologia diverge, portanto, do pensamento naturalizante e padronizante dos corpos e da concepção tradicional patologizante. Segundo Moyses e Collares (2013), o termo patologização se refere a um processo no qual, desconsiderando o comportamento como social, cultural e historicamente determinado, se naturaliza o estabelecimento de padrões de comportamento, em um movimento de manutenção de corpos e de mentes dóceis. Neste processo, por um lado há aumento da patologização e da medicalização da sociedade, representado pelo crescimento de diagnósticos dados a sujeitos em função dos diferentes modos de ser e estar no mundo, e se constata também, na mesma medida, formas de sofrimento mais intensas, consequência das condições sociais a que muitos estão submetidos (ALMEIDA, 2018).

Assim, “a normatização da vida tem por corolário a transformação dos problemas da vida em doenças, em distúrbios” (MOYSES; COLLARES, 2013, p. 12), isto é, problemas, fenômenos e comportamentos inerentes aos sujeitos são desconectados da realidade concreta e transformados em problemas individuais, sob o ponto de vista biológico. Já a medicalização, diretamente relacionada a patologização, é um processo de controle e de submissão desses corpos que não se adéquam aos padrões estabelecidos.

Em contraposição à psicologia tradicional e naturalizante, no desenvolvimento da Patopsicologia, Zeigarnik (1981) toma como princípio a compreensão materialista, na qual os processos psíquicos não são entendidos como funções inatas, mas como constituídos socialmente, enquanto resultado da atividade que se desenvolvem, a partir dos processos de apropriação, ao longo da vida dos sujeitos.

Destaca-se que em seu percurso, Zeigarnik desenvolve a patopsicologia como continuação dos estudos iniciados por Vigotski e seus colaboradores, com destaque aos processos de desintegração e de desenvolvimento do psiquismo, utilizando de conceitos como mediação e zona de desenvolvimento iminente (ZEIGARNIK, 1981). Deste modo, a alteração da atividade implica em alteração na dinâmica da personalidade e, conseqüentemente, das necessidades, interesses e comportamentos do sujeito.

[...] enquanto no desenvolvimento normal as causas externas (a ação social, no sentido amplo da palavra) conduzem a um reflexo adequado da realidade, a enfermidade cria condições especiais para o desenvolvimento dos processos psíquicos, os quais, ao contrário, conduzem a um reflexo alterado da realidade e, conseqüentemente, a formação e reforço de uma atitude alterada frente ao mundo, o aparecimento de traços patológicos na personalidade (ZEIGARNIK, 1981, p. 194).

Neste sentido, para Zeigarnik (1981) qualquer alteração na atividade psíquica interfere na dinâmica da personalidade, sendo necessário estudá-la e evidenciar as peculiaridades psíquicas que foram alteradas. Para a autora,

a enfermidade cria condições especiais para o desenvolvimento dos processos psíquicos, os quais, pelo contrário, conduzem a um reflexo alterado da realidade e, conseqüentemente, a formação e reforço de uma atitude alterada ante o mundo, o aparecimento de traços patológicos na personalidade (ZEIGARNIK, 1981, p. 195).

O material patológico permite estabelecer as leis de modificação da esfera motivacional do indivíduo, as quais “conduzem a alteração dos pontos de vista, interesses e valores da personalidade” (ZEIGARNIK, 1981, p. 156) A patopsicologia investiga os processos que ocasionam a desintegração do psiquismo que se manifesta fora da norma. Por trás dessa desintegração, há alterações na formação da personalidade, surgimento de necessidades e motivos patológicos, alteração na hierarquia dos motivos, alteração nas formas de percepção, memorização e pensamento, inclusive na construção de significados, entre outros (ZEIGARNIK, 1979).

Sendo assim, a patopsicologia pode contribuir para outra forma de compreender o adoecimento psíquico, desvendando, por exemplo, quais os vínculos do processo de pensamento que foram afetados no adoecimento e como o foram. Permite fazer o estudo desses processos buscando o lugar de um fenômeno na estrutura da atividade intelectual (Nikolaeva, 2011).

## 2.2 ESTRUTURA MOTIVACIONAL DA PERSONALIDADE: AS (DES)MOTIVAÇÕES PARA A ATIVIDADE

Em se tratando do conceito de Atividade, Leontiev (2017, p. 39) aponta que “[...] toda atividade do organismo está dirigida a satisfazer as necessidades naquilo que lhe é indispensável para prolongar e desenvolver sua vida”, sendo assim, a atividade humana tem como objetivo satisfazer as necessidades dos homens. Neste contexto, “chamamos atividade o processo estimulado e orientado por um motivo, no qual determinada necessidade é objetivada”

(LEONTIEV, 2021, p. 207). Em complemento, conforme alude Marino Filho (2020), a compreensão das alterações na personalidade não exclui a importância da análise das circunstâncias sociais, visto que elas tanto interferem no desenvolvimento da personalidade, quanto elas, por si só, podem ser fonte de sofrimento.

Ao nascer, os indivíduos possuem necessidades vitais que são satisfeitas por outras pessoas. Em um primeiro momento, até que a necessidade seja satisfeita pela primeira vez, ela – a necessidade – não tem claro o seu objeto, então, ele – o objeto – precisa ser descoberto. Ao encontrar o objeto correspondente, a necessidade passa a estimular e a orientar a atividade, tornando-se motivo.

Esse encontro corresponde a um ato de objetivação, com o qual a necessidade passa a ser munida de conteúdo objetivo. Sendo assim, no momento inicial a necessidade funciona apenas como condição para a atividade, ao longo do desenvolvimento da atividade ela deixa de ser o que é, e se transforma em resultado (LEONTIEV, 2021; MARTINS, 2004).

Subjetivamente, as necessidades se manifestam como tendências e desejos. São eles os responsáveis por sinalizar que uma necessidade surgiu ou foi satisfeita, além de regular a atividade, motivando o surgimento, o desenvolvimento ou a supressão dessa necessidade. No entanto, a necessidade expressa dessa forma não é suficiente para que a atividade se realize. Para isso é necessário um objetivo. Este, também denominado de motivo, ao atender a necessidade, estimula a ação, dando uma direção, um fim (LEONTIEV, 2017).

O motivo da atividade se define como “[...] aquilo que, refletindo-se no cérebro do homem, excita-o a agir e dirige a ação a satisfazer uma necessidade determinada” (LEONTIEV, 2017, p. 45). Os motivos são muito variáveis. Diferenciam-se pelo tipo de necessidade correspondente e, da mesma forma que as necessidades, podem ser naturais ou superiores, e entre os últimos, materiais ou espirituais. Também se diferenciam pela forma do seu conteúdo.

O motivo só promove a atividade quando existem as condições para isso, que permitam ao sujeito planejar e atuar para alcançar o fim (LEONTIEV, 2017). Em alguns casos, a ação estimulada pelo motivo, corresponde diretamente ao objeto da ação. Em outros casos, o motivo demanda ações intermediárias e fins parciais. Eventualmente, ainda, a atividade pode se prolongar por algum tempo. Ressalta-se que, de acordo com as condições de vida, um mesmo motivo pode resultar em atos e fins distintos, da mesma forma que atos iguais podem ser estimulados por motivos diferentes.

Martins (2015) esclarece ainda que as propriedades da personalidade não podem ser analisadas sem considerar, além dos motivos, também os sentimentos do sujeito. Neste sentido,

a autora infere que as necessidades estão diretamente relacionadas às emoções e aos 91 sentimentos. Conforme a atividade se complexifica, ela produz novas necessidades e novos motivos e esse processo não acontece sem os componentes emocionais.

Então, além da estrutura motivacional da personalidade, que se relaciona aos motivos, consequência da atividade desenvolvida a partir das relações que o sujeito estabelece com o mundo, a personalidade conta também com uma estrutura emocional, resultado da relação que surge entre aquilo que é experienciado pelo sujeito e os sentimentos que são mobilizados por essa experiência.

As vivências emocionais fazem parte de um sistema de subordinação e de hierarquia dos sentimentos, e em função disso, alguns sentimentos são predominantes sobre outros, tendo maior influência no comportamento. Enquanto alguns assumem papel de subordinação, outros têm um significado apenas por um curto período.

Os sentimentos predominantes determinam as atitudes do sujeito frente a realidade e os motivos de sua conduta, constituindo assim uma característica fundamental da personalidade. Na estrutura motivacional da personalidade podem realizar-se movimentos de interpenetração entre significado e sentido pessoal, de produção do sentido a partir do significado, a proposição de novos sentidos pessoais a significados existentes, ressignificando-os, ou, ainda, a ruptura, a alienação entre significados e sentido pessoal. (BLAGONADEZHINA, 1978; MARTINS, 2015)

É por esse movimento que tanto os significados quanto os sentidos pessoais se afirmam como “processos psicológicos mediando a hierarquia de motivos e atividades, núcleo da estrutura motivacional da personalidade” (MARTINS, 2015, p. 99). Com isso, surge ainda a necessidade de retomar a diferenciação entre os motivos formadores de sentido dos motivos-estímulos. Segundo Leontiev (2021), denomina-se de motivos formadores de sentido aqueles que, além de incitarem a atividade, também dão um sentido pessoal a ela.

Na atividade incitada por esses motivos existe uma relação consciente entre motivos – porque – e fins – para que. Por sua dimensão teleológica esses motivos se destacam na estrutura da personalidade (MARTINS, 2004). Os demais motivos, que coexistem com os primeiros e que não dão sentido à atividade, mas impulso a ela, são denominados de motivos-estímulos. Sua função é de sinalização (LEONTIEV, 2021).

É essa relação entre os motivos formadores de sentido e os motivos-estímulos, relativos a uma mesma atividade, que possibilita compreender a esfera motivacional da personalidade, também denominada de relações hierárquicas dos motivos. Essa relação hierárquica não é

formada pelo grau de proximidade com as necessidades biológicas ou de excitabilidade e afetação dos motivos, mas pelas relações que são formadas na atividade do sujeito, por suas mediações, tornando-as relativas.

Como consequência, em uma determinada atividade, um mesmo motivo pode assumir a função de formador de sentido, enquanto em outra, assume a função de estímulo. Ainda assim, os motivos formadores de sentido ocupam uma posição superior hierárquica, em relação aos demais (LEONTIEV, 2021). A partir destas considerações e compreendendo o processo de formação da personalidade, sua relação com a atividade e as estruturas que a compõem, se avança para a compreensão dos processos de alteração e de desintegração desta estrutura, conforme proposto por Zeigarnik na Patopsicologia.

Por tudo que foi dito até aqui, se compreende que a alteração na atividade influenciará no modo de vida do sujeito, tendo impacto na sua consciência e na sua personalidade e, como consequência, na estrutura psíquica como um todo. Isso acontece em função do caráter sistêmico que as funções possuem, de forma que a alteração ou a desorganização de uma função interfere no funcionamento das demais (SILVA, 2020; SILVA; TULESKI, 2015).

Para Zeigarnik (1979), a análise das alterações psíquicas deve considerar sempre a personalidade dos sujeitos, visto que o sofrimento psíquico provoca alterações na sua estrutura, modificando as necessidades e as características afetivo-volitivas. Pelo exposto, a personalidade, na sua relação com a atividade, é uma categoria central e ponto de partida para a compreensão do processo de sofrimento psíquico. A respeito das modificações patológicas da personalidade, a autora infere que,

É, pois, estudando os motivos alterados, que é possível compreender a atividade e, conseqüentemente, a personalidade do sujeito adoecido (ZEIGARNIK, 1979, 1981). Ainda que a atividade e a alteração da necessidade e da hierarquia dos motivos sejam as principais explicações para o processo de sofrimento psíquico, Zeigarnik destaca ainda outras duas alterações, relacionadas aos sentidos e ao autocontrole do comportamento (SILVA, 2014).

O motivo tem como característica a relação entre as funções de significação e de motivação, e são essas as funções – incitadora e significadora – que configuram a atividade humana como conscientemente regulada. Deste modo, a modificação dessas funções repercute na alteração da atividade. Em alguns casos, esse processo tem como consequência a debilitação da função significadora que faz com que o motivo se torne apenas conhecido, perdendo sua força motivadora.

Em outros, ainda que o motivo mantenha de certa forma essa força, ocorre um estreitamento no círculo de formações significativas, de modo que muito do que antes tinha sentido para o sujeito, como o trabalho, os amigos e os estudos, deixa aos poucos de tê-lo. Esse processo repercute também na perda da força incitadora do motivo (ZEIGARNIK, 1981).

Almeida (2018) exemplifica esse processo citando os casos de depressão, no qual o motivo perde a função estimuladora, deixando de impulsionar a atividade. Neste processo, se observa a “[...] diminuição da energia (do estado de ânimo), o que decorre em uma diminuição no nível de atividade em geral. Ou seja, há uma negação desse motivo extrínseco, gerador de sofrimento, mas sem o advento de outro motivo que incite a atividade, levando a uma inação” (ALMEIDA, 2018, p. 349).

Dessa forma, a alteração dos motivos e da sua hierarquia implica na modificação da relação entre sentido e significado, visto que “o empobrecimento dos sentidos afeta diretamente os motivos da atividade, tornando-a impulsiva, isto é, precariamente mediada” (SILVA, 2020, p. 57).

Para Almeida (2018, p. 355), “os significados, e ainda mais os sentidos, se modificam, o que depende do modo como o motivo afeta a pessoa e, portanto, do sistema conceitual e das relações interpessoais”. Então, quando na sociedade de classes, grande parte dos sujeitos não têm perspectivas de futuro que contemplem seu desenvolvimento integral, não apenas seus motivos ficam limitados, como a própria formação de sentidos, visto que, ao mesmo tempo em que a atividade perde seu motivo, perde também o sentido.

Em alguns casos, a perda de sentido dos motivos da atividade pode inclusive levar a perda do sentido da própria vida (ZEIGARNIK, 1981; ALMEIDA, 2018). Para que a atividade ocorra, é necessário que um dos motivos assuma uma função capaz de gerar sentido para o sujeito. Todavia, quando o motivo perde essa função, ocorre um empobrecimento da atividade, não possibilitando a formação de novos motivos. Assim, a atividade pode se desenvolver de forma desorganizada ou mesmo deixar de ocorrer (ZEIGARNIK, 1981; ALMEIDA, 2018).

Silva e Tuleski (2015, p. 214) afirmam que “o processo de adoecimento psíquico faz com que os processos já formados dos motivos e necessidades sejam destruídos como também incide na formação de novos motivos (patologicamente alterados) e de novas propriedades e características da personalidade”. Também, o processo de adoecimento mental, decorrente da alteração da estrutura da atividade humana, faz com que os motivos percam sua função de criar significados e dar sentido pessoal à atividade humana, como alteram a função de autocontrole do comportamento (SILVA; TULESKI, 2015).

Silva (2022) complementa que a alteração do sentido crítico altera toda a atividade, na medida em que torna o sujeito incapaz de agir de forma consciente, controlada e premeditada, adequando o comportamento à realidade. Em algumas pessoas essa falta de senso crítico pode se expressar de forma que fiquem mais desinibidas, em outras, inativas. A perda da possibilidade de autorregulação do comportamento, dificulta a compreensão da relação entre os fatores externos e os processos internos. Neste sentido, a perda ou a diminuição do controle do comportamento é uma das consequências da desintegração e da desorganização psíquica, as quais em função da redução da mediação nos processos volitivos.

Dessa forma, nos processos de desintegração pode haver o predomínio das funções psíquicas na sua forma mais elementar, visto que a transformação para as formas mais desenvolvidas acontece sem que as primeiras deixem de existir, mesmo no caso de sujeitos não adoecidos (SILVA, 2020). A partir das concepções de Zeigarnik (1981), Silva (2021) infere que o adoecimento pode implicar não só em desintegração, como também em desorganização do psiquismo.

Enquanto na primeira situação pode ocorrer o desaparecimento de alguns processos psíquicos, no caso da desorganização, os processos, apesar de preservados, estão alterados, implicando desta forma, na dificuldade no autocontrole do comportamento, pelos indivíduos. Ainda que compreenda ser necessário mais estudos para compreender a ocorrência das alterações e das situações em que acontecem, a autora acredita que “a desorganização ocorre em patologias de menor gravidade e/ou ainda quando não estão em estado crônico, como em transtorno de humor; e a desintegração em casos mais graves de esquizofrenia ou transtornos neurodegenerativos” (SILVA, 2021, p. 238).

Silva (2022) destaca que quando a atividade vital se encontra alienada, as possibilidades de humanização e de desenvolvimento ficam limitadas. Ocorre o distanciamento dos sujeitos do desenvolvimento do gênero, alienando-o de sua essência e impedindo-o de se desenvolver em suas máximas possibilidades. Nesta perspectiva, o ritmo e o curso do desenvolvimento das funções psicológicas superiores e, portanto, da própria personalidade de cada sujeito, dependendo das 98 condições concretas de vida, podem não ocorrer de forma plena.

Essa sociedade é marcada por princípios individualistas, de competitividade e de meritocracia, com aceleração do ritmo de vida, fragilização dos vínculos sociais e diminuição do tempo para restauração. Para Ratner (1995), práticas sociais destrutivas confundem, despersonalizam, desprezam e amedrontam pessoas, despojam-se do apoio e da estabilidade necessários, questionam veracidade de suas ações e percepções, colocam-nas em situações



contraditórias insustentáveis, coagem-nas a atividades não desejadas, corroem sua autoconfiança e interferem em seus poderes de raciocínio.

Nota-se, portanto, que esses valores de sociedade intensificam os processos de alienação, uma vez que a alienação é a consequência, mas também a causa. Ademais, esses valores, ao serem internalizados pelos sujeitos, orientam a forma como ele se relaciona com o mundo, gerando luta, angústia, sofrimento e desarticulação na tentativa de superar essa realidade.

Como consequência, os processos alienantes e desunamizadores produzem a cisão e a fragmentação do indivíduo. Tal processo limita as possibilidades de desenvolvimento da consciência, alterando os motivos, as necessidades e a própria personalidade dos sujeitos (SILVA, 2020). Considera-se, desta maneira, que a alienação, produzida na sociedade de classes, torna-se motivo da desintegração da consciência e da personalidade. Destaca-se, novamente, que alienação não é sinônimo de sofrimento, ainda que esteja presente de forma significativa nestes casos.

Além disso, ainda que de forma contraditória e precária, o desenvolvimento continua acontecendo em condições de alienação. O mesmo não acontece nos processos de sofrimento psíquico, em que a estagnação do desenvolvimento é vivida de forma mais intensa e paralisante (ALMEIDA, 2018)

Diante destes pressupostos, se entende que o sofrimento é vivenciado de forma muito particular por cada sujeito, enquanto resultado da sua história de vida pessoal, somado a história social, de acordo com as condições concretas em que vive. Deste modo, Almeida (2018) infere que os transtornos de humor têm sua gênese nesta relação, na qual estão imbricados fatores como a aceleração e a intensificação da vida, sem espaços de restauração.

Além da unidade biológico-social da personalidade, na qual ocorrem alterações das hierarquias dos motivos e das atividades. Essas considerações embasam a necessidade de não se analisar o sofrimento e sua relação com as alterações na personalidade de forma isolada, desconsiderando o indivíduo na sua totalidade, visto que esse processo é socialmente determinado.

Por essas considerações, se verifica que, embora todos os sujeitos sofram de alguma maneira, nem todos adoecem, isso porque, apesar das adversidades e das contradições da atividade, alguns indivíduos conseguem lidar ou suportar o sofrimento. Sob condições de alienação, do ponto de vista psicológico, “[...] o sujeito luta contra a sua objetificação, contra a anulação da sua autonomia e autoria” (MARINO FILHO, 2020, p. 81).

Ao se perceber incapaz de superar a situação e na tentativa de manter a integridade do seu sistema psicológico e/ou orgânico, o sujeito age na tentativa de negar, modificar e/ou acabar com a situação que o ameaça. Na busca por alternativas, se constata movimentos de tentativa de diálogo, argumentação, novas ideias ou ainda uso de força física. Quando essas alternativas não funcionam, podem ainda ser utilizados os recursos de fuga ou a construção de uma nova realidade. Não funcionando nenhuma das alternativas, o sofrimento pode se transformar em adoecimento (MARINO FILHO, 2020).

Então, ao mesmo tempo em que esse modelo de sociedade produz alienação e sofrimento psíquico, também cria mecanismos nos quais os sujeitos que não conseguem reagir da mesma forma são individualmente responsabilizados pela não adequação às exigências, aumentando o sentimento de culpa, de desesperança, de impotência e, conseqüentemente, de sofrimento.

Em síntese, a Patopsicologia Experimental fornece elementos para que seja possível compreender os processos de sofrimento psíquico a partir da análise da atividade do sujeito, do seu comportamento e da relação com o meio em que vive. Isto é, enquanto resultado da formação de necessidades e de motivos patológicos, da alteração da hierarquia dos motivos, da perda de sentido e da diminuição da autorregulação do comportamento.

Nesse processo de transformação social e emancipação que advogamos, reforçamos a importância da educação. Frente a estas considerações, se entende que as alterações na atividade tem impacto na personalidade, da mesma forma que, dialeticamente, as alterações na personalidade, ao modificarem as necessidades, os motivos e os interesses do sujeito, interferem na forma como ele se relaciona com o mundo. Dito isso, se parte para a compreensão de como esse processo ocorre nos estudantes universitários de medicina e a relação que ele estabelece com os processos de ensino-aprendizagem, objetivo deste estudo.

### 2.3 O SOFRIMENTO PSÍQUICO, O DISCENTE E A TEORIA HISTÓRICO-CULTURAL: REVENDO PRODUÇÕES CIENTÍFICAS

O sofrimento psíquico em acadêmicos tem sido investigado por diversos pesquisadores em diversas áreas e em diferentes abordagens há algum tempo. Além disso, essas investigações tem sido restrita a grupos específicos de universitários ou generalizada a todos os discentes do ensino superior. Percebemos que muitas vezes, pela falta de definição clara do objeto pesquisado, a investigação e discussão torna-se ora vazia de sentido claro, ora demasiadamente

generalista ou até estigmatizadora. O interesse pelo sofrimento psíquico tem sido nosso motriz há algum tempo, mas com objeto claro: o sofrimento psíquico do acadêmico frente aos estigmas do curso e do papel profissional emergido na sociedade capitalista.

Nosso empenho neste assunto surgiu por diversos motivos, primeiro, como docente, na qual evidenciamos muitas vezes, a partir da percepção empírica, o sofrimento psíquico discente. Questões estas que estão para além da aparência, estão contidas na gênese, na essência, que são de cunho histórico, cultural, social. Seria ingênuo retirar, dissociar ou transferir para outro departamento de estudo e de análises a história e a cultura de uma profissão e sua formação em um processo que forma o indivíduo e também (e por ele) forma-se o coletivo, que permeia, que transforma, que transforma-se e é transformado ao longo dos anos.

Partimos da máxima que herdado cultural infere diretamente na saúde mental do indivíduo no período acadêmico e conseqüentemente em sua vida profissional. E sendo assim, concordamos (quase que em redundância) que os processos de adoecimento mental superam a compreensão do ser individual e implicam na compreensão do ser universal, que é tanto biológico e também social, e mais que isso, constituído histórico-culturalmente em caráter monista, que contrapõe o dualismo, a separação entre biológico e social, mas que entende a superação do biológico pelo social, a formação social de mente, já diria Vigotski.

Na futura sociedade, a psicologia será, na verdade, a ciência do homem novo. Sem ela, a perspectiva do marxismo e da história da ciência seria incompleta. No entanto, essa ciência do homem novo será também psicologia (VIGOTSKI, 1996, p. 311).

Neste primeiro momento apresentamos alguns dados referentes às produções que apresentaram o descritor sofrimento psíquico discente e quantas destas utilizaram para análise e discussão dos dados o aporte teórico metodológico da Teoria Histórico-Cultural.

Realizamos esta pesquisa no Catálogo de Teses e Dissertações da Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) com o intuito de selecionar os estudos realizados em âmbito acadêmico (Stricto Sensu) sobre o fenômeno de sofrimento psíquico entre os universitários, utilizando-se as palavras-chave: "Sofrimento Psíquico" e "Discente". Utilizamos os filtros disponíveis no banco de dados, selecionando dentro do campo "Grande área de Conhecimento" somente as produções inseridas em "Ciências Humanas", e dentro dos campos "Área de Conhecimento", "Área de Avaliação", "Área de concentração" e "Nome do Programa" selecionamos somente as opções "Educação" e "Psicologia". Não realizamos recorte temporal devido a limitação nos achados.

Como critério de inclusão selecionamos inicialmente títulos que contivessem os termos "sofrimento psíquico" ou suas variantes "adoecimento psíquico", "saúde mental", "adoecimento mental" ou ainda termos sugestivos como "Ansiedade", "Suicídio", "Transtorno mental", "qualidade de vida", "situações vivenciadas" selecionando 38 títulos. Depois destes títulos selecionados, restringimo-nos aos títulos que sugerissem pesquisas envolvendo "universitários" ou "estudantes do ensino superior" ou "acadêmicos". Excluímos todos os textos que se tratavam de sofrimento psíquico em alunos do ensino superior com deficiências físicas, mentais ou qualquer outra condição especial.

Por fim, averiguamos as teses e dissertações que tiveram sua publicação na íntegra e em PDF, normalmente inseridas no portal da universidade vinculada. Vale esclarecer que este banco de dados traz somente Teses e Dissertações realizadas em universidades brasileiras (públicas ou privadas).

Recorremos a vinte e três (23) trabalhos: dezessete (17) dissertações e seis (6) teses. Apresentando-os sumariamente, quanto à abordagem metodológica para coleta e interpretação dos dados, cinco (5) foram descritas em seu resumo como qualitativas e seis (6) foram elaborados e definidos com abordagem quantitativa e análise dos resultados a partir de dados estatísticos. Duas (2) pesquisas não citaram a abordagem metodológica para coleta de dados e não possuem apoio epistemológico/filosófico para análise dos dados.

Acerca dos instrumentos utilizados para coleta dos dados, todas as pesquisas quantitativas utilizaram questionários e/ou escalas e testes. As pesquisas referidas com caráter qualitativo ou com alguma base teórico-filosófica de interpretação dos fenômenos investigados utilizaram majoritariamente entrevistas, sendo que seis (6) buscaram somente esse recurso para análise. Outra forma de coleta de dados utilizada em quatro (4) trabalhos foi roda de conversa proposta isoladamente ou conjuntamente com outras ferramentas.

Quanto ao aporte teórico, sete (7) trabalhos descreveram seu método de pesquisa fundamentada na THC, contudo, destas, somente uma (01) dissertação possui o descritor "Sofrimento psíquico" no título (VERAS, 2017) (Tabela 1).

**Tabela 1 - Relação de teses e dissertações com o tema Sofrimento Psíquico entre discentes do ensino superior**

	<b>TÍTULO</b>	<b>AUTOR E ORIENTADOR (RESPECTIVAMENTE)</b>	<b>TIPO</b>	<b>ANO</b>
1	Não iguala e ainda diferencia: as implicações do programa de apoio ao estudante da universidade federal de mato grosso do sul na consciência dos acadêmicos	SOUZA, Ana Lucia Martins De; LEÃO, Inara Barbosa.	Dissertação	2014

2	Sentidos e significados da reprovação para estudantes universitários do Amazonas'	SILVA, Juliana De Lima Da; SOUZA, Ana Maria De Lima.	Dissertação	2016
3	A medicalização do sofrimento psíquico: uma análise sob a perspectiva da teoria da subjetividade	VERAS, Mariana Dos Reis; GONZÁLEZ REY, Fernando Luís.	Dissertação	2017
4	Atuação da psicologia escolar frente à atologização e medicalização da educação superior	CHAGAS, Julia Chamusca PEDROZA, Regina Lúcia	Tese	2018
5	Significados e sentidos do acesso e permanência no ensino superior: um estudo com alunos cotistas a partir da teoria histórico-cultural'	SOUZA FILHO, Edmundo Fernandes; MARTINS, Edna.	Dissertação	2018
6	A vivência da escolha profissional para universitários de natal-rn que desistiram de seus cursos'	FERREIRA, Ana Paula De Araujo; FALCÃO, Jorge Tarcisio Da Rocha.	Dissertação	2018
7	A construção da identidade profissional dos alunos de enfermagem: um estudo à luz da abordagem histórico-cultural	LIMA, Rogério Silva; GONÇALVES, Marlene Fagundes Carvalho.	Tese	2019

Fonte: original da pesquisa (2022)

Na verdade, vale salientar que entre os trabalhos encontrados à luz da Teoria Histórico-Cultural à respeito do sofrimento psíquico discente, somente um tem o "Sofrimento psíquico" como objeto de pesquisa bem esclarecido, a citar "A medicalização do sofrimento psíquico: uma análise sob a perspectiva da teoria da subjetividade", de Mariana Dos Reis Veras (2017) sob a orientação do próprio Fernando Luís González Rey. Ainda assim, este trabalho é pautado em um braço da Teoria Histórico-cultural, a Teoria da Subjetividade, defendida pelo orientador supracitado. Os demais estudos encontrados apresentam em seu escopo o sofrimento psíquico apenas como alguma unidade de análise dentro dos resultados ou somente citam o sofrimento no percurso das discussões.

Os demais trabalhos apresentam essa unidade de análise dentro dos resultados ou somente citam o sofrimento no percurso das discussões. Na busca pela adoção da Teoria Histórico-Cultural como aporte teórico, localizaram-se outros estudos relacionados à educação, fato que demonstra a aplicação e a relevância da THC para a compreensão do desenvolvimento humano e da educação escolar.

No momento das análises, apresentamos os trabalhos encontrados que citam ou analisam algum aspecto do sofrimento psíquico, ainda que indiretamente, à luz da Teoria Histórico-Cultural. Inicialmente, fazemos considerações a respeito dos resumos destes e em seguida selecionamos dois trabalhos, cujo tema realmente se aproxima do objeto deste estudo: "sofrimento psíquico discente" a fim de inteirar-nos integralmente de sua produção à partir da

leitura de todo o material. Não pretendemos esgotar nestas poucas linhas toda a complexidade dos trabalhos, apenas esboçar uma análise crítica parcial enquanto leitores sobre o tema e sua abordagem.

O primeiro trabalho identificado foi desenvolvido por Souza (2014) que realizou estudo aonde procurou analisar se a participação no Programa de Apoio ao Estudante da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul é fator de desenvolvimento da consciência dos acadêmicos. Seu trabalho apresenta como base teórica para análise e discussões os pressupostos da Teoria Psicológica Sócio-Histórica, desenvolvida por L. S. Vigotski, de orientação Materialista Histórico-Dialética. Como instrumento para coleta de dados e Análise de Conteúdo realizou o Grupo Focal com os estudantes. Discorre que seu estudo foi sobre a Educação, sobre a constituição histórica da universidade no Brasil e sobre os determinantes externos e internos que atuam sobre essa instituição no país. Nessa afirmação contida no resumo sugere que são estes os objetos ou unidade de análise. Em seu resumo, a autora traça ainda uma síntese explicativa e crítica da importância das determinações sociais e das significações para a constituição da identidade dos sujeitos particulares e também da identidade do grupo de estudantes que participam do Programa de Apoio ao Estudante (SOUZA, 2014).

O estudo feito por Veras (2017) objetivou compreender as produções subjetivas relacionadas ao processo de medicalização do sofrimento psíquico a partir do referencial teórico da Teoria da Subjetividade, postulada por González Rey (2003). Esclarece o motivo de escolha desta abordagem, por tratar-se de uma alternativa aos modelos hegemônicos atuais de atenção à saúde na compreensão complexa das questões implicadas nos processos de saúde e doença, a partir da concepção de subjetividade em uma perspectiva histórico-cultural. Relata ainda que utilizou de um estudo de caso por meio de sistemas conversacionais e complemento de frases e que a análise das informações foi apoiada na Epistemologia Qualitativa em caráter singular e dialógico. Apesar de esse trabalho tratar exatamente do sofrimento psíquico, não optamos por analisá-lo na íntegra porque se trata de uma abordagem teórica específica, Teoria da Subjetividade, da qual não temos aprofundamento teórico para discutir.

Em trabalho realizado por Souza Filho (2018), objetivou-se compreender os significados e sentidos atribuídos por professores e estudantes sobre o acesso e permanência de alunas e alunos negros cotistas na universidade pública. Os instrumentos utilizados foram entrevistas semiestruturadas com seis alunos negros e três docentes. Tanto em seu título quanto no resumo, o autor apresenta como referencial teórico a Psicologia Histórico-Cultural (a partir de Vigotski e colaboradores). Seu resumo traz uma síntese das análises dos resultados e das

discussões acerca da desintegração entre o significado e sentido pessoal atribuído às atividades pesquisadas, tanto ao discente quanto ao docente e propõe o incentivo à atividade coletivas e enfrentamento ao racismo. Conforme formação textual do resumo, percebe-se vínculo com fundamentação teórico-metodológica, tanto na aplicação do método quanto na reflexão dialógica dos resultados.

A pesquisa realizada por Ferreira (2018) buscou compreender os processos singulares de escolhas acadêmico-profissionais e de evasão das graduações a partir da teoria da psicologia histórico-cultural de Vigotski. Propôs ainda, segundo a autora, perceber se essas vivências repercutiram em desenvolvimento das Funções Psicológicas Superiores. Caracterizou o estudo como uma pesquisa clínico-interpretativa. Em seu resumo traz as abordagens de alguns conceitos utilizados em seu trabalho no tocante a produção e discussão dos dados, como vivência e colisões dramáticas.

Relata ainda utilizar o conceito teórico de “poder de agir”, da Clínica da Atividade. Relata o instrumento utilizado, no qual foram realizadas sete entrevistas individuais, definido por ela clínica acolhedora. A pesquisadora relata que o diferencial deste estudo foi vislumbrar o fenômeno da evasão universitária sob a ótica do desenvolvimento das Funções Psicológicas Superiores. Em seu resumo não esclarece o objeto. O diálogo entre metodologia, análise de resultados e discussão/reflexão parecem acordar com a fundamentação teórico-metodológica adotada.

Em pesquisa produzida por Lima (2019) procurou analisar a construção da identidade profissional de enfermeiros pelos alunos de graduação no percurso de sua formação. Em seu resumo, esclarece que tratou-se de pesquisa de abordagem qualitativa, analítica, fundamentada nos pressupostos do referencial histórico-cultural, realizados com 23 participantes dos últimos períodos de enfermagem a partir de entrevistas individuais orientadas por roteiro semi-estruturado. Relata que utilizou a Análise Temática para construção do conhecimento, resultando em quatro temas com alguns subtemas que descreve também em seu resumo, incluindo um tema Relações que levam ao sofrimento e à crise. Traz já no resumo um escopo de suas reflexões e análises dialéticas mas não deixou claro, pelo menos à nós, qual problema da pesquisa ou qual o fenômeno que precisa ser discutido e confrontado para que haja superação.

A Teoria Histórico-Cultural, que já colabora com a compreensão e a explicação de diferentes fenômenos ligados à educação, é fundamental para a compreensão do fenômeno sofrimento psíquico neste ambiente, ainda tão pouco explorado e, portanto, carece de maior

empenho por parte dos pesquisadores para o alavanque desse aporte metodológico com o propósito de compreensão da essência motivadora do sofrimento psíquico.

Pelo levantamento das produções, verificamos o objetivo e as considerações dos pesquisadores a respeito da escolha da THC como fundamentação teórica para a compreensão de diversos fenômenos e objetos de estudo relacionados aos processos de sofrimento, adoecimento e desgaste à qualidade de vida, bem como a emergências das patologizações, medicalizações, formas de resistência e enfrentamentos, calcados nos conceitos do desenvolvimento das funções psíquicas superiores, teoria da atividade e relação de trabalho e competitividade na sociedade capitalista.

Dentre as investigações analisadas, os estudos acerca da compreensão dos sentidos e significados abordados pela THC se destacaram em relação aos demais conceitos tratados por Vigotski.

O sentido de uma palavra é a soma de todos os fatos psicológicos que ela desperta em nossa consciência. Assim, o sentido é sempre uma formação dinâmica, fluída, complexa, que tem várias zonas de estabilidade variada. O significado é apenas uma dessas zonas do sentido que a palavra adquire no contexto de algum discurso e, ademais, uma zona mais estável, uniforme, exata. Como se sabe, em contextos diferentes a palavra muda facilmente de sentido. O significado, ao contrário, é um ponto imutável que permanece estável em todas as mudanças de sentido da palavra em diferentes contextos (VIGOTSKI, 2008, p. 125).

Silva (2016) buscou analisar a atribuição de sentidos e significados para reprovação e sua relação com a atividade de estudo a partir das experiências de estudantes universitários de diversos cursos de uma instituição pública do Amazonas. Sua pesquisa utilizou como teoria principal para as discussões a Psicologia Histórico-Cultural, representada por Vigotski e seus seguidores, principalmente no que se refere à aprendizagem e desenvolvimento humano. Como teoria auxiliar utilizou a Pedagogia Histórico-Crítica de Saviani e colaboradores.

No resumo, ela esclarece que a coleta dos dados foi dividida em duas fases, sendo que na primeira foi elaborado e aplicado um questionário contendo perguntas de múltipla escolha e perguntas dissertativas. A segunda fase se deu por meio de entrevista semiestruturada. Ela observa ainda que o processo de análise se deu por categorias descritivas de análises e que as categorias não são suficientes para chegar a essência do fenômeno da reprovação, sendo necessário a criação de Unidades de Análise, a fim de transformar o concreto real em concreto pensado.

Esclarece a Psicologia Histórico-Cultural como teoria principal deste estudo por sua relevância social, cujo referencial do Materialismo histórico-dialético melhor condiz com um posicionamento político voltado para a mudança social, assim como a Pedagogia Histórico-



Crítica, que foi utilizada em suas discussões a partir das obras de Saviani (2001). Discursa ainda que seria um equívoco tentar analisar os fatos minimizando qualquer efeito político e social, tendo em vista que ao realizar uma mediação adequada entre o estudante e o capital cultural que o cerca, o professor atua como um agente social e o estudante tornar-se uma parte ativa da sociedade.

Na busca dos sentidos e significados para a reprovação, apresentado pela autora a partir dos Percursos Metodológicos, ela inicialmente expõe os participantes da pesquisa, seguindo-se de um primeiro exercício de interpretação dos dados, por meio da construção de Categorias Descritivas de análise dos dados, bem como sua interpretação e explicação por meio de duas unidades de análise, cuja quais apresentam ainda abstrações auxiliares.

Retoma Vigotski (1995) salientando que ao se estudar fenômenos psicológicos ou as funções psicológicas superiores é preciso considerar as unidades que compõem um todo e carrega consigo parte dele, não sendo algo puro, sem ligação com a realidade concreta em que está inserido, Assim, a atribuição de sentido e significado não pode ser vista como algo isolado e sim como algo que sofre influências diversas.

A unidade de análise "Atividade de Estudo no Ensino Superior" tem como abstrações auxiliares: Motivos Eficazes e Motivos Compreensíveis para a atividade de estudo; Ações praticadas na Atividade de Estudo e Contexto de escolha da Atividade de Estudo. A segunda unidade de análise denomina-se Reprovação no Ensino Superior e tem como abstrações auxiliares: Motivos para a reprovação e Consequências da reprovação. Silva (2016) explica ainda que para chegar à atribuição de sentido e significado da reprovação no ensino superior primeiro é necessário compreender os motivos para a atividade de estudo e posteriormente a situação da reprovação ou reprovações em si, ou seja, suas causas e consequências.

Ao final, a pesquisadora traça comentários gerais sobre as análises a partir das duas unidades categorizadas. No tocante a primeira unidade de análise "Atividade de Estudo no Ensino Superior", ela conclui que para os estudantes é muito importante para eles obter uma formação que lhes possibilite tornarem-se bons profissionais e atribuam sentidos a esta atividade. Contudo suas experiências pedagógicas vividas não foram tão eficazes e satisfatórias. "Se quisermos analisar a atribuição de sentido pessoal a qualquer atividade, é necessário encontrar os motivos dessa atividade e quais são as ações que correspondem a esta atividade" (ASBAHR, 2011, p.117).

Na segunda unidade de análise "Reprovação no Ensino Superior" ela conseguiu evidenciar que os estudantes atribuem a si mesmos a responsabilidade pela reprovação,

contudo, ela considera que os motivos e as consequências do insucesso na disciplina estudada tem sua gênese na perspectiva pedagógica em que estão inseridos os participantes. Assim, os sentidos construídos em decorrência da reprovação estão relacionados as etapas que constituem a avaliação da aprendizagem praticada na Pedagogia Tradicional.

Nossas reflexões a respeito dos trabalhos que tratam do sofrimento e adoecimento psíquico discente, a partir do referencial da teoria histórico-cultural são bastante escassos, por isso, não se busca esgotar o tema, mas fornecer alguns elementos iniciais para a compreensão desse fenômeno e que auxiliem no alcance do objeto de pesquisa. Aludimos, por fim, que é necessário compreender o processo de formação e de estruturação da personalidade na sua relação com a atividade e a estrutura motivacional. Além das alterações da personalidade, também são analisadas as implicações das circunstâncias sociais para o sofrimento psíquico.

Compreendemos que a Teoria Histórico-Cultural, concebe não apenas a educação, mas também o educador e o educando como protagonistas de um processo essencial para transformação da/na vida humana. Cabe-nos desvendar as causas de adoecimento e sofrimentos desses atores sociais, o que iniciaremos brevemente nos tópicos a seguir. Cabe-nos ainda questionar as ações que adoecem e propor o entendimento e superação destas. É nossa responsabilidade enquanto cientistas educacionais tornar a educação mais humana.

Não serei o poeta de um mundo caduco  
Também não cantarei o mundo futuro  
Estou preso à vida e olho meus companheiros  
Estão taciturnos mas nutrem grandes esperanças  
Entre eles, considero a enorme realidade  
O presente é tão grande, não nos afastemos  
Não nos afastemos muito, vamos de mãos dadas

Não serei o cantor de uma mulher, de uma história  
Não direi os suspiros ao anoitecer, a paisagem vista da janela  
Não distribuirei entorpecentes ou cartas de suicida  
Não fugirei para as ilhas nem serei raptado por serafins  
O tempo é a minha matéria, o tempo presente, os homens presentes  
A vida presente

(Mãos Dadas, Carlos Drummond de Andrade, publicado no livro Sentimento do Mundo, 1940)

## CAPÍTULO III - ITINERÁRIO INVESTIGATIVO

### 3.1 QUEM É NOSSO ALUNO?

Por mais estranho e paradoxal que pareça, à primeira vista, é precisamente a prática, como princípio construtivo da ciência, que exige uma filosofia, ou seja, uma metodologia da ciência (VIGOTSKI, 1996, p. 345)

Nesse tópico esclarecemos nosso caminho metodológico, as fases, estratégias, instrumentos e eixos de análise imediatamente junto aos resultados, no intento de tornar mais visível nosso itinerário investigativo e procurando manter a articulação com o referencial teórico. Pretendemos conservar-nos consonantes aos princípios da Teoria Histórico-cultural e apresentar uma pesquisa que considere o problema e o método conjuntamente e que se atente às questões universais, singulares e particulares, conforme afirma Vigotski:

Qualquer ciência chega, mais cedo ou mais tarde, o momento em que deve ter consciência de si mesma como um conjunto, compreender seus métodos e trasladar a atenção dos atos e fenômenos aos conceitos que utiliza (VIGOTSKI, 1996, p. 229).

Posto isso, podemos apresentar nossa pesquisa como um estudo do sofrimento psíquico como um processo em movimento de subjetividade singular contida na objetividade da vida social concreta, e também como uma pesquisa explicativa, pois busca analisar de forma indireta, em sua essência, tal fenômeno. Ademais é crítica e dialética visto que se propõe analisar os processos psíquicos automatizados e mecânicos encarando o fenômeno como histórico e social:

Substituir a análise estrutural e funcional, incapaz de abarcar a atividade em seu conjunto, pela análise interfuncional ou por sistemas, baseada na análise das conexões e relações interfuncionais, determinantes de cada uma das formas de atividade (VIGOTSKI, 1995, p. 139).

Tomando as palavras de Vigotski (1996), face à complexidade do saber científico e do nosso objeto, como ponto de partida para a apresentação dos caminhos da pesquisa, precisamos reiterar o seu alicerce teórico metodológico, tanto para a elaboração do itinerário investigativo, quanto para a construção do pensamento de análise e discussão e que aqui tratamos sumariamente de reconhecer as contradições da formação médica que desencadeia sofrimento e adoecimento psíquico discente numa trama de relações sociais, historicamente construídas.

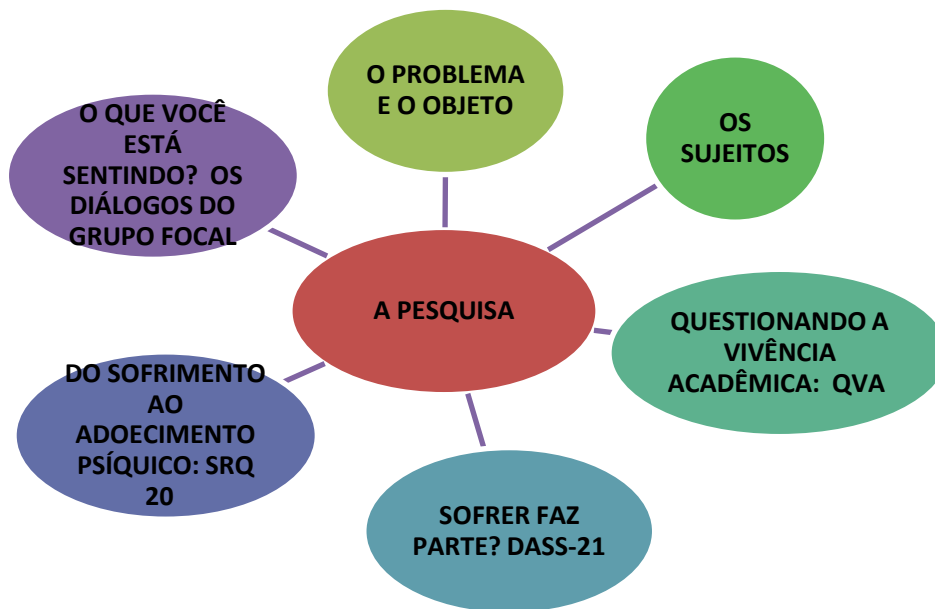
Ressalta-se ainda que, nessa abordagem, os fenômenos psicológicos devem ser compreendidos a partir da análise das unidades, decompostas da totalidade complexa. Segundo Vigotski (2020, p. 8), a unidade é compreendida como “um produto da análise que, diferente dos elementos, possui todas as propriedades que são inerentes ao todo e, concomitantemente, são partes vivas e indecomponíveis dessa unidade”. Contudo, ainda que ela contenha as propriedades do todo, não substitui a análise da totalidade.

Partindo destes pressupostos, sendo esta uma pesquisa em educação e que analisa processos psicológicos, a faremos pelo que se denomina de “método inverso”, ou seja, a essência do fenômeno é compreendida a partir da análise da forma mais desenvolvida identificada desse fenômeno. E, como esse modo não está dado de forma imediata, é preciso que haja a mediação das abstrações, pois “trata-se do método dialético de apropriação do concreto pelo pensamento científico através da mediação do abstrato” (DUARTE, 2001, p. 84).

Pretendemos trazer a análise do objeto começando do real e pelo concreto e, a partir do avanço das análises, chegar aos conceitos e as abstrações, segundo o método materialista histórico - dialético. Para essa concepção, o conhecimento científico é “o conhecimento do concreto, que constitui a realidade, mas que não se oferece imediatamente ao pensamento: deve ser reproduzido por este e só - a viagem de modo inverso - permite esta reprodução” (NETTO, 2009, p. 22).

Apresentamos essas linhas introdutórias no intento que de algum modo vá se tornando claro os moldes da investigação e o viés das análises e discussões empenhadas, visto que, conforme Grass (2017) para estabelecer a relação entre o objeto e o método será necessário definir os aspectos centrais do objeto de estudo e em consequência, definir os aspectos principais do método de pesquisa que apresentamos a seguir. Na Figura 2, dispomos o mapa organizacional deste capítulo:

**Figura 2** - Mapa organizacional da pesquisa



Fonte: organizado pela própria autora (2022)

### 3.2 O PROBLEMA E O OBJETO

A elaboração do problema e do método se desenvolvem conjuntamente, ainda que não de modo paralelo. A busca do método se converte em uma das tarefas de maior importância na investigação. O método, nesse caso, é ao mesmo tempo premissa e produto, ferramenta e resultado da investigação (VIGOTSKI, 1995, p. 47).

Quais fenômenos entremeiam, facilitam e comportam o sofrimento e adoecimento psíquico no aluno de Medicina?

Seguindo as bases da Teoria Histórico-Cultural (GRASS, 2017; VIGOTSKI, 1996) este caminho que planejamos pretendeu nos levar diretamente à concepção teórica que assumimos, e sendo assim, constituímos o corpo teórico de partida, a partir do qual estabelecemos o problema, as hipóteses de trabalhos e os questionamentos derivados no próprio processo, isto por que:

Na perspectiva que nos ocupa, resulta imprescindível uma adequação e ajuste entre as ideias sobre o desenvolvimento psíquico, desenvolvimento da personalidade e o método adotado para elucidar os mecanismos gerais e específicos que o sustentam, em estreita relação com as leis e princípios que definem a essência dos fenômenos e processos estudados (GRASS, 2017, p. 201).

Na tentativa de responder tal indagação, alguns outros aspectos serão discutidos, como: Em qual meio sociocultural estes discentes estão inseridos? Qual a percepção e as características pronunciadas deste sofrimento psíquico? E ainda, como as vivências dentro e fora do âmbito escolar, o meio sociocultural hegemonicamente capitalista e os paradigmas acerca da profissão médica podem influenciar no sofrimento psíquico deste aluno?

### 3.3 INSTRUMENTOS UTILIZADOS

#### 3.3.1 IDENTIFICAÇÃO DO EXTERNO

Os instrumentos para as coletas de informações locais que permitiram o vislumbre do fenômeno na aparência e em contexto específico espaço e temporalmente compuseram a primeira fase da pesquisa e foi realizado mediante o preenchimento dos questionários: SRQ 20 – Self Report Questionnaire (ANEXO A); Teste DASS 21 de Escala De Depressão, Ansiedade E Estresse (ANEXO B), Questionário De Vivência Acadêmica - QVA-R (ANEXO C), além da caracterização socioeconômica e cultural dos Discentes do Curso de Medicina através do questionário Sócio - Econômico - Cultural (ANEXO D) seguindo o Critério Padrão de Classificação Econômica (ABEP/BRASIL, 2019).

Este estudo atendeu às normas da Resolução 196/96 com as devidas alterações da Resolução CNS/MS 466/2012. O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS previamente ao início das coletas de dados. A pesquisa foi autorizada pela Instituição de Pesquisa (Centro Universitário de Mineiros - UNIFIMES) conforme Apêndices A e B, e todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) constituindo o grupo amostral. O TCLE está disposto no Apêndice C "Convite para a pesquisa e termo de consentimento livre e esclarecido ao aluno".

A escolha destes questionários e escalas enquanto instrumentos de pesquisa se fizeram, primeiramente, pela validação destes em âmbito internacional e também por apresentarem afinidades em suas abordagens que são pertinentes ao tema que pesquisamos. O segundo momento, em um meio investigativo mais complexo buscamos, a partir do diálogo, desnudar as nuances e contradições dos dilemas da formação médica, com a formação de dois grupos focais e um número limitado de acadêmicos.

### 3.3.2 APROPRIAÇÃO DO INTERNO

Desnudar a essência ficou a cargo do respaldo e do Método de análise da Teoria Histórico-Cultural. Realizamos ainda uma sequência de inventários bibliográficos estruturadas como Estado do Conhecimento que perpassou todas as fases da pesquisa, na qual realizamos a investigação sobre formação médica e suas inerentes contradições inter relacionadas ao processo de adoecimento e sofrimento psíquico discente ao longo da linha do tempo. É válido salientar que estes aspectos foram analisados quanto aos seus nexos teóricos e metodológicos e sua inserção no processo de pesquisa foi sendo realizada a partir dos temas que se tratavam.

O entendimento de que a educação pode transformar o sujeito, traz sua fundamentação no método materialista histórico dialético que dá sustentação à THC. Esse método trata das leis mais gerais do desenvolvimento da natureza, da sociedade e do pensamento humano, e a aplicação desse instrumental metodológico possibilita o educador apreender os fenômenos humanos e sociais mais verdadeiros na sua totalidade de existir e manifestar. Pois, devido ao psiquismo humano estar em constante transformação em função às suas interações com sua realidade social, que as determinações sociais, históricas e culturais que o constrói, sendo transformações qualitativas impostas ao psiquismo durante todo o processo de desenvolvimento ontogênico do ser humano (MARINO FILHO, 2007).

Partimos da premissa que as manifestações externas do comportamento têm um vínculo especial com os fenômenos psíquicos e conseqüentemente do sofrimento e adoecimento psíquico. Eles são interdependentes, embora qualquer manifestação externa não constitui um indicador exato do processo interno. Esta dinâmica remete à questão da relação entre as categorias: essência e aparência ou conteúdo e forma.

Primeiramente apresentamos o percurso investigativo teórico, como a estruturamos e de que forma articulamos a nossa pesquisa. Os tópicos a seguir contemplam a descrição dos instrumentos e juntamente os resultados obtidos por cada instrumento. De maneira que, após apresentar os dados em sua aparência, dialogamos com a literatura, apresentamos os estados do conhecimento que permite compreender o objeto em sua unidade e nas especificidades, e também nas generalizações em uma tríade coletivo-individual-coletivo e ponderamos as discussões críticas e reflexivas de compreensão do cérebro, da psique enquanto órgão social e político.



**Figura 3** - Mapa das etapas da produção de dados



Fonte: organizado pela própria autora (2022)

### 3.4 OS SUJEITOS: NOSSOS ALUNOS E SUAS PARTICULARIDADES

Neste momento da pesquisa, reforçando o nosso método de análise, crítica e dialética, nos apropriamos do conceito de Situação Social do Desenvolvimento, como a condição na qual se revela a relação entre a aparência e a essência que conduz ao surgimento de novas funções psicológicas; bem como, buscamos abarcar as características dos sujeitos da pesquisa de acordo com a periodização das formas culturais do comportamento como a expressão da complexa dinâmica das funções psicológicas superiores na realização da atividade predominante e do lugar que o sujeito ocupa nas relações sociais.

Pois bem, qual o contexto destes estudantes? Desenvolvemos a pesquisa em um Centro Universitário no interior do sudoeste Goiano, cujo grupo de estudo é uma amostra do alunado de Medicina. O Município em que desenvolvemos a pesquisa conta com duas Faculdades de Medicina, uma pública institucional com contrapartida financeira do aluno e outra particular. Ambas as Faculdades são recentes, tiveram seus primeiros egressos em 2021 e adotam a metodologia ativa para o ensino médico na qual utilizam a tutoria como ferramenta estruturante em currículos orientados por problemas (ABP ou PBL).

Desenvolvemos o projeto na Instituição pública supracitada, uma vez que é nela que tenho vivenciado a docência. Esta instituição teve seu primeiro vestibular para medicina no fim do ano de 2015 para o início das atividades no primeiro semestre letivo de 2016 e contava no período de realização da pesquisa (segundo semestre de 2020) com 359 acadêmicos de

Medicina divididos por semestres letivos: 2º período - 75 alunos; 3º período - 17 alunos; 4º período - 69 alunos; 5º período - 37 alunos; 6º período - 61 alunos; 8º período - 50 alunos; 9º período - 26 alunos; 10º período - 24 alunos.

A Faculdade de Medicina da referida Instituição possui um projeto e matriz curricular semelhante aos demais cursos nacionais, com uma duração mínima de 12 (doze) semestres e Máxima 18 (doze) semestres, em Turno Integral e com Carga Horária Total de 9576 horas-aula ou 8040 horas relógio.

A carga horária total do Curso é dividida em disciplinas por módulos, compreendendo o total dos módulos (1º ao 8º semestre) em 5040 Hora aula, além de Internato, realizado mediante rodízio (9º ao 12º semestre/etapa) que corresponde a 4086 Hora aula (ou 3405 Hora relógio), horas destinadas ao TCC e Orientações, que corresponde a 72 Hora aula (ou 60 Hora relógio) e, por fim, 450 Hora aula (ou 375 Hora relógio) destinadas a atividades complementares (5% da carga horária total).

Conforme dados da própria instituição, a implementação do Curso de Medicina no interior goiano objetivou contribuir, entre outros, para a diminuição da carência de médicos nesta região, a fim de reduzir as desigualdades entre determinadas regiões de Goiás e ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, em especial junto às Redes de Atenção à Saúde do município e Região, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira; ajudar a fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação do corpo docente da instituição na supervisão acadêmica das atividades desenvolvidas pelos estudantes junto às equipes de saúde de Mineiros-GO; aperfeiçoar médicos nas políticas públicas de saúde do País e na organização e funcionamento do SUS e estimular a realização de pesquisas aplicadas no SUS.

Ademais, conforme a proposta pedagógica de ensino da referida instituição pretende-se que os egressos apresentem um perfil baseado em conceitos e práticas interdisciplinares voltados para as necessidades de saúde dos indivíduos e das coletividades, cujo principal seja garantir que o médico formado se torne capaz de prestar atenção médica integral e ampliada, fundamentada no equilíbrio de excelência técnica e relevância social, a partir de quatro focos de competência: gestão de serviços de saúde principalmente nas questões relacionadas à micropolítica e gestão da clínica; cuidado individual e cuidado coletivo, e produção e difusão de conhecimentos na perspectiva da Educação em Saúde .

Esta primeira fase investigativa, que possibilitou obter informações referentes aos dados sócio demográficos econômicos e culturais dos Discentes do Curso de Medicina, lançou mão de recursos investigativos de corte transversal na qual os participantes responderam de modo online o questionário Sócio - Econômico - Cultural (ANEXO D) seguindo o Critério Padrão de Classificação Econômica (ABEP/BRASIL, 2019). Construímos o questionário baseado no diálogo entre os critérios estabelecidos no Brasil que são elaborados pela Secretaria de Assuntos Estratégicos (SAE; BRASIL, 2013), voltado para a avaliação de políticas públicas direcionadas à classe média e baseado no conceito da renda corrente familiar per capita; pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2011, 2013, 2019) baseada na educação do chefe da família; pelo critério descrito por Kamakura e Mazzon (2013a, 2013b, 2016) baseado no conceito teórico de renda permanente e na modelagem de classes latentes ordinais e ainda, pelo Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (BRASIL/INEP ENADE, 2019). Além das questões de cunho socioeconômico, incluíram-se outras relativas às experiências da vida acadêmica desses alunos e às expectativas e perspectivas futuras da sua atuação profissional.

Ao todo, o questionário contém 26 questões divididas em quatro eixos: Características sócio-demográficas (Tabela 2); Característica socioeconômica familiar (Tabela 3); Atividade Profissional dos estudantes (Tabela 4) e Vivências e Expectativas Acadêmicas (Tabela 5) cujos resultados estão disponíveis nas tabelas e gráficos abaixo. Para análise de dados, utilizamos o software Microsoft Office Excel 2013 e BioEstat 5.3 e apresentamos neste momento análise descritiva das frequências e suas respectivas porcentagens dentro da população estudada.

**Tabela 2 - Características sócio-demográficas dos participantes da pesquisa**

VARIÁVEIS		N	%
<b>Gênero</b>	<b>Feminino</b>	<b>53</b>	<b>71,6%</b>
	Masculino	21	28,4%
<b>Semestre</b>	2º	11	14,9%
	3º	10	13,5%
	4º	0	0,0%
	<b>5º</b>	<b>14</b>	<b>18,9%</b>
	6º	8	10,8%
	7º	11	14,9%
	8º	4	5,4%
	9º	8	10,8%
	10º	8	10,8%
	<b>Faixa Etária</b>	18 - 21	16
<b>22-25</b>		<b>30</b>	<b>40,54%</b>
26-29		16	21,62%
30-33		6	8,11%
34-37		4	5,41%
38-41		2	2,70%

<b>Religião</b>	<b>Católica</b>	<b>39</b>	<b>52,70%</b>
	Evangélica	10	13,51%
	Espírita	11	14,86%
	Não Respondeu	10	13,51%
	Afirma Não Ter	4	5,41%
<b>Etnia/cor</b>	<b>Caucasiana/Branca</b>	<b>35</b>	<b>47,29%</b>
	Negra/Preta	3	4,05%
	Parda/mestiça	30	40,54%
	Indígena	2	2,70%
	Oriental/amarela	4	5,40%

Fonte: organizado pela própria autora (2022)

As variáveis estudadas neste momento foram gênero, a idade (categorizada de acordo com as faixas etárias utilizadas na IV Pesquisa do Perfil Socioeconômico e Cultural dos Estudantes de Graduação das Instituições Federais de Ensino Superior Brasileiras), Etnia/cor, Religião e semestre em curso.

A amostra é constituída por 74 alunos que receberam e responderam o questionário completo, constituindo 20,61% da população estudada (359). Relativamente à variável gênero, 71,6% (n=53) são do gênero feminino e 28,4% (n=21) dos alunos são do sexo masculino. No que diz respeito à variável idade, a média é aproximadamente 25 anos com um máximo de 40 anos e mínimo de 18 anos. A idade mais representativa na amostra é de 23 anos e as idades menos representativas são as idades acima dos 30 anos.

Quanto ao semestre em curso, a maior frequência de estudantes que responderam ao questionário estava no quinto período no momento da pesquisa (18,9%, N = 14). Mais de 50% destes estudantes se afirmaram católicos, sendo a maioria destes não assíduos ou participativos. Quanto à Etnia/Cor, 35 (47,29%) acadêmicos se autoafirmaram de raça/cor Branca, seguido de 40,54% que se autodeclararam pardos/mestiços.

No segundo momento deste questionário, nos atentamos à características socioeconômicas familiares (parentais) cujas variáveis foram: classificação social de acordo com o IBGE, nível de escolaridade da mãe, nível de escolaridade do pai, profissão materna e profissão paterna.

**Tabela 3** - Característica socioeconômica familiar dos participantes da pesquisa

	<b>VARIÁVEIS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Classificação social de acordo com o IBGE</b>	A (Acima De 30 SM)	3	4,05%
	B (10 A 30 SM)	19	25,68%
	C (5 A 10 SM)	26	35,14%
	D (2 A 5 SM)	21	28,38%

	E (Até 2 SM)	5	6,76%
<b>Nível de escolaridade da mãe</b>	Fundamental Incompleto	5	6,76%
	Fundamental Completo	2	2,70%
	Ensino Médio Completo	24	32,43%
	Ensino Superior Completo	40	54,05%
	Não Respondeu	3	4,05%
<b>Nível de escolaridade do pai</b>	Fundamental Incompleto	9	12,16%
	Fundamental Completo	7	9,46%
	Ensino Médio Completo	17	22,97%
	Ensino Superior Completo	38	51,35%
	Não Respondeu	3	4,05%
<b>Profissão materna</b>	Funcionário Público Do Governo Federal, Estadual Ou Municipal De Outras Áreas.	13	17,57%
	Em Comércio Ou Outros Serviços Privados	9	12,16%
	Profissional Autônomo Da Saúde	6	8,11%
	Professor Da Rede Pública Ou Privada,	9	12,16%
	Profissional Autônomo/ Liberal De Outras Áreas	20	27,03%
	No Lar / Sem Remuneração	11	14,86%
	Outro	5	6,76%
<b>Profissão paterna</b>	Médico Em Serviço Público Ou Privado.	8	10,81%
	Funcionário Público Do Governo Federal, Estadual Ou Municipal De Outras Áreas.	10	13,51%
	Na Agricultura, No Campo, Em Fazenda Ou Na Pesca.	7	9,46%
	Em Comércio Ou Outros Serviços Privados	26	35,14%
	Professor Da Rede Pública Ou Privada,	2	2,70%
	Outra Formação Da Área Da Saúde	1	1,35%
	Profissional Autônomo/ Liberal De Outras Áreas	13	17,57%
	Na Construção Civil.	5	6,76%
	Outro/Não Identificou	2	2,70%

Fonte: organizado pela própria autora (2022)

Na amostra, relativamente à classificação socioeconômica familiar desses estudantes, a maior frequência obtida pertence ao grupo de renda ou nível socioeconômico C (de 5 a 10 salários mínimos). No tocante às habilitações literárias das mães dos estudantes 54,1% (n=40) tem ensino superior completo semelhante o nível de escolaridade dos pais, com 51,4% (N = 38) que possuem ensino superior.

Apesar nível de instrução materno e paterno serem semelhantes, houve diferenças quanto à atividade profissional entre pais e mães, de forma que a maior frequência de atividade remunerada materna relatada pelos estudantes foi de profissional liberal/autônoma (27%) , já a

atividade paterna de maior frequência foi como colaborador/empregado em Comércio Ou Outros Serviços Privados (35,14%).

Quanto às profissões maternas, a profissão mais relatada foi a de empresário-autônoma (N =12), seguido de professora (N = 9). Já, em relação à profissão paterna, a maior frequência profissional foi a de comerciante (N = 10) e Médico (N = 10). Vale ressaltar que na amostra pesquisada, nenhuma mãe tem a medicina como profissão.

Na sessão 3 questionamos ao grupo pesquisado sua própria vivência profissional, na qual as variáveis coletadas relacionam-se à frequência de estudantes que já trabalharam ou tiveram atividade remunerada, se conciliam ou conciliaram trabalho com estudo, qual a média de horas semanais trabalhadas, qual a finalidade de exercer atividade remunerada, a renda média de salário e se já possuem outra graduação.

**Tabela 4 - Atividade Profissional dos estudantes**

<b>ATIVIDADE PROFISSIONAL</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>JÁ TRABALHOU OU TEVE ATIVIDADE REMUNERADA</b>	Nunca Trabalhei.	30	40,54%
	Já Trabalhei, Mas Não Estou Trabalhando.	21	28,38%
	Trabalho Por Conta Própria, Não Tenho Carteira De Trabalho Assinada.	11	14,86%
	Trabalho, Mas Não Tenho Carteira De Trabalho Assinada.	5	6,76%
	Trabalho, Estou Empregado Com Carteira De Trabalho Assinada.	7	9,46%
<b>CONCILIA TRABALHO COM ESTUDO</b>	Não	41	55,41%
	Sim, Por Um Tempo Menor Que 1 Ano	12	16,22%
	Sim, Por Um Tempo Entre 1 E 2 Anos	2	2,70%
	Sim, Por Mais De 2 Anos	2	2,70%
	Sim. Concilio Desde Que Entrei Na Faculdade	17	22,97%
<b>MÉDIA DE HORAS SEMANAIS TRABALHADAS</b>	Menos Que 10h/Semana Ou Sem Jornada Fixa	13	39,39%
	De 10 A 20h/Semana	8	24,24%
	De 20 A 30h/Semana	5	15,15%
	De 30 A 40h/Semana	4	12,12%
	Mais De 40h/Semana	3	9,09%
<b>FINALIDADE DE TRABALHO</b>	Para Ajudar Meus Pais Nas Despesas Com A Casa, Sustentar A Família.	7	15,91%
	Para Meu Sustento E O De Minha Família (Esposo/A, Filhos/As Etc.).	6	13,64%
	Para Ser Independente (Ter Meu Sustento, Ganhar Meu Próprio Dinheiro).	19	43,18%
	Outra Finalidade.	12	27,27%
<b>IDADE QUE COMEÇOU A EXERCER TRABALHO REMUNERADO</b>	Antes Dos 14	12	27,27%
	Entre 14 A 16	7	15,91%
	Entre 17 E 18	6	13,64%
	Após Os 18	19	43,18%
<b>RENDA MÉDIA DE SALÁRIO</b>	Até 1 Salário	14	31,82%
	De 1 A 2 Salários Mínimos	6	13,64%
	De 2 A 5 Salários Mínimos	2	4,55%
	De 5 A 10 Salários Mínimos	3	6,82%

POSSUI OUTRA GRADUAÇÃO	Sim	10	13,51%
	Não	64	86,49%

Fonte: organizado pela própria autora (2022)

Quando questionado aos estudantes se estes já realizaram atividade remunerada, mais de 40% (N = 30) afirmaram nunca terem trabalhado e 28% (N = 21) responderam que já trabalharam, mas não estão trabalhando, dessa forma, dos 74 participantes pesquisados, 33 (44,59%) já tiveram que conciliar trabalho com estudo em algum momento, sendo que 10 (13,51%) destes possuem outra graduação. Dos estudantes que tiveram que conciliar estudo e trabalho, 17 (22,97%) continuam trabalhando enquanto estudam, sendo que a maior parte destes (39,9%) possuem uma jornada menor que 10h/semana.

Em relação ao início das atividades laborais, dos estudantes que trabalham ou já trabalharam em algum momento 43,18 (N = 19) iniciaram após os 18 anos. Quanto ao objetivo ou finalidade de exercer atividade remunerada, a mesma frequência foi encontrada com o intuito de "Ser Independente (Ter Meu Sustento, Ganhar Meu Próprio Dinheiro)": 43,18% cuja renda média de salário é de até 1 salário mínimo em 31,82% (N = 14) destes estudantes.

O último eixo deste questionário leva em consideração as variáveis relacionadas ao momento da graduação, as vivências e expectativas destes estudantes em âmbito geral. As variáveis exploradas dizem respeito à hierarquia de desejo quanto ao curso, à universidade, a intenção de continuar no curso e na Universidade, se já realizou transferência de curso ou de instituição, as motivações que levaram à escolha da faculdade. Também interroga características demográficas de migração, se a entrada na Universidade implicou na saída de casa, com quem e em que tipo de acomodação este estudante vive e por último se este estudante realiza alguma atividade acadêmica extracurricular.

Para fins de comparação, optamos aqui por dividir o grupo amostral em duas categorias: discentes dos anos iniciais e discentes dos anos finais. Como medidas estatísticas utilizamos testes amostrais de diferença significativa (Qui-quadrado, Teste exato de Fischer ou Mann Whitney para amostras independentes) com intuito de alavancarmos discussões quanto ao tempo de curso e o desenvolvimento da consciência (Periodização do desenvolvimento).

Achamos pertinente destacar que nosso foco de análise e discussão não se cunha em dados estatísticos e quantitativos, contudo, os recursos e instrumentos numéricos permitem visualizar de maneira mais didática a aparência ou, para que, a partir da descrição do visível e observável possamos chegar à essência, à raiz, à unidade genotípica do fenômeno (Tabela 5).

**Tabela 5 - Vivências e Expectativas Acadêmicas**

	TOTAL		PERÍODOS INICIAIS		PERÍODOS FINAIS		
	Variáveis	N	%	N	%	N	%
<b>QUANTO AO MEU PROJETO DE VIDA E MINHAS SATISFAÇÕES PESSOAIS, ESTE CURSO QUE ENTREI CORRESPONDE À MINHA...</b>	1ª Opção	63	85,14%	39	90,70%	24	77,42%
	2ª Opção	5	6,76%	3	6,98%	2	6,45%
	3ª Opção	1	1,35%	1	2,33%	0	0,00%
	Outra	5	6,76%	0	0,00%	5	16,13%
	Valor de P (0,05) (Teste de Mann Whitney)						0,4426
<b>A UNIVERSIDADE EM QUE ENTREI CORRESPONDE À MINHA</b>	1ª Opção	11	14,86%	9	20,93%	2	6,45%
	2ª Opção	24	32,43%	14	32,56%	10	32,26%
	3ª Opção	12	16,22%	10	23,26%	2	6,45%
	Outra	27	36,49%	10	23,26%	17	54,84%
	Valor de P (0,05) (Teste de Mann Whitney)						0,2819
<b>NESTE MOMENTO, MINHA INTENÇÃO É CONTINUAR O CURSO ATUA?</b>	Sim	72	97,30%	43	100%	29	93,55%
	Não	2	2,70%	0	0	2	6,45%
	Valor de P (0,05) (Teste exato de Fischer)						0,0742
<b>JÁ SE TRANSFERIU DE CURSO OU INSTITUIÇÃO SUPERIOR?</b>	Sim	14	18,92%	11	25,58%	3	9,68%
	Não	60	81,08%	32	74,42%	28	90,32%
	Valor de P (0,05) (Teste Qui-Quadrado)						0,0848
<b>ESCOLHI FAZER FACULDADE PARA/PORQUE ...</b>	Preparar-Me Para Uma Profissão.	54	72,97%	34	79,07%	20	64,52%
	Tornar-Me Uma Pessoa Culta E Com Mais Formação.	4	5,41%	4	9,30%	0	0,00%
	Os Meus Pais Esperavam Isso De Mim	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Ter Mais Oportunidades Sociais.	9	12,16%	4	9,30%	5	16,13%
	Os Meus Amigos Também Estão No Ensino Superior.	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Conhecer-Me Melhor	1	1,35%	0	0,00%	1	3,23%



	Não Responderam	6	8,11%	1	2,33%	5	16,13%
	Valor de P (0,05) (Teste de Mann Whitney)						0,4240
<b>A ENTRADA NO ENSINO SUPERIOR IMPLICOU A MINHA SAÍDA DE CASA?</b>	Sim	49	66,22%	23	53,49%	22	70,97%
	Não	25	33,78%	20	46,51%	9	29,03%
	Valor de P (0,05) (Teste Qui-quadrado)						0,2277
<b>SE SIM, ATUALMENTE VOCÊ RESIDE</b>	Numa República/ Pensão (Casa Ou Apartamento Com Estudantes)	10	20,41%	9	39,13%	6	26,09%
	Sozinho	27	55,10%	4	17,39%	15	65,22%
	Com Familiares	12	24,49%	10	43,48%	1	4,35%
	Valor de P (0,05) (Teste Qui-quadrado)						0,0008
<b>AQUI NA UNIVERSIDADE DESEMPENHO ALGUM TIPO DE FUNÇÃO ACADÊMICA OU ASSOCIATIVA?</b>	Sim	34	45,95%	20	46,51%	14	45,16%
	Não	40	54,05%	23	53,49%	17	54,84%
	Valor de P (0,05) (Teste Qui-quadrado)						0,1286
<b>SE SIM, QUAL/QUAIS?</b>	Representante De Estudantes (Centro Acadêmico, Atlética, Dce, Outros).	12	35,29%	4	20,00%	8	57,14%
	Monitoria Ou Projeto De Extensão/Pesquisa (Pet, Pibic, Pibit, Etc.)	22	64,71%	16	80,00%	6	42,86%
	Valor de P (0,05) (qui-quadrado)						0,0257

Fonte: organizado pela própria autora (2022).

Como observado na Tabela 5 acima, quanto ao projeto de vida e satisfações pessoais, o curso de Medicina correspondeu à primeira opção para a maioria dos participantes da pesquisa, tanto dos períodos iniciais, quanto dos períodos finais (85,14% do total, 90,70% dos anos iniciais e 77,42% dos anos finais), contudo, a universidade em que estão matriculados não corresponde a primeira opção para a maioria destes, sendo a segunda opção para os anos iniciais e a quarta ou opção posterior para discentes dos últimos períodos letivos. Em ambos os grupos, a maioria dos estudantes pretendem continuar no curso (97,30% do total) e nunca transferiram

de curso ou instituição (81,08%). Quando questionamos o que motivou à escolha do curso, a maioria em ambos os grupos apontaram o desejo de preparar para uma profissão (72,97%).

Em relação à migração temporária destes estudantes para cursar faculdade, obtivemos a resposta que a maioria precisou se deslocar para entrar no Ensino superior nos dois grupos, sendo que atualmente os estudantes dos períodos iniciais em sua maioria moram com familiares (43,48%) ou em república (39,13%) e os estudantes dos últimos períodos relataram morar sozinhos (65,22%). Quanto à realização de alguma função acadêmica, ambos os grupos tiveram proporção bastante equilibrado entre realizar e não realizar, sendo que, dos que desempenham alguma função extracurricular dos primeiros semestres, a maioria (80%) estão vinculados à monitoria ou projeto de extensão/pesquisa (PET, PIBIC, PIBIT, etc.) e dois últimos semestres participam como representante de estudantes em atléticas, centros acadêmicos e afins (57,14%).

Se fizermos um exercício de generalização, apesar das limitações e do reduzido número amostral, diante da exposição nesta primeira fase descritiva da pesquisa, poderíamos resumir que o perfil geral do nosso alunado é predominantemente feminino, possui em média 25 anos, está cursando os anos iniciais (quinto período), quase encerrando o ciclo básico e partindo para os semestres finais, se afirmam católicas não assíduas ou praticantes, se autorreconhecem como brancas/caucasianas, possuem renda familiar de 5 a 10 salários mínimos, caracterizando o nível C de classe social.

Seus pais possuem ensino superior completo, cuja mãe tem como atividade profissional a atividade autônoma (profissional liberal ou empresária) e a atividade paterna consiste em vínculo empregatício em empresas privadas de comércio ou são médicos. Este estudante escolheu a medicina como primeira opção, porém a faculdade em que está matriculada foi sua segunda opção. Pretende continuar no curso, nunca se transferiu de curso ou de instituição e seu primeiro interesse em fazer o curso foi basicamente o desejo de se preparar para uma profissão.

Ressaltamos também que parece haver um consenso de que os discentes dos cursos médicos constituem um grupo diferenciado dentro das universidades (CARDOSO FILHO *et al.*, 2015), sendo que inúmeros pesquisadores interessados no assunto têm estudado diferentes aspectos desta população: características socioeconômicas, motivos de escolha do curso, expectativas com a formação médica e a prática profissional, opção por especialidades, opinião sobre metodologia de ensino, participação em atividades extracurriculares, entre outros. E para mais tarde já nos questionamos: quem interessa? Por que interessa? Qual olhar? Por hora, nos atentamos em identificar nosso sujeito e vislumbrar os aspectos coletivos desse grupo.

Esse é o nosso sujeito: Nosso aluno, que aqui nos empenhamos em percebê-lo não somente pela revisão de sua história e condição singular, mas também como pertencente da história social em curso. Quisemos vê-lo em suas características particulares, mas que trazem em si traços do coletivo histórico e socialmente determinado. “Não é a consciência que determina seu ser, mas pelo contrário é seu ser social que determina sua consciência”. (MARX, 1986, p. 9). É podendo vislumbrar, pelo menos em partes, a realidade concreta em que estão inseridos que nos permitimos questionar sua natureza psicológica, seu sofrimento e adoecimento.

Constitui um grave erro pensar que a ciência só pode estudar o que nos mostra a experiência direta. Os estudos baseados na análise de vestígios de influências, em métodos de interpretação e reconstrução, na crítica e na indagação do significado foram tão úteis quanto os baseados no método da observação “empírica” direta. (VIGOTSKI, 2004, p. 277)

Nos ítems a seguir apresentamos os dados coletados mediante a aplicação dos três questionários (Questionário De Vivência Acadêmica - QVA-R; Teste DASS 21 de Escala De Depressão, Ansiedade E Estresse e SRQ 20 – Self Report Questionnaire). Elegemos estes três instrumentos compreendendo que a produção do conhecimento indica um processo eminentemente social e histórico, não devendo partir apenas de investigações isoladas, mas um conjunto de pesquisas mediadas, com o objetivo de encontrar a explicação mais abrangente e integral para um determinado problema concreto e real da sociedade.

### 3.5 QUESTIONANDO A VIVÊNCIA ACADÊMICA

Nosso interesse pelas condições da vivência acadêmica se fortalece e tem respaldo na Teoria Histórico-Cultural por ser um objeto de análise que se revela no papel da atividade humana, aqui objetivamente do estudante de medicina e dos aspectos relacionados ao desenvolvimento da comunicação das relações dentro da Situação Social acadêmica posto a imbricação entre tais interações e o desenvolvimento das funções psicológicas superiores.

Buscamos entender a autorregulação do comportamento como a via que encontra as Funções Psicológicas Superiores, especialmente o volitivo, para expressar a relação entre o interno e o externo. Aqui entendemos a volição como um processo cognitivo pelo qual um indivíduo se decide a praticar uma ação em particular. É definida como um esforço deliberado e é uma das principais funções psicológicas humanas.

Durante a elaboração dos passos metodológicos e da escolha dos instrumentos, nos deparamos com o Questionário de Vivências Acadêmicas - QVA (1997) (ANEXO A). E foi com a aplicação deste questionário que recolhemos respostas tangentes à qualidade de vida e relações acadêmicas da amostra de alunos pesquisada. Antes de apresentar os resultados, julgamos importante apresentar brevemente a ferramenta.

Procurando uma avaliação de desnude as vivências acadêmicas que mais propiciam a dificuldade de integração e ajustamento dos estudantes, os pesquisadores Almeida, Soares e Ferreira desenvolveram em 1997 o Questionário de Vivências Acadêmicas - QVA, abarcando um conjunto alargado de dimensões pessoais, relacionais, acadêmicas e institucionais da sua adaptação ao contexto universitário.

Sua versão original foi constituída por 170 itens distribuídos em 17 dimensões, sendo posteriormente construído e validado uma versão reduzida composta por 60 itens (QVA -r) distribuídos por cinco grandes áreas da adaptação acadêmica dos estudantes: pessoal; interpessoal; vocacional; estudo-aprendizagem; e institucional. Segundo os próprios autores, as qualidades métricas da versão reduzida foram satisfatórias em termos da sua consistência e validade interna. (ALMEIDA; FERREIRA, 1997, 1999; ALMEIDA et al., 2002).

No ano de 2001, o QVA-r foi adaptado à realidade brasileira por uma equipe de pesquisadores da Universidade de São Francisco, localizada em Campinas, coordenados pela professora Acácia Aparecida dos Santos (GRANADO et al., 2005).

O instrumento tem formato Likert, portanto, apresenta cinco possibilidades de resposta consoante o grau de acordo dos estudantes: 1 – Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece; 2 – Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece; 3 – Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não; 4 – Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes; e 5 – Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

O QVA-r possibilita a avaliação da qualidade da vida acadêmica dos estudantes universitários e parte da compreensão de que não basta levantar informações sobre os estudantes e traçar o seu perfil sócio demográfico de um lado e colher informações sobre o ambiente universitário de outro lado, mas de que é necessário estudar como se dá a interação entre os estudantes e a universidade. “A integração na vida universitária é vista como um processo multifacetado, complexo e multidimensional que se constrói no quotidiano das relações estabelecidas entre o estudante e a instituição” (ALMEIDA et al., 1999).

O questionário é composto por cinco dimensões: pessoal, que integra a avaliação do bem estar físico e psicológico dos alunos, o seu equilíbrio emocional, a estabilidade afetiva, o otimismo e a sua autoconfiança; interpessoal, que avalia as relações com os colegas, as competências de relacionamento em situações de maior intimidade, o estabelecimento de amizades e a procura de ajuda; carreira/vocacional, que integra a avaliação de sentimentos relacionados com o curso, as perspectivas de carreira e os projetos vocacionais dos alunos; estudo, que avalia os hábitos de estudo, a gestão do tempo, a utilização dos recursos de aprendizagem no campus e a preparação para os testes; e institucional, que integra a apreciação dos alunos face à instituição de ensino que frequentam, o desejo de permanecer ou mudar de instituição, a apreciação da infraestrutura existentes e o conhecimento dos serviços ofertados.

**Quadro 1** - Descrição das dimensões do QVA-r

<b>DIMENSÃO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>ITENS</b>
<b>DIMENSÃO PESSOAL</b>	Refere-se ao bem-estar físico e psicológico; abordam aspectos como o equilíbrio emocional, a estabilidade afetiva, o otimismo, a tomada de decisões e a autoconfiança.	4, 6, 9,11, 13, 17, 20, 23, 25, 27, 34, 40, 47, 50.
<b>DIMENSÃO INTERPESSOAL</b>	Refere-se às relações com os colegas e a competências de relacionamento em situações de maior intimidade; inclui o estabelecimento de amizades, a procura de ajuda.	1,18,22,24,26,29,31,33, 35,37,38,54.
<b>DIMENSÃO CARREIRA</b>	Refere-se a sentimentos relacionados com o curso frequentado e perspectivas de carreira; inclui a satisfação com o curso e percepção de competências para o curso.	2, 5, 7, 8, 14, 19, 21, 32, 46, 49, 51, 55.
<b>DIMENSÃO ESTUDO</b>	Refere-se a hábitos de estudo e à gestão de tempo; inclui as rotinas de estudo, o planeamento do tempo, a utilização de recursos de aprendizagem, a preparação para os testes.	10, 28, 30, 36, 39, 42, 44, 48, 52.
<b>DIMENSÃO INSTITUCIONAL</b>	Refere-se à apreciação da instituição de ensino frequentada; inclui os sentimentos relacionados à instituição, o desejo de permanecer ou mudar de instituição, conhecimento e apreciação das infraestruturas	3, 12, 15, 16, 41, 43, 45, 53.

Fonte: ALMEIDA et al 2002.

Realizamos a tabulação dos dados e apresentamos o resultado da categorização de cada dimensão supracitada. Optamos por dividir a amostra pesquisada em dois grupos: primeiros períodos de graduação e últimos períodos, considerando que os primeiros períodos estão com a atividade acadêmica voltada para as disciplinas gerais e os últimos períodos para as disciplinas específicas e estágio (internato).

Ao agrupar os valores obtidos em cada dimensão calculamos a média e desvio padrão de cada uma delas para os grupos períodos iniciais e períodos finais, gênero, faixa etária e o quesito exercer atividade remunerada, além da média total.

**Tabela 6** - Média das dimensões QVA-r em relação às variáveis período, gênero, faixa etária e atividade remunerada

VARIÁVEIS		PESSOAL	INTERPESSOAL	CARREIRA	ESTUDO	INSTITUCIONAL	QVA TOTAL
	<b>Total</b>	3,2	3,3	4,0	3,2	3,2	3,4
<b>Período</b>	Iniciais	3,2	3,3	4,2	3,3	3,3	3,5
	Finais	3,2	3,3	3,9	3,1	3,1	3,3
<b>Gênero</b>	Feminino	3,2	3,3	4,1	3,3	3,2	3,4
	Masculino	3,1	3,2	4,0	3,1	3,2	3,3
<b>Idade</b>	18 - 29	3,2	3,3	4,0	3,3	3,2	3,4
	30 acima	3,1	3,0	4,2	3,2	3,3	3,2
<b>Atividade Remunerada</b>	Sim	3,3	3,3	4,1	3,3	3,2	3,4
	Não	3,1	3,2	4,0	3,1	3,2	3,3

Fonte: organizado pela própria autora (2022)

Devido a heterogeneidade das respostas, apesar da variação de prevalência em cada dimensão, a média manteve-se no escore 3,2 em praticamente todos os grupos comparativos e em todas as dimensões. Destaque para a dimensão carreira que apresentou média de score total 4,0. Não houve diferença significativa entre nenhum grupo em relação aos períodos de curso, gênero, idade ou atividade remunerada. O QVA-r total foi de 3,4.

Nossos dados são similares aos encontrados na literatura. No Estado do Conhecimento que apresentamos anteriormente encontramos 3 dissertações e um artigo que utilizou o questionário QVA-r em estudantes de medicina no Brasil (ANJOS, 2015; ANJOS, AGUILAR DA SILVA, 2017; BARBOZA, 2018; SILVA, 2021).

Em todos os estudos identificados os resultados evidenciaram grau moderado a bom de adaptação acadêmica, sendo que em Anjos (2015) foram identificadas diferenças referentes à idade, evidenciando que os estudantes mais maduros demonstraram melhor adaptação à instituição.

Em relação ao gênero, os autores constataram que o sexo feminino apresenta melhor adaptação ao método de ensino e os estudantes do sexo masculino demonstram melhor adaptação global à instituição. Em pesquisa realizada por Anjos e Aguilar da Silva (2017) a

dimensão carreira exerce um papel importante na adaptação dos estudantes ( $M = 4,2$ ) para ambas as séries enquanto o QVA-r total foi de 3,7.

Da mesma forma, BARBOZA (2018) evidenciou que a dimensão carreira é a vivência de maior adaptação acadêmica e a institucional, a de menor adaptação. Também ficou evidenciado que os estudantes encontraram dificuldades iniciais na adaptação ao método ativo de ensino-aprendizagem, devido à falta de conhecimento do método, de infraestrutura adequada e de orientação da Instituição. Por último, Silva (2021) identificou maiores escores nas dimensões Carreira, Pessoal e Interpessoal.

Os dados encontrados na literatura corroboram com nossos achados que apresentou um escore global de 3,4. Da mesma forma a dimensão carreira foi o mais positivo indicando a melhor vivência acadêmica, com um escore de 4,0. Os períodos iniciais apresentaram um valor mais alto (4,2) em relação aos períodos finais (3,9), mas para fins estatísticos essa diferença parece irrelevante.

A dimensão Institucional apresentou uma média semelhante às demais dimensões, contudo, houve nesta dimensão um item que teve o menor escore da pesquisa em ambos os grupos: A questão ‘Mesmo que pudesse não mudaria de universidade’ teve prevalência do escore mínimo (1 – nada a ver comigo) em ambos os grupos. Nossos achados, por outro lado, não encontraram diferenças significativas na comparação entre grupos de nenhuma variável.

Os estudos apontam que o QVA-r demonstrou ser um bom instrumento de avaliação da adaptação dos estudantes, inclusive frente à implantação de currículos inovadores no curso médico e infere-se duas reflexões: a da utilização de métodos ativos de ensino aprendizagem e sua interferência no desenvolvimento de vivências acadêmicas, acreditando que seus resultados possam proporcionar à instituição informações para planejar ações que melhorem o desempenho dos estudantes e ressaltam, a respeito da dimensão interpessoal, que a convivência nos pequenos grupos promove o desenvolvimento individual por incentivar a participação de todos com suas diferentes opiniões e personalidades (ANJOS, 2015; ANJOS, AGUILAR DA SILVA, 2017; BARBOZA, 2018; SILVA, 2021).

### 3.6 SOFRER FAZ PARTE? A ANSIEDADE, DEPRESSÃO E O ESTRESSE NA GRADUAÇÃO MÉDICA

[...] historicamente a humanidade superou e continua superando o sofrimento cotidiano na produção da sua vida por meio do conhecimento e tecnologia. No entanto, na vida individual, quando consideramos a subjetividade e a personalidade

encontramos a autocriação das alternativas afetivas e emocionais para o sofrimento (ARMANDO FILHO, 2022 p. 639)

Uma vez esmiuçado vários aspectos da vida acadêmica desses estudantes, seguimos nosso itinerário investigativo buscando evidências que nos dê alguma base para iniciar as análises sobre o desenvolvimento das Funções Psicológicas Superiores em sua origem e seu papel na regulação e auto-regulação do comportamento. Utilizamos enquanto ferramenta inicial para coleta desses dados o Teste DASS 21 de Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (ANEXO B).

O Teste DASS 21 de Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (ANEXO B) é um instrumento psicométrico que tem sido utilizado para o rastreamento de afetividade negativa e aos conceitos de depressão, ansiedade e estresse que não são mensuráveis diretamente desenvolvido por Lovibond e Lovibond (1995) com o objetivo de apresentar um instrumento adequado sob a ótica psicométrica e com a capacidade de mensurar simultaneamente e distinguir a depressão, a ansiedade e estresse.

O desenvolvimento da DASS seguiu a premissa teórica do modelo tripartido, uma vez que alguns itens que não representavam especificamente a depressão e a ansiedade foram alocados em outro fator, denominado “estresse”. Esse fator é considerado distinto dos demais, porém empiricamente relacionado, visto a proximidade conceitual existente entre a depressão, a ansiedade e o estresse. Esse modelo tripartido engloba os sintomas específicos da depressão e da ansiedade em fatores separados e agrupa num único fator os sintomas compartilhados em ambas as condições (sintomas inespecíficos). Assim, o modelo tripartido ficou composto por dois fatores específicos (depressão e ansiedade) e um fator de sobreposição (misto), denominado distress factor (CLARK; WATSON, 1991; MARTINS *et al.*, 2019).

A escala DASS foi originalmente desenvolvida em inglês com 42 itens distribuídos em três fatores. tendo sido traduzido e validado no Brasil por Vignola (2013). Contudo, considerando a ocorrência de situações em que uma versão mais curta do instrumento é desejável, os propositores do teste apresentaram uma versão reduzida da DASS com 21 itens, denominada DASS-21. Essa versão do instrumento traduzido tem sido aplicada em diferentes estudos (VIGNOLA; TUCCI, 2014, APÓSTOLO *et al* 2006, MOUTINHO *et al.*, 2017, PATIAS *et al.*, 2016, LU *et al.*, 2018).

Outro aspecto importante para este trabalho é a sua utilização em estudantes universitários, com destaque aos estudantes de Medicina que pode ser justificado pelo fato dessa população ser apontada como suscetível a estados emocionais aversivos, os quais devem se



adaptar às crescentes demandas pessoais, sociais e acadêmicas enquanto se preparam para suas futuras carreiras profissionais. O enfrentamento negativo dessas demandas pode resultar no desenvolvimento de condições afetivas negativas, visto que essa etapa da vida pode ser considerada uma etapa de transição, sendo importante investigar o estado emocional vivenciado por essa população a fim fornecer informações relevantes que podem ser utilizadas na elaboração de estratégias educativas e preventivas para evitar o desenvolvimento de comportamentos prejudiciais no futuro (FAWZY; HAMED, 2017, IQBAL et al 2015, MOUTINHO *et al.*, 2017, MARTINS *et al.*, 2019).

Os estudantes responderam essa escala categorizada como de autorrelato que contém um conjunto de três subescalas tipo Likert de quatro pontos (0,1,2 e 3). A escala tipo Likert é composta por um conjunto de frases (itens) e em relação a cada uma delas se pede ao sujeito que está sendo avaliado para manifestar o grau de concordância desde “Discordo totalmente”, cuja pontuação é zero ,até ao “Concordo totalmente”, e a pontuação é três (CUNHA, 2007). Cada subescala da DASS é composta por sete itens, visando a avaliar os estados emocionais de depressão, ansiedade e estresse. Cada subescala da DASS é composta por sete itens, visando a avaliar os estados emocionais de depressão, ansiedade e estresse, conforme verifica-se no Quadro 2 a seguir:

**Quadro 2 - Subescalas DASS e Sintomas Avaliados**

SUBESCALAS:	DEPRESSÃO	ANSIEDADE	ESTRESSE
SINTOMAS:	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Inércia;</li> <li>● Anedonia;</li> <li>● Disforia;</li> <li>● Falta de interesse / participação;</li> <li>● Autodepreciação;</li> <li>● Desvalorização da vida</li> <li>● Desânimo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Excitação do sistema</li> <li>● Nervoso autônomo;</li> <li>● Efeitos músculo-esqueléticos;</li> <li>● Ansiedade Situacional;</li> <li>● Experiências subjetivas de Ansiedade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Dificuldade para Relaxar ;</li> <li>● Excitação Nervosa;</li> <li>● Perturbação fácil;</li> <li>● Agitação;</li> <li>● Irritabilidade;</li> <li>● Reação Exagerada;</li> <li>● Impaciência</li> </ul>

Fonte: organizado pela própria autora (2022)

O indivíduo assinala qual afirmação se aplicou a ele durante a última semana. São quatro possíveis respostas em termos de severidade ou frequência, organizadas na escala de 0 a 3. O resultado é obtido pela soma dos escores dos itens para cada uma das três subescalas. No Quadro 3 são apresentados os escores de correção da escala, ressaltando que os escores obtidos na DASS-21 devem ser obrigatoriamente multiplicados por dois para o cálculo do escore final e aplicação do corte:

**Quadro 3** - Faixas de severidade - escores de corte - DASS

FAIXA DE SEVERIDADE	Z SCORE	PERCENTUAL	DEPRESSÃO	ANSIEDADE	ESTRESSE
Normal/Leve	<0,5	0-78	0-9	0-7	0-14
Mínimo	0,5-1,0	78-87	10-13	8-9	15-18
Moderado	1,0-2,0	87-95	14-20	10-14	19-25
Grave	2,0-3,0	95-98	21-27	15-19	26-33
Muito Grave	> 3,0	98-100	28 +	20 +	34 +

Fonte: Manual DASS (LOVIBOND & LOVIBOND, 2004).

Vale destacar que os escores da DASS-21 não devem ser usados como critério único para decisões clínicas e avaliar a presença ou ausência de depressão, ansiedade e estresse (LOVIBOND; LOVIBOND, 2004). A DASS permite não só medir a gravidade dos sintomas do paciente, mas também avaliar a resposta ao tratamento ao qual ele está submetido. Os autores sugerem que altas pontuações na DASS servem para alertar o profissional da saúde para um elevado nível de sofrimento do paciente, mas essa situação precisaria ser melhor explorada no âmbito da consulta.

Da mesma forma que os baixos escores da DASS não devem substituir uma abrangente entrevista clínica. Altas pontuações que se mantêm, mesmo sob tratamento, podem levar o médico a buscar novas explicações e talvez aumentar as doses ou alterar os medicamentos. Nesse caso, a DASS também deve ser interpretada no contexto da entrevista clínica, no que se refere à presença de um transtorno persistente, que necessite da indicação de um tratamento específico; ou mesmo à ocorrência de algum evento negativo na vida do indivíduo, que requeira uma intervenção imediata.

As questões da escala DASS-21 são categorizadas nos três fatores (estresse, ansiedade e depressão):

- Ansiedade: Senti medo sem motivo, Preocupei-me com situações em que pudesse entrar em pânico e fosse ridículo, Percebi meu coração alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico, Senti minha boca seca, Senti que ia entrar em pânico, Senti tremores (nas mãos, p.ex) e tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex. ofegante, sem ar, sem esforço físico).
- Estresse: Senti que estava um pouco emotivo / sensível demais, Tive tendência a reagir de forma exagerada às situações, Senti que estava sempre nervoso, Achei difícil relaxar, Senti-

me agitado, Achei difícil me acalmar e Fui intolerante com coisas que me impedissem de continuar o que eu estava fazendo.

- Depressão: Não consegui me entusiasmar com nada, Senti que não tinha valor como pessoa, Senti que não tinha nada a desejar, Senti-me deprimido e sem ânimo, Senti que a vida não tinha sentido, Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo e Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas.

Foi calculado O Alfa de Cronbach obtido para a subescala de Depressão, que foi de 9.216. para a subescala de Estresse foi de 8.178; e o valor obtido para a subescala de Ansiedade foi de 8.556. Os resultados obtidos neste estudo indicam boa consistência interna para cada subescala, garantindo que elas meçam aquilo que se propõem a medir e que os indivíduos que responderam às questões entenderam-nas da mesma maneira. Apresentamos os resultados da avaliação DASS do grupo total da amostra (Tabela 6) e em seguida dividindo os grupos de períodos iniciais e finais (Tabela 7).

**Tabela 7 - Prevalência dos níveis de Estresse, Ansiedade e Depressão conforme as faixas de severidade**

N = 74		
Estresse (Coeficiente alfa de Cronbach: 8.178)	N	%
Normal (0 - 14)	15	20,27%
Leve (15 - 18)	6	8,11%
Moderado (19 - 25)	16	21,62%
Grave (26 - 33)	27	36,49%
Extremamente grave (+ 34)	10	13,51%
Ansiedade (Coeficiente alfa de Cronbach: 8.556)		
Normal (0 - 7)	20	27,03%
Leve (8 - 9)	7	9,46%
Moderado (10 - 14)	11	14,86%
Grave (15 - 19)	8	10,81%
Extremamente grave (20+)	28	37,84%
Depressão(Coeficiente alfa de Cronbach: 9.216)		
Normal (0 - 9)	22	29,73%
Leve (10 - 13)	12	16,22%
Moderado (14 - 20)	16	21,62%
Grave (21 - 27)	4	5,41%
Extremamente grave (28+)	20	27,03%

Fonte: organizado pela própria autora (2022)

Como observado na Tabela 7, a mensuração de Estresse pelo DASS-21 identificou uma maior prevalência de casos graves em nosso grupo amostral. Isto significa que 36,49% dos respondentes tiveram um escore entre 26 e 36 pontos. Já em relação à Ansiedade, identificamos que 37,84% estão na faixa Extremamente Grave. Em contrapartida, para o transtorno

Depressão, 29,73% dos estudantes ainda se encontram na faixa de severidade normal. Em continuidade, a tabela abaixo apresenta os resultados comparativos entre os grupos de alunos dos períodos iniciais e finais (Tabela 8).

**Tabela 8** - Comparação dos níveis de Estresse, ansiedade e depressão entre períodos iniciais e finais conforme as faixas de severidade e média do coeficiente

PERÍODOS INICIAIS (n = 43)				
	Estresse	Ansiedade	Depressão	Média do coeficiente
<b>Normal</b>	11,63%	32,56%	25,58%	18,76
<b>Leve</b>	13,95%	11,63%	18,60%	
<b>Moderado</b>	23,26%	18,60%	18,60%	
<b>Grave</b>	44,19%	11,63%	6,98%	
<b>Extremamente grave</b>	6,98%	25,58%	30,23%	
PERÍODOS FINAIS (n = 31)				
<b>Normal</b>	32,26%	19,35%	35,48%	19,09
<b>Leve</b>	0,00%	6,45%	12,90%	
<b>Moderado</b>	19,35%	9,68%	25,81%	
<b>Grave</b>	25,81%	9,68%	3,23%	
<b>Extremamente grave</b>	22,58%	54,84%	22,58%	

Fonte: organizado pela própria autora (2022)

Comparativamente, quanto ao transtorno Estresse, os períodos iniciais apresentam maiores escores. A maior prevalência foi da faixa grave de severidade (44,19) ao passo que, para os períodos finais o predomínio foi a faixa normal de severidade, indicando nível de estresse não patológico. Ao contrário, a ansiedade, nos períodos iniciais, teve predomínio da faixa normal, apesar da distribuição entre as faixas estarem bem homogêneas, enquanto os períodos finais apresentaram uma alta prevalência de casos extremamente graves (54,84%). A média de coeficiente nos períodos finais foi ligeiramente maior que nos períodos iniciais, identificando um maior nível de sofrimento.

A seguir, apresentamos a média da somatória de coeficiente para cada um dos transtornos (estresse, ansiedade e depressão) comparativamente às variáveis gênero, faixa etária, período e atividade remunerada (Tabela 9).

**Tabela 9** - Comparação da Média de coeficiente de Estresse, ansiedade e Depressão conforme as variáveis gênero, Faixa etária, período e atividade remunerada.

Variáveis	Média coeficiente		
	ESTRESSE	ANSIEDADE	DEPRESSÃO
Gênero			
Feminino	25,54	18,19	19,69
Masculino	16,95	11,14	11,62
Faixa etária			
Antes de 30 anos	23,22	15,8	18,19
Após 30 anos	22,5	18,16	13,33

Período			
Períodos iniciais	24,13	14	18,14
Períodos finais	21,67	19,22	16,39
Atividade remunerada			
Não está exercendo	22,98	16,27	17,01
Está exercendo	23,39	16	18,26

Fonte: organizado pela própria autora (2022)

Em relação à variável gênero, o coeficiente dos três grupos de transtorno psíquico foi maior na população feminina do que na masculina. O fator estresse apresentou um escore de 25,54 para o gênero feminino enquanto o grupo masculino teve um escore de 16,95. A ansiedade apresentou um escore de 18,19 e depressão o escore 19,69 em mulheres e nos homens os escores foram 11,14 e 11,62 respectivamente.

Em relação à faixa etária a variação comparativa foi bem menor entre o grupo de estudantes menores de 30 anos e maiores de 30 anos. A maior diferença identificada foi no índice de depressão, com escore de 18,19 para os alunos mais jovens enquanto os alunos acima de 30 apresentaram escore de 13,33. Já comparando os grupos quanto ao período que estão cursando, a maior diferença esteve na Ansiedade, onde o grupo que está cursando os períodos finais apresentou um escore de 19,22 e os períodos iniciais 14,00. A variável Atividade remunerada não apresentou diferença significativa comparativamente entre os que exercem ou não atividade remunerada.

Em seguida, categorizamos os escores em suas faixas de severidade e elaboramos um quadro que combinações de severidade para os três grupos sintomáticos, como demonstrado no Quadro 4.

**Quadro 4** - Prevalência das combinações dos níveis de severidade

COMBINAÇÕES			N	%
ESTRESSE	ANSIEDADE	DEPRESSÃO		
NORMAL/LEVE	NORMAL/LEVE	NORMAL/LEVE	13	17,57%
NORMAL/LEVE	NORMAL/LEVE	MODERADO	2	2,70%
NORMAL/LEVE	NORMAL/LEVE	GRAVE / EXT. GRAVE	2	2,70%
NORMAL/LEVE	MODERADO	NORMAL/LEVE	3	4,05%
NORMAL/LEVE	GRAVE / EXT. GRAVE	NORMAL/LEVE	1	1,35%
MODERADO	NORMAL/LEVE	NORMAL/LEVE	2	2,70%
MODERADO	NORMAL/LEVE	MODERADO	2	2,70%
MODERADO	MODERADO	NORMAL/LEVE	2	2,70%
MODERADO	GRAVE / EXT. GRAVE	NORMAL/LEVE	1	1,35%
MODERADO	GRAVE / EXT. GRAVE	MODERADO	6	8,11%

MODERADO	GRAVE / EXT. GRAVE	GRAVE / EXT. GRAVE	3	4,05%
GRAVE / EXT. GRAVE	NORMAL/LEVE	NORMAL/LEVE	4	5,41%
GRAVE / EXT. GRAVE	NORMAL/LEVE	GRAVE / EXT. GRAVE	2	2,70%
GRAVE / EXT. GRAVE	MODERADO	GRAVE / EXT. GRAVE	6	8,11%
GRAVE / EXT. GRAVE	GRAVE / EXT. GRAVE	NORMAL/LEVE	8	10,81%
GRAVE / EXT. GRAVE	GRAVE / EXT. GRAVE	MODERADO	6	8,11%
GRAVE / EXT. GRAVE	GRAVE / EXT. GRAVE	GRAVE / EXT. GRAVE	11	14,86%
TOTAL			74	100,00%

Fonte: organizado pela própria autora (2022)

Essa forma de organização dos dados obtidos pela DASS-21 permitiu-nos identificar quantos indivíduos apresentam uma combinação de faixas mais severas em todos os transtornos, indicando um provável sofrimento psíquico. Podemos observar que o maior percentual apresenta as combinações normal ou leve nos três transtornos. Por outro lado, de forma bastante contrastante, o segundo maior percentual (14,86) é da combinação de escores grave e extremamente grave, também nas três esferas (estresse, ansiedade e depressão).

Dialogando com os achados na literatura, percebemos que nossos dados são consonantes com os resultados de outras pesquisas. Na seleção de teses, dissertações e artigos que utilizaram o instrumento DASS-21 nas investigações, encontramos: 1 tese (MOUTINHO, 2018), 1 dissertação (SILVA, 2021) e dois artigos (LEITE; DORNELAS; SECCHIN, 2021; KUBRUSLY, 2021).

Moutinho (2018) avaliou longitudinalmente a prevalência e a incidência de sintomas de depressão, ansiedade e estresse, a qualidade de vida e o uso de substâncias psicoativas nos estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Quanto aos resultados da Dass-21, observou-se uma alta prevalência e incidência de transtornos emocionais em que quase 50% apresentou níveis elevados de sintomas de depressão, ansiedade e estresse nos dois anos de acompanhamento e aproximadamente 1 em cada 5 alunos sem sintomas iniciais, foram considerados novos casos até o final do estudo.

Já na pesquisa de Silva (2021) que buscou avaliar o grau de adaptação acadêmica dos estudantes universitários da área de saúde e investigar suas relações com os níveis de ansiedade e variáveis sociodemográficas e acadêmicas, foi apontado que na avaliação da ansiedade, os resultados mostraram que os universitários manifestaram níveis moderados de sintomas de ansiedade. Análise estatísticas de correlação indicaram que o nível de ansiedade apresentou variações, tendo sido maior para o sexo feminino e os alunos mais novos.

Outra pesquisa que buscou avaliar a influência religiosa e a relação com saúde mental em estudantes de Medicina, foi observado a partir da análise dos dados obtidos através do questionário DASS-21, que a maioria dos acadêmicos apresentava níveis normais de ansiedade, depressão e estresse, com a frequência relativa de 56,18%, 66,29% e 45,69%, respectivamente. Os autores salientam que uma parcela considerável apresentava tais transtornos de modo mais intenso, sendo 22,47% dos acadêmicos ansiosos, 21,73% estressados e 7,21% depressivos em níveis severo e extremamente severo.

Por fim, em pesquisa que investigou o fenômeno Nomofobia (fobia de ficar incomunicável sem o celular) em estudantes de medicina e a associação com depressão, ansiedade, estresse e desempenho acadêmico, também utilizou a escala DASS-21 para identificação dos transtornos mentais e foi constatado que mais de 50% dos estudantes apresentaram graus superiores ao nível leve de estresse, e 19,5% e 11,2% dos estudantes manifestaram ansiedade e depressão graves ou muito graves, respectivamente, identificando também que aumento da severidade da nomofobia tem correlação direta com o aumento dos escores da DASS-21 (KUBRUSLY, 2021).

Como apontamentos gerais, os autores apontam alta prevalência e incidência de transtornos mentais entre esse grupo de estudante, associando-se ao uso de drogas em abuso e aos níveis elevados de dependência tecnológica (MOUTINHO, 2018, KUBRUSLY, 2021). Em contrapartida, como consequência dos níveis elevados de estresse, depressão e ansiedade, podem ser preditores de menor grau de adaptação acadêmica e baixo rendimento acadêmico (SILVA, 2021; KUBRUSLY, 2021)

Todos os autores enfatizam a importância das pesquisas para auxiliar educadores no planejamento de estratégias que melhorem a saúde mental e a qualidade de vida dos estudantes de medicina e recomendam os avanços nas pesquisas futuras sobre o tema. Neste âmbito, reforçamos que é necessário a desnaturalização dos fenômenos a partir de um olhar que enfoca a historicidade e a complexidade das relações que constituem tais fenômenos, e por isso, como ressalta Armando Filho (2022) para o sofrimento e o adoecimento psíquico serem compreendidos demanda-se sentido da atividade vital como forma e como conteúdo da sua existência, como unidade entre objetividade e subjetividade.

### 3.7 DO SOFRIMENTO AO ADOECIMENTO PSÍQUICO

Achamos pertinente destacar que, conforme explica Marino Filho (2022, p. 639),

Aquilo que é vital do ponto de vista da produção da vida material não necessariamente ocupa o lugar de vital no campo da autorrealização pessoal. Uma motivação pessoal pode ocupar o lugar central, o lugar de atividade vital da personalidade. É nesse campo da subjetividade humana que consideramos o sofrimento psicológico. Tanto quanto a carência material na produção da vida biológica, a carência do poder e do domínio sobre a vida psicológica causam sofrimento.

Frente a esta constatação, destacamos a importância de investigar o sofrimento psíquico desses estudantes mediante a educação médica considerando que as funções psicológicas superiores, mediadas pela educação que nos ligam à cultura, são organizadas e operadas pela personalidade, tendo em vista o caráter contraditório da educação “que ao mesmo tempo em que medeia a humanização proporciona o surgimento de contradições vitais para a personalidade” (MARINO FILHO, 2022, p. 640).

Tomando como base os altos índices de ansiedade e estresse verificados pelo instrumento anterior, percebemos a necessidade de aprofundarmos na investigação destes sintomas. O SRQ 20 – Self Report Questionnaire é um instrumento utilizado para avaliar os transtornos mentais comuns, ou também chamados de não-psicóticos que caracterizam-se por sintomas ou queixas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas (WORLD HEALTH ORGANIZATION 1993, SANTOS *et al.*, 2011) .

Foi elaborado para detectar esses transtornos em países em desenvolvimento originalmente desenvolvido por Harding *et al.* (1980) e posteriormente validado pela Organização Mundial da Saúde - OMS (1993) devido à preocupação com os impactos que os problemas de saúde mental poderiam apresentar em países periféricos. Este instrumento sugere nível de suspeição (presença/ausência) de algum transtorno mental, mas não discrimina um diagnóstico específico. SRQ-20 é formado por 20 questões para o rastreamento de transtornos não psicóticos e as respostas são dicotômicas, sendo que, cada afirmativa soma um ponto, em um escore de 0 a 20 e que varia de nenhuma à extrema probabilidade de TMNP, respectivamente. (MARI; WILLIAMS 1986, SANTOS *et al.*, 2011, GUIRADO; PEREIRA, 2016).

Este instrumento é disposto na forma de resposta do tipo afirmativo/negativo. Cada resposta afirmativa pontua com o valor 1 para compor o escore final por meio do somatório destes valores. Os escores obtidos estão relacionados com a probabilidade de presença de transtorno não-psicótico, variando de 0 (nenhuma probabilidade) a 20 (extrema probabilidade).



Considera-se o ponto de corte igual ou acima de 7 pontos, estando o indivíduo, nesse caso, propenso a um estado depressivo (MARI; WILLIAMS, 1986).

O SRQ já foi traduzido para oito idiomas diferentes, sendo utilizado em vários países como: Colômbia, Índia, Filipinas, Sudão, Etiópia, Guiné-Bissau, Quênia, Brasil e Senegal. No Brasil, o SRQ tornou-se um instrumento bastante utilizado para suspeita diagnóstica dos transtornos mentais comuns, sendo a partir da década de 90 o instrumento de triagem para morbidade psíquica mais utilizado nos estudos brasileiros (BORGES; MEDRADO 1993, MARI; WILLIAMS 1986, LIMA *et al.*, 1996, MARI 1987, SANTOS *et al.*, 2011, GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI 2008, GUIRADO; PEREIRA, 2016). Tem sido também amplamente utilizado em pesquisas envolvendo estudantes de medicina no Brasil, como nos trabalhos de Fiorotti *et al.* (2010), Padovani *et al.* (2015), Bellinati e Campos (2020) e Rocha e Sassi (2013).

Descrição do instrumento: 20 questões (sim ou não) sobre sintomas psíquicos e somáticos. Discriminação entre casos positivos e negativos. Objetivo de detecção de casos suspeitos de transtornos de humor, de ansiedade e de somatização. Público-alvo: Qualquer ambiente, clínico ou não clínico. Estudos em larga escala, especialmente de prevalência de base populacional. Maiores de 14 anos. Aplicação: Autoaplicável. Duração de 5 a 10 minutos.

**Quadro 5 - Interpretação das pontuações:**

RESPOSTA / PONTUAÇÃO:	SIM ( 1) e NÃO (0 )
SOMA SIMPLES DOS PONTOS	(0-20 pontos)
SCORE FINAL:	(0 pontos) - Nenhuma probabilidade (1 - 7 pontos) - Caso não suspeito (8 - 19 pontos) - Caso suspeito (20 pontos) - Extrema probabilidade
PONTO DE CORTE– recomendado	Igual ou maior que 8

Fonte: organizado pela própria autora (2022)

Os sintomas neurológicos avaliados pela versão de 20 itens do SRQ englobam fatores somáticos como dores de cabeça, apetite, digestão e sono, sintomas depressivos e de ansiedade como medo, infelicidade, choro e falta de valores, e fatores mais cognitivos, como diminuição de interesse e energia para as atividades diárias, incapacidade para pensar ou tomar decisões. Na literatura internacional há vários estudos de avaliação do desempenho do SRQ. Em geral, os estudos apontam desempenho satisfatório deste instrumento.

Os sintomas neuróticos avaliados pela versão de 20 itens do SRQ (o SRQ-20) aproximam-se dos transtornos mentais comuns (TMC), que se caracterizam por sintomas não psicóticos, como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e

queixas somáticas. Na literatura internacional há vários estudos de avaliação do desempenho do SRQ. Em geral, os estudos apontam desempenho satisfatório deste instrumento. Além da análise de indicadores de validade e de confiabilidade, têm sido também analisados os fatores capazes de interferir no desempenho do SRQ (BORGES; MEDRADO. 1993, MARI; WILLIAMS, 1986, LIMA *et al.*, 1996; MARI, 1987; SANTOS *et al.*, 2011; GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008; GUIRADO; PEREIRA, 2016).

Assim como nas outras escalas utilizadas neste trabalho, este instrumento foi aplicado também para 74 estudantes de medicina da UNIFIMES entre março a dezembro de 2021. Inicialmente, realizamos os cálculos de média e agrupamos as perguntas de acordo com os sintomas em 4 categorias sugeridas por MARI; WILLIAMS 1986: Sintomas somáticos, Humor depressivo ansioso, diminuição da energia vital e pensamentos depressivos. Além disso, comparamos os resultados obtidos entre os alunos dos períodos iniciais e finais (Tabela 10).

**Tabela 10** - Prevalência dos sintomas individuais e agrupados em categorias aferidos pelo SQR-20 e comparativo entre os períodos iniciais e finais

SINTOMAS		TOTAL (%)	% POR GRUPO SINTOMÁTICO	PRIMEIROS PERÍODOS(%)	% POR GRUPO SINTOMÁTICO	ULTIMOS PERÍODOS(%)	% POR GRUPO SINTOMÁTICO
<b>SINTOMAS SOMÁTICOS</b>	Você tem dores de cabeça frequente?	64.86%		72.09%		54.84%	
	Tem falta de apetite?	62.16%		72.09%		48.39%	
	Tem má digestão?	41.89%	55.74%	20.93%	53.49%	70.97%	58.87%
	Tem sensações desagradáveis no estômago?	54.05%		48.84%		61.29%	
<b>HUMOR DEPRESSIVO ANSIOSO</b>	Dorme mal?	82.43%		79.07%		87.10%	
	Assusta-se com facilidade?	58.11%		44.19%		77.42%	
	Tem tremores nas mãos?	45.95%		32.56%		64.52%	
	Sente-se nervoso(a). tenso(a) ou preocupado(a)	95.95%	67.34%	97.67%	63.18%	93.55%	73.12%
	Tem se sentido triste ultimamente?	70.27%		72.09%		67.74%	
	Tem chorado mais do que de costume?	51.35%		53.49%		48.39%	
<b>DIMINUIÇÃO DE ENERGIA VITAL</b>	Tem dificuldades de pensar com clareza?	75.68%	74.10%	76.74%	74.03%	74.19%	74.19%

	Encontra dificuldades para fazer com satisfação suas atividades diárias?	75.68%		86.05%		61.29%
	Tem dificuldades para tomar decisões?	78.38%		76.74%		80.65%
	Tem dificuldades no serviço ou atividade que desempenha (seu trabalho causa-lhe sofrimento?)	63.51%		65.12%		61.29%
	Sente-se cansado(a) o tempo todo?	81.08%		79.07%		83.87%
	Você se cansa com facilidade?	70.27%		60.47%		83.87%
<b>PENSAMENTOS DEPRESSIVOS</b>	É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	31.08%		37.21%		22.58%
	Tem perdido o interesse pelas coisas?	64.86%	43.24%	69.77%	43.60%	58.06%
	Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	56.76%		53.49%		61.29%
	Tem tido ideia de acabar com a vida?	20.27%		13.95%		29.03%
<b>MEDIA TOTAL</b>			60.11%			58.58%
						62.23%

Fonte: organizado pela própria autora (2022)

Identificamos o grupo amostral possui em média 60,11% de prevalência de sintomas mentais comuns ou não psicótico investigado pelo SRQ-20, sendo que o grupo de alunos dos períodos finais apresentam uma prevalência ligeiramente maior que o grupo de alunos dos períodos iniciais (62,23% e 58,58% respectivamente).

Quando observamos as quatro categorias sintomatológicas individualmente observamos que 55,74% dos estudantes possuem algum tipo de sintoma somático, sendo os mais frequentes nos períodos iniciais as dores de cabeça e a falta de apetite e nos últimos períodos a má digestão. Comparativamente, o grupo de períodos finais apresentam uma prevalência maior que dos períodos iniciais nesta categoria.

Na categoria Humor depressivo e ansioso tivemos uma média total de prevalência de sintomas de 67,34%, sendo que os últimos períodos tiveram uma prevalência consideravelmente mais alta que do grupo de períodos iniciais, com 73,12% para 63,18%

respectivamente. O sintoma mais comum em ambos os grupos foi sentir-se nervoso, tenso ou preocupado.

Os sintomas da categoria Diminuição da energia vital esteve presente em 74,10% dos alunos pesquisados, representando o maior índice das categorias e sua prevalência foi bastante similar nos dois grupos, contudo, observando os sintomas individuais, os períodos iniciais tiveram predominância de resposta no sintoma “Encontra dificuldades para fazer com satisfação suas atividades diárias?” com 86,05% e os períodos finais apresentaram como principais sintomas sentir-se cansado o tempo todo e cansar com facilidade, com 83,87% em ambas as perguntas.

A categoria pensamentos depressivos foi a que obteve menor prevalência, com 43,24%, no qual o sintoma ter perdido o interesse pelas coisas foi predominante nos períodos iniciais (69,77%) ao passo que sentir-se inútil e sem préstimo foi a resposta mais marcada nos períodos finais, com 61,29% de frequência.

Em seguida, aplicamos a interpretação da pontuação individual através da categorização em escores e ponto de corte 7/20, conforme proposto por MARI; WILLIAMS (1986) e OMS (1993). Assim, foi considerado caso suspeito de TCM ou TMNPos indivíduos que apresentarem 8 ou mais pontos na pontuação total (Tabela 11).

**Tabela 11** - Presença de TMNP de acordo com SQR20 (probabilidade de casos suspeitos). Ponto de corte 7/20 (MARI, 1986)

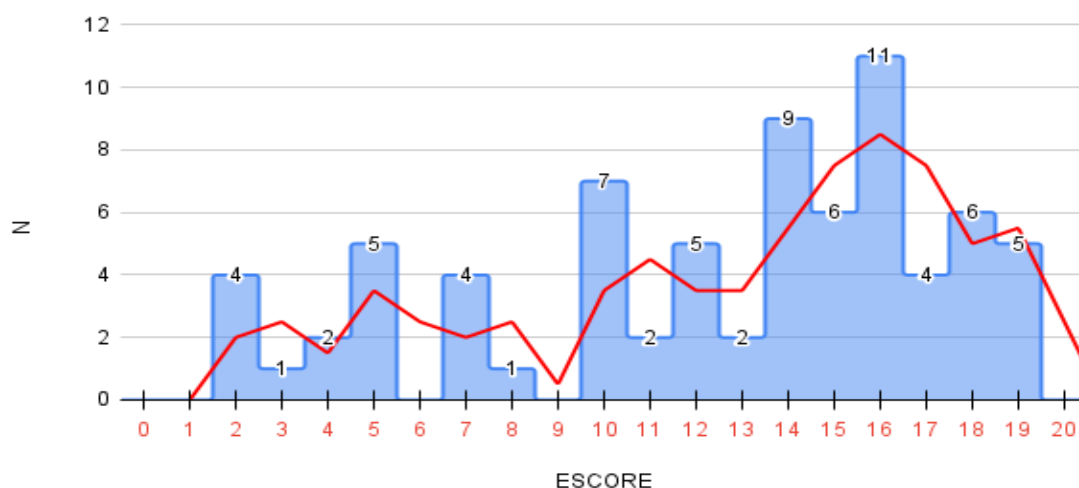
	% De Probabilidade	Média De Índice Individual / Total	Moda Do Índice Individual / Total
Total De Alunos	78,38%	12 / 20	16/20
Períodos Iniciais	74,42%	12/20	16/20
Períodos Finais	83,87%	13/20	15/20

Fonte: organizado pela própria autora (2022)

Obtivemos que 78,38% dos alunos são considerados suspeitos de TMC ou TMNP, sendo que os estudantes dos períodos finais apresentaram uma prevalência maior que os estudantes dos períodos iniciais. A média de pontuação foi de 12 pontos para os alunos dos períodos iniciais, sendo que a pontuação mais frequente, nesse grupo, foi 16 (11 alunos pontuaram 16 pontos), ao passo que a média dos períodos finais foi de 13 pontos, sendo que a pontuação mais frequente foi de 15 (6 alunos pontuaram 15 pontos). Conforme os intervalos de pontuação, ambos os grupos estão enquadrados em caso suspeito (8 a 19 pontos) (MARI; WILLIAMS, 1986).

Conforme observado no gráfico a seguir (Gráfico 1), a maior parcela amostral apresentou pontuação igual a maior que 10 pontos no escore, identificando uma relativa homogeneidade no grupo quanto à presença de algum transtorno mental comum ou transtorno mental não psicótico, que evidencia algum grau de sofrimento psíquico.

**Gráfico 1** - Quantitativo de alunos em relação a somatória de pontos do SRQ-20.  
N versus ESCORE



Fonte: organizado pela própria autora (2022)

A busca na literatura nos permitiu encontrar uma tese (GOMES, 2019), duas dissertações (Gryschek 2014, NUCCI, 2017) e nove artigos (LIMA; DOMINGUES; CERQUEIRA, 2006, GAVIOLI *et al.*; 2009; FIOROTTI *et al.*, 2010; ANDRADE *et al.*, 2014; SILVA; CERQUEIRA; LIMA, 2014; GREYHER *et al.*, 2019, BELLINATI; CAMPOS, 2020; GONDIM SALES *et al.*, 2020, TEIXEIRA *et al.*, 2021) que utilizaram o SRQ-20 em suas pesquisas com alunos de medicina.

O trabalho de Gomes (2019) objetivou caracterizar o perfil, os fatores associados à suspeita de Transtornos Mentais Comuns (TMC) e a autopercepção da qualidade de vida (QV) nos estudantes do curso de Medicina da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA). A prevalência de suspeita de TMC no grupo de estudantes brasileiros foi de 40%. O tempo de curso ( $p = 0,039$ ), a dieta ( $p = 0,009$ ) e achar o curso estressante ( $p = 0,034$ ) estiveram associados à suspeita de TMC no grupo de estudantes brasileiros.

Já a investigação de Gryschek (2014) estimou a prevalência de transtorno mental comum (TMC) entre os estudantes de medicina da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) no primeiro (2006) e sexto (2011) anos do curso e analisou a associação com variáveis explanatórias. A prevalência de TMC foi de 31,2% no início do curso e 37,7% ao final do curso,

não havendo diferença significativa entre os dois períodos. Já Nucci (2017) Relacionou o ambiente educacional à prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) entre estudantes de medicina. A prevalência de TMC entre os estudantes foi de 49,2%. Dentre outros fatores, a TMC esteve associada ao ambiente educacional.

Outras produções que salientaram o aspecto Transtorno Mental Comum (TCM) entre estudantes de Medicina, a primeira produção, publicada em 2006 teve como objetivo identificar a prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina de Botucatu, SP encontrando-se a prevalência de 44,7%, associado à dificuldade para fazer amigos, avaliação ruim sobre desempenho escolar, pensar em abandonar o curso e não receber o apoio emocional de que necessita (LIMA; CERQUEIRA, 2006). Em 2010 pesquisa similar apontou que a prevalência total de TMC encontrada foi de 37,1% (FIOROTTI *et al.*, 2010). Em estudo longitudinal encontrou-se a prevalência de TMC de 31,2% em 2006 e 37,7 % em 2011 (GONÇALVES, 2014).

Outro estudo neste mesmo ano identificou a prevalência de TMC em 44,9%. Por fim, convergindo com os achados anteriores, em trabalho realizado em 2014, a prevalência de TMC encontrada foi de 50,9% (SILVA; CERQUEIRA; LIMA, 2014). De maneira geral, a população pesquisada foi semelhante à nossa pesquisa onde houve predomínio de jovens entre 20 a 24 anos, mulheres e uma variação de prevalência de TMC entre 37,1% (GAVIOLI *et al.*, 2009) a 62,8% (TEIXEIRA *et al.*, 2021), merecendo destaque o aumento percentual considerável no último estudo encontrado, o que é uma fonte rica de reflexão futura.

Sintetizando as conclusões destes estudos, entre os fatores de risco as pesquisas evidenciaram a dificuldade para fazer amigos, avaliação ruim do desempenho escolar, pensar em abandonar o curso, falta de apoio emocional, diagnóstico prévio de depressão, insônia, problemas pessoais, privação de lazer, sentir-se rejeitado, especialmente nos anos finais, dificuldade para tirar dúvidas em sala de aula por timidez, questões de insegurança na adolescência e infância, excesso de carga horária curricular, limitação do autocuidado e a prática de hábitos saudáveis, dificuldades de gestão de tempo e concentração das demandas acadêmicas em poucos dias de ensino na metodologia ABP (LIMA; DOMINGUES; CERQUEIRA, 2006, GAVIOLI *et al.*, ; 2009; FIOROTTI *et al.*, 2010; ANDRADE *et al.*, 2014; SILVA; CERQUEIRA; LIMA, 2014; GREYER *et al.*, 2019, BELLINATI; CAMPOS, 2020; GONDIM SALES *et al.*, 2020, TEIXEIRA *et al.*, 2021).

Todas as pesquisas relataram, de modo geral, que a prevalência de transtornos mentais comuns mostrou-se elevada entre os estudantes de medicina comparando-se com outros grupos

e esse resultado integra-se a variáveis relacionadas ao apoio percebido por eles. Destacaram também as experiências emocionalmente conflituosas como o contato com pacientes graves e formação de grupos e a rede de apoio considerada deficiente.

Teixeira (2021) que verificou a saúde mental dos acadêmicos de medicina no período de pandemia observou como fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais estar nos dois primeiros anos do curso, relatar má adaptação ao ensino a distância, apresentar dificuldade de concentração, preocupar-se com o atraso da graduação, ter um diagnóstico prévio de transtorno mental, morar com alguém que precisa trabalhar fora de casa, ser incapaz de manter hábitos saudáveis e ter medo de ser infectado pelo vírus.

Os resultados em geral sugerem a intensificação de redes de apoio psicológico e uma reflexão acerca do papel da instituição, do currículo médico e do processo ensino-aprendizagem no desencadeamento, manutenção e prevenção dos sintomas de sofrimento psíquico. A partir do diálogo com as diversas pesquisas no Brasil, percebemos que nosso estudo apresenta resultados similares e que, a partir de então devemos investigar a causalidade da suspeita de TMC e intensificar o conhecimento, ampliar a prática da conduta diária e planejar ações e melhorar a saúde mental e física do futuro médico.

A despeito das produções cujo objeto da pesquisa foi o sofrimento psíquico verificou-se na primeira produção encontrada associação do sofrimento com os fatores de se sentirem rejeitados, dificuldade para fazer amigos e autoavaliação negativa no desempenho escolar (GAVIOLI *et al.*, 2009).

Outro estudo em abordagem qualitativa a respeito do sofrimento psíquico na formação médica, na qual foram analisadas as percepções e enfrentamento do estresse por acadêmicos do curso de Medicina, concluiu-se que os fatores de estresse são a carga horária excessiva, excesso de conteúdo, grande responsabilidade, insegurança e medo do fracasso, ambiente competitivo, abuso verbal, violência dos trotes ao recepcionar os calouros. Dentre as táticas de enfrentamento os aspectos sociais, religiosos, atividades físicas, retirar-se do ambiente acadêmico e receber apoio dos pais/familiares em compartilhar suas dificuldades se mostraram as mais relatadas pelos alunos (PEREIRA, 2014).

Andrade *et al.* (2014) corrobora com estes achados e verificou que nos últimos anos do ciclo básico há o período de maior prevalência de suspeitos de portar transtornos mentais e também há a maior queixa de disputa por notas pelos alunos, concluindo que a progressão cronológica do curso médico aumenta a prevalência do sofrimento mental dos estudantes, sendo fortes implicadores os processos ligados à formação acadêmica.

Outra pesquisa abordando os motivos de trancamento de matrícula identificou que o significado da interrupção do curso, na maioria das vezes, foi relacionado a situações de sofrimento psíquico (59,6%) com predominância no ciclo básico (55,3%), concluindo que os trancamentos podem se revelar como sintomas do sofrimento psíquico dos estudantes, associados a fatores como adoecimento psíquico, reprovações, dúvida na escolha do curso, desentendimentos familiares e uso considerado abusivo de drogas. Nesses pedidos, há fatores e contextos associados às dificuldades emocionais que são entendidos como expressão de um mal-estar do estudante, que lhe causa sofrimento: adoecimento psíquico, reprovações, dúvida na escolha do curso, desentendimentos familiares e uso considerado abusivo de drogas. Os dados indicam necessidade de maior atenção institucional prioritariamente a alunos do ciclo básico e alunos que repetem trancamentos com justificativa relacionada a sofrimento psíquico (RIBEIRO; CUNHA; ALVIM, 2016).

Sobre os enfrentamentos associados ao estresse e depressão pelos acadêmicos de medicina da UFC, Aguiar (2007) identificou a prevalência de 49,7% de sintomas de estresse, sendo os estudantes do início do ciclo clínico os que tiveram níveis mais altos desses sintomas. A prevalência de sintomas depressivos foi de 23,7%. Os resultados demonstraram que, individualmente, as variáveis estresse, sexo, renda familiar, história familiar de doença psiquiátrica e existência de doença psiquiátrica em parentes de 1º grau influenciaram a prevalência de sintomas depressivos nos acadêmicos de Medicina. Concluiu que estudantes de Medicina têm níveis de estresse similares àqueles relatados para amostras internacionais. Além disso, a sintomatologia depressiva nos acadêmicos de Medicina é alta e a prevalência de sintomas depressivos aumenta ao ingressarem no Ciclo Clínico.

Mais uma pesquisa envolvendo sintomas depressivos entre acadêmicos de medicina de escola pública identificou que a prevalência geral foi de 40,5% sendo as variáveis de maior impacto associadas ao aparecimento de sintomas depressivos: pensamento de abandonar o curso, tensão emocional e desempenho acadêmico regular (DE OLIVA COSTA *et al.*, 2012).

Pesquisas futuras convergiram com esses achados identificando percentuais semelhantes onde mostraram que os distúrbios do humor foram os mais frequentemente relatados (44,3%) (RIBEIRO; MELO; ROCHA, 2019). Nesta mesma pesquisa identificou-se que o desejo de morrer esteve presente em 6,2% dos pesquisados. Apesar da ideação suicida, em estudo realizado em 2015 os dados são semelhantes e indicaram que 9% da amostra apresentaram ideação suicida. Foi verificado que quanto maior a empatia nas esferas cognitivas e afetivas menor a presença de ideação suicida (DANTAS, 2015).



### **3.7.1 BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE O TERMO “TRANSTORNO MENTAL COMUM”**

Cabe aqui realizar um parêntese em consideração ao termo Transtorno Mental Comum, termo este que pode suscitar contestações e ser também substituído pelo termo Transtornos Mentais Não Psicóticos (TMNP). Aqui apresentamos uma breve justificativa da escolha da nomenclatura adotada.

A expressão Transtornos Mentais Comuns (TMC) foi utilizada por Goldberg e Huxley, em 1992, para caracterizar quadros não psicóticos. São manifestos por queixas variadas, expressas através de sintomas depressivos e ansiosos, insônia, irritabilidade, fadiga, esquecimento, dificuldade de se concentrar e tomar decisões, e queixas somáticas, tais como, cefaleia, falta de apetite e má digestão (ALMEIDA *et al.*, 2007; FERREIRA; KLUTHCOVSKY; CORDEIRO, 2016).

De acordo com Fiorotti *et al.* (2010) os TMC representam os quadros menos graves, porém, bastante frequentes, de transtornos mentais, uma condição que não implica diagnóstico psiquiátrico formal, segundo os critérios padronizados pela Classificação Internacional das Doenças da Organização Mundial da Saúde – 10ª Revisão (CID-10). Nos TMC ocorre a combinação de sintomas e sinais pertencentes a diversas categorias (ansiedade, depressão, transtornos somatoformes, entre outras), portanto, os sintomas de TMC são considerados comuns, mas o diagnóstico não se enquadra na limitação de uma determinada categoria, conforme estabelece o CID-10.

Os casos de TMC expressam uma condição de sofrimento psíquico manifesto por sintomas mentais e físicos. Ademais são responsáveis por alto custo social e econômico por implicar, muitas vezes, incapacidade funcional que pode ser comparada a quadros crônicos de transtornos mentais, assim como prejuízos nos relacionamentos e no desenvolvimento das atividades diárias, sendo a base para o desenvolvimento de transtornos mais graves (ROCHA; SASSI, 2013; FIOROTTI *et al.*, 2010; ALMEIDA *et al.*, 2007).

A prevalência de TMC na população em geral varia de 7% a 30% nos países desenvolvidos e em estudos nacionais esta taxa tem variado de 20 a 35% (ANSELMINI *et al.*, 2008; LIMA; DOMINGUES; CERQUEIRA, 2006; STALLMAN, 2010). A identificação e o tratamento destes transtornos são muito importantes, pois, além do sofrimento causado, geralmente, associam-se a outras comorbidades (FERREIRA; KLUTHCOVSKY; CORDEIRO, 2016).

Embora o termo TMC seja frequentemente utilizado (ALMEIDA *et al.*, 2007; ANSEMI *et al.*, 2008; ASSUNÇÃO *et al.*, 2013; DE OLIVA COSTA *et al.*, 2012; FERREIRA; KLUTHCOVSKY; CORDEIRO, 2016; FACUNDES; LUDERMIR, 2005; FIOROTTI, *et al.*, 2010; LIMA; DOMINGUES; CERQUEIRA, 2006) ainda não existe consenso na literatura. Outros termos são utilizados para expressar este grupo de sintomas de sofrimento psíquico: transtornos psíquicos menores (ANDRADE *et al.*, 2017a), transtornos psiquiátricos menores (CUNHA *et al.*, 2009) e transtornos mentais menores (ROCHA; SASSI, 2013). No presente trabalho, optou-se pela utilização do termo TMC, considerando sua definição abrangente e a frequência com que é utilizada na literatura específica.

### 3.8. O QUE VOCÊ ESTÁ SENTINDO? VAMOS CONVERSAR: OS DIÁLOGOS DO GRUPO FOCAL

Cada um tem o poder, se não absoluto, ao menos parcial, de compreender a si mesmo e de compreender os seus afetos, clara e distintamente e, conseqüentemente, de fazer com que padeça menos por sua causa (SPINOZA, 2009, p. 217).

Conhecer a si mesmo implica, obviamente, em desvelar também nossos medos e sofrimentos muitas vezes ocultos e silenciados. Pensamos em como poderíamos permitir momentos de reflexão e diálogo coletivo ao mesmo tempo em que ganharíamos dados para nossa pesquisa e obtivemos como resultado este capítulo. Realizamos a formação de grupos focais online com estudantes dos anos iniciais e finais do ciclo básico do curso de Medicina como mais um meio investigativo.

Esta técnica possibilita o levantamento das diferentes percepções e opiniões do grupo quanto aos valores culturais e representações sobre o tema, as relações com os indivíduos, as instituições e a sociedade, como forma de se compreender criticamente o sentido manifesto ou oculto da comunicação, analisando-a e buscando seu significado (SILVA; ASSIS, 2010; LERVOLINO; PELICIONI, 2001)

O grupo focal é um instrumento de pesquisa criado em 1926, inicialmente utilizado em ciências sociais e pesquisa de marketing e tem sido utilizada nas áreas de antropologia, ciências sociais, mercadologia e educação em saúde desde a década de 70. Em 1989 foi utilizada no Brasil, aplicada na área da saúde, na Universidade de São Paulo. Esta técnica proporcionou um avanço significativo nas pesquisas qualitativas ao tornar ativa a participação dos sujeitos da pesquisa, com interação grupal e promovendo uma ampla problematização sobre um tema ou foco específico. Com ela, pode-se analisar os fenômenos com maior profundidade e ampliar o

acesso às informações, gerando novos pontos de vista e aprofundando a discussão (SMEHA, 2009; BARDIN, 1995)

As diversas etapas deste método de pesquisa geram um trabalho em equipe entre os pesquisados, aumentando a qualidade e a perspectiva do relato individual, incrementando a participação de forma crítica e criativa. Através do embate de opiniões, a discussão faz com que ocorra mudança de julgamento dos próprios pesquisados, evidenciando os conceitos prévios dos gerados no coletivo. Este método descreve, analisa e interpreta as mensagens/enunciados de todas as formas de discurso, procurando ver o que está por detrás das palavras (SEVERINO, 2007).

Os depoimentos foram colhidos, gravados, transcritos e analisados segundo o método de Laurence Bardin de análise dos dados. Esta forma de pesquisa favoreceu a troca de experiências e compartilhamento de sentimentos entre os alunos e pesquisadora. A discussão desses dados os fizemos à luz do método investigativo e de análise da Teoria Histórico-Cultural, em especial com o diálogo das obras dos estudiosos Lev Semionovitch Vigotski e Alexei Leontiev e com aprofundamento dos conceitos de Desenvolvimento da função mental superior, formação da Consciência e a Sociedade de Classes.

Contudo, antes de apresentarmos os procedimentos e resultados destes grupos, achamos pertinente esclarecer algumas especificidades do momento. Durante a elaboração do projeto, que ocorreu ao fim de 2019, planejamos os encontros na modalidade presencial, veio então a pandemia, os isolamentos sociais e com isso a inviabilidade de realizá-los desta maneira.

Pensamos, questionamos, quase desistimos, investigamos e encontramos a possibilidade respaldada de realizá-los de forma online, considerando todas as limitações inerentes à essa metodologia investigativa e as possíveis lacunas que surgiriam. Acontece que lacunas também fazem parte do todo e também merecem atenção...assim como a ausência e o silêncio também são respostas. O tópico a seguir trata de alguns aprofundamentos bibliográficos acerca da utilização de grupos focais online enquanto instrumento investigativo em pesquisas qualitativas, deixando à cargo dos próximos tópicos a apresentação da nossa inferência.

### **3.8.1 Aplicação Do Grupo Focal *Online* Na Pesquisa Em Educação: A Pesquisa Em Tempos De Pandemia**

Para compreender o ser humano como síntese de inúmeras relações, é preciso que se leve em consideração aspectos históricos e culturais da vida material que o constituem. Os autores realçam que a Teoria Histórico-Cultural percebe o ser humano como um ser ativo, que

se constitui na história, atuando sobre as situações que vive, produzindo cultura e sendo modificado por essas mesmas situações histórico-sociais (Gomes, Silva e Alfredo; 2018).

Realizamos a coleta de dados durante a pandemia. Como é sabido e foi vivido por todos, todo o mundo passou por um longo período de insegurança e medo causado pelo SARS-CoV-2, vírus responsável pela doença COVID-19, que impôs a premência de reinventar maneiras de dar continuidade às diferentes atividades humanas para a sobrevivência. Pela sua associação a sintomas gripais e tendo como orientação o distanciamento social e a constante higienização das mãos e dos ambientes, o mundo viu-se diante novos estilos de se relacionar.

A pesquisa por meio da aplicação do método do grupo focal *online*, aliada a uma teoria solidificada, foi uma maneira que nos permitiu reinventar e dar continuidade aos estudos e pesquisas, discutir e explicar os achados e ampliar as possibilidades de conhecimentos. Estruturamos este tópico de forma a expor alguns vieses da aplicação do grupo focal *online* na pesquisa em educação diante do cenário pandêmico, com enfoque nas ponderações críticas e dialéticas, provocando, no leitor, a compreensão do ser humano como sujeito constituído histórico e culturalmente, com o embasamento teórico de Gatti (2005), Gomes (2005), Abreu; Baldanza; Gondim Sales (2009); Damasceno *et al.* (2014), Mello; Cruz (2018) e Duarte *et al.* (2020).

Duarte *et al.* (2020) apontam que a teoria de Vigotski consegue subsidiar uma reflexão de como as mudanças nas relações devido à pandemia influenciam o ser humano:

Pontos fundamentais na mudança de comportamento para o controle do avanço da doença e adoção das medidas de precaução devem resgatar a teoria Vygostkyana de que o ser humano deve ser afetado pelo meio no qual está inserido no sentido de transformá-lo. E não apenas o que está intimamente ao redor do indivíduo, de modo particularizado, mas de acordo com Vigotski o que se encontra na universalidade social que em graus diferentes afeta as interações culturais constitutivas da vida particular de cada ser humano (DUARTE *et al.*, 2020, p. 8588).

As mudanças causadas para prevenir a contaminação em massa pela COVID-19 afetaram toda a humanidade e influenciaram as pesquisas em educação. Após compreender o momento e o que estava acontecendo, imaginaram-se novas formas de prosseguir com a produção de conhecimento. A internet tornou-se ferramenta essencial para o ser humano, sua comunicação, seu aprendizado e suas relações. No Brasil, o uso de computadores com acesso à internet tem aumentado substancialmente. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2011), o percentual de pessoas com 10 anos ou mais de idade que acessaram a internet passou de 20,9% (31,9 milhões) em 2005 para 46,5% (77,7 milhões) em 2011. Dos 77,7 milhões que acessam a internet, 47,5% o fazem em suas casas.

Apesar de o uso da internet para as pesquisas *online* não ser exclusivamente por consequência da COVID -19, esse meio ganhou maior visibilidade no momento de pandemia. Em função da necessidade de manter o distanciamento social, evitar aglomerações e ter cuidado com ambientes e mãos, a internet tornou-se um meio eficaz e possível de aquisição de novos aprendizados (DAMASCENO *et al.*, 2014).

A flexibilidade que a internet propiciou às pesquisas contribuiu para a aplicação de diferentes técnicas na coleta de dados, entre elas, a técnica do grupo focal. Gatti (2005) frisa que essa técnica está sendo cada vez mais utilizada nas pesquisas sociais. A autora a caracteriza da seguinte forma:

Em geral, podemos caracterizar essa técnica como derivada das diferentes formas de trabalho com grupos, amplamente desenvolvidas na psicologia social. Privilegia-se a seleção de participantes segundo alguns critérios – conforme o problema em estudo -, desde que eles possuam algumas características em comum que os qualificam para a discussão da questão que será o foco do trabalho interativo e da coleta do material discursivo/expressivo. Os participantes devem ter alguma vivência com o tema a ser discutido, de tal modo que sua participação possa trazer elementos ancorados em suas experiências cotidianas (GATTI, 2005, p. 7).

Gomes (2005) define grupo focal como um grupo

constituído por um conjunto de pessoas selecionadas e reunidas por pesquisadores para discutir e comentar um tema, que é objeto da pesquisa, a partir de suas experiências pessoais.

Trata-se de uma técnica qualitativa e não-diretiva, inspirada em técnicas de entrevistas não-direcionadas e grupais usadas na psiquiatria, que tem sido adaptada e empregada, há muito tempo, com diversas finalidades e em diversos contextos (GOMES, 2005, p. 41).

O grupo focal é uma técnica utilizada desde 1920, nas pesquisas em *marketing*, por Merton, nos grupos sociais em 1940, e em 1970 e 1980, nas pesquisas de mercado, comunicação, campanhas eleitorais, na avaliação de materiais diversos ou de serviços, pesquisas-ação ou pesquisas-intervenção (GATTI, 2005, GOMES, 2005). Contudo, Gatti (2005) explicita que “houve uma espécie de redescoberta dos grupos focais no início dos anos 1980, momento em que a preocupação em adaptar essa técnica ao uso na investigação científica cresceu” (p. 8).

A confiabilidade do grupo focal como técnica na coleta de dados nas pesquisas científicas tem concorrido para a sua utilização nas pesquisas pela internet. Abreu, Baldanza e Gondim Sales (2009) listam algumas especificidades da aplicação da técnica no ambiente virtual:

O grupo focal on-line é um método de coleta de informações semelhante ao grupo focal presencial. Sua principal característica, não obstante, é a de ser realizado em ambiente virtual, dispensando a presença física dos participantes para que haja

interação e consequente comunicação entre eles. Essa diferenciação é apontada como uma das principais vantagens dos grupos focais on-line. Por ser realizado em um ambiente relativamente novo, levando em conta o tempo em que a Internet efetivamente está sendo utilizada de modo mais amplo, bem como o avanço dos estudos na área que ainda são recentes, os grupos focais on-line apresentam outras vantagens e desvantagens em relação aos grupos presenciais (ABREU, BALDANZA e GONDIM SALES, 2009, p.10).

Mello e Cruz (2018) identificam, como uma das primeiras vantagens da aplicação do grupo focal *online*, a facilidade na realização dos encontros, por dispensar a presença física dos participantes e, com isso, evitar gastos com a locomoção. A participação pode se dar em um ambiente familiar, confortável, como em suas residências ou escritórios. Ainda há a descontração, por não estar no convívio com outras pessoas, por vezes desconhecidas. Além disso, sublinham a viabilidade de registrar os dados em menor tempo, a confiabilidade e a análise do material. Em contrapartida, entre as desvantagens, reconhecem a necessidade de o pesquisador estar atento aos gestos, expressões corporais, tom de voz e postura, e de dominar o manejo para manter a atenção dos participantes. São itens que podem passar despercebidos no ambiente virtual. Damasceno *et al.* (2014) comentam que

o método online apresenta vantagens que podem também minimizar os custos da realização da pesquisa, tais como: facilidade de agendamento da entrevista; possibilidade de executar outras tarefas durante a condução da entrevista; possibilita ao pesquisador e pesquisado não estarem necessariamente na mesma localidade e; por fim, permite uma maior reflexão e objetividade das respostas (DAMASCENO, 2014, p.8).

Na utilização da técnica do grupo focal, Gatti (2005) cita alguns cuidados inerentes à sua aplicação. Por exemplo, o problema precisa estar claro junto às questões contextualizadas que serão levadas para discussão. Além disso, o roteiro deve ser bem elaborado, mas pode ser flexível, conforme a participação, o andamento e a escolha dos integrantes do grupo.

Do mesmo modo, Abreu, Baldanza e Gondim (2009) realçam o valor da preparação para a aplicação *online*, o escopo bem definido, a elaboração do roteiro para a dinâmica da discussão grupal, os participantes, o registro das atividades e a disponibilização do *link* para o acesso. Exemplificam a realização:

Nas datas programadas, os participantes acessam o endereço do site e digitam o nome de usuário para entrar na sala de debate previamente definida pelo pesquisador. Uma dinâmica de apresentação é então conduzida pelo moderador, a fim de que todos os participantes tenham conhecimento inicial sobre os demais: nome, formação, local onde reside etc. Em seguida, é feita uma apresentação geral dos objetivos da realização dos grupos e esclarecidas as dúvidas iniciais quanto à participação, à análise e divulgação dos resultados. Na sequência, o moderador digita uma pergunta com base no tópico-guia, e espera alguns participantes responderem ou questionarem o moderador, dando início assim ao processo de discussão. O tempo de realização de

cada grupo varia entre uma e duas horas, no que não se diferenciam dos grupos focais presenciais (ABREU, BALDANZA e GONDIM, 2009, p.13).

As pesquisas utilizando a técnica do grupo focal na modalidade *online* têm crescido a cada dia, apesar de precisar de adequações. Durante o período de pandemia, têm ocasionado a continuidade dos estudos científicos e, como consequência, aperfeiçoado o uso da tecnologia.

Devemos ressaltar algumas inquietudes que as pesquisas remotas podem gerar e dialogar sobre mecanismos de pesquisa-ação transformadora, sem desviar os olhos da nossa atual conjuntura, marcada por uma pandemia inserida em uma sociedade de sistema político e econômico ultraliberalista e capitalista.

Há, em nosso país, um cenário de desigualdades sociais e culturais a superar diariamente, que influencia diretamente nos aspectos afetivos, emocionais, motivacionais, nas formas e relações sociais estabelecidas. Desnuda-se entraves no acesso à saúde, à higiene, ao direito de se isolar ou se proteger. Tais óbices agigantam-se, quando se trata do acesso à educação, ao conteúdo digital, às redes de internet, e das condições estruturais a que aluno, professor e pesquisador são submetidos.

Além das instruções operacionais de um grupo focal *online*, que se assemelham às ocorrências presenciais, como ter em mente o papel do moderador, cuja função é reger a discussão e propiciar que o grupo empreenda, ao máximo, o assunto em questão; o papel do observador, que ajuda a tomar nota das questões verbais e não verbais; a escolha dos participantes, que depende do objetivo da pesquisa; e um roteiro ou guia de discussão bem estruturado, é imprescindível, ainda, considerar as especificidades de uma atividade remota, que não raro exige, por parte do pesquisador, muito mais criatividade e dinamismo para ‘chamar a atenção’ dos participantes.

Na atualidade, praticamente todas as atividades de ensino, reuniões e qualquer situação formal que envolva a coletividade estão sendo desenvolvidas mediante programações remotas, síncronas ou assíncronas, com as peculiaridades do ambiente virtual, que nos fornece um acesso muito maior a esses momentos. Isso pode causar uma sobrecarga de informações, aulas, debates e reuniões para participar. Tal situação, que é um fenômeno social, ao mesmo tempo em que viabiliza meios de se fazer pesquisa *online* e que a transforma em prática comum, com inúmeros avanços tecnológicos e estratégias para a execução, também pode levar os participantes da pesquisa a uma exaustão, encarando o evento como "mais uma atividade *online*...".

Por outro lado, temos os ambientes virtuais frequentemente utilizados para atividades coletivas, como ocorre nos grupos focais que, mesmo ‘virtualmente’, se transformam e se

caracterizam pela semelhança com uma sala de aula tradicional: monótona, repleta de regras, com assuntos que, às vezes, não despertam motivação, além das dificuldades específicas do meio, como as oscilações de conexão, ruídos e falhas na transmissão de áudio e imagens, inseguranças e despreparo técnico para o manuseio de ferramentas digitais. Por vezes, a atenção fica dividida entre o encontro virtual e a realidade presencial, normalmente vivenciada em domicílio, em meio às rotinas próprias desse espaço, além das peculiaridades inerentes ao perfil dos participantes: idade, condição socioeconômica e nível de instrução, entre outras.

Em meio a esses e tantos outros pormenores abrangidos pelas facilidades e dificuldades, benefícios e subtrações das atividades remotas, como podemos aplicar grupos focais, a fim de que sejam mais do que tecnicamente corretos? Como podemos alcançar nosso público de maneira satisfatória? Como pretendemos atrelar o envolvimento dos participantes à sua realidade, sem fazer do ambiente *online* uma espécie de laboratório? Seriam os grupos focais de maneira *online* ou síncrona a melhor opção, ou talvez mediante fóruns de discussão e roteiros escritos assíncronos poderíamos alcançar melhores resultados? Quais seriam os melhores resultados?

Se for com o sentido de obter respostas satisfatórias, que apreendam o seu objeto ou o problema de pesquisa que o pesquisador almeja abarcar, este não está totalmente influenciado e transformado pelas circunstâncias atuais? Inclusive o instrumento: também não está modificado e, conseqüentemente, o indivíduo e a relação estabelecida entre pessoa e instrumento, pesquisador e pesquisado também não se alteram?

Apontamos as dificuldades encontradas por nós e que devem ser levadas em conta para a compreensão das nossas condições temporais, geográficas e conjunturais. Ao mesmo tempo, esperamos que as nossas reflexões sirvam como motriz para mais pesquisas e discussões, com vistas a suscitar a superação dessas dificuldades e promover transformação na práxis da pesquisa como processo e meio para a emancipação humana e o desenvolvimento consciente da sociedade.

### **3.7.2 IDAS E VINDAS, ENCONTROS E DESENCONTROS: O ITINERÁRIO DA PESQUISA COM GRUPOS FOCALIS**

Convidamos os estudantes para participar do grupo focal online via *e-mail*. Informamos o objetivo da realização da pesquisa e da metodologia adotada. O recrutamento não foi restritivo e a aceitação em participar foi voluntária, onde os mesmos assinalaram o aceite e



assinaram o TCLE. Entramos em contato com os indivíduos interessados em participar do grupo focal e agendamos sua execução a partir da disponibilidade de todos os envolvidos. Dessa maneira, desenvolvemos os grupos focais no formato virtual, de forma síncrona por meio da ferramenta online Google MEET, cujos links de acesso para participação do grupo foram enviados individualmente também via e-mail ou alternativamente pelo Whatsapp.

Foram realizados dois encontros com participantes diferentes. No primeiro grupo tivemos a participação de 4 acadêmicos. Em decorrência do número restrito de participantes, realizamos uma nova busca e recrutamento, desta vez com a parceria da liga acadêmica de Psiquiatria. Este segundo grupo contou com 7 acadêmicos.

Os sujeitos da pesquisa possuem critério de semelhança entre si por serem alunos de medicina de uma mesma instituição devidamente matriculados, estarem ligados ao assunto estudado e vivenciando as questões da presente pesquisa em seu cotidiano, ou seja, a própria vivência acadêmica, estágios, adequação ao currículo e demais processos inerentes à formação médica. Conduzimos a seleção do primeiro grupo de forma aleatória e baseado no engajamento dos alunos. Já a representatividade do segundo grupo focal, no qual convidamos os alunos da Liga de psiquiatria para participar se deu por critérios intencionais, ou seja, interpretativos ou argumentativamente controlados, pois, conforme Thiollent (2011) trata-se de um pequeno número de pessoas que são escolhidas intencionalmente em função da relevância que elas representam em relação a um determinado assunto.

Anteriormente realizamos o planejamento dos temas abordados e produzimos o material de apoio que contou com citações de autores diversos a respeito da formação médica, notícias, trechos de outras pesquisas envolvendo participação de estudantes em grupos focais ou entrevista, imagens e figuras históricas e artísticas que representam traços da formação médica. Elaboramos a mesma agenda de assuntos para ambos os grupos, contudo o primeiro grupo focal, devido a problemas técnicos de conexão com a internet, não foi possível abordar toda a agenda de assuntos. Elaboramos um quadro abaixo (Quadro 6) apresentando os eixos, temas, objetivos e participação de cada grupo:

**Quadro 6 - Organização dos grupos focais**

EIXO	TEMAS	OBJETIVO/ PROPOSTA DE DIÁLOGO
A escolha	APRESENTAÇÃO MOTIVOS E MOTIVAÇÕES	Apresentar o objetivo e a organização do grupo focal aos participantes; Apresentar cada participante: nome, idade, período e história de vida pessoal
	IDEALIZAÇÃO E ATRAÇÃO	A partir de conceitos e comentários breves sobre habilidade, vocação, idealização e racionalização cada

		participante comentar os motivos e motivações pessoais e circunstanciais da escolha
	REFLETINDO ESCOLHAS, QUESTIONANDO DIFERENÇAS	A partir de citações clássicas a respeito da profissão médica, dialogar as diferenças nas escolhas profissionais e nas consequências durante a fase acadêmica e profissional
Conceitos e realidade	JEITO DE MÉDICO	Discutir o termo "jeito de médico" descrito na literatura a partir dos relatos de experiências pessoais sobre o perfil do profissional, a visão do estudante e da sociedade
	CURRÍCULO OCULTO	Dialogar sobre o posicionamento profissional, normas, valores e estigmas para além do currículo e que podem ser tomados como exemplo ou mantidos como padrão.
	HISTÓRIA DA MEDICINA	A partir da linha do tempo da história da medicina com a apresentação de pinturas e alguns marcos históricos questionar o conhecimento da história da medicina e refletir sobre curiosidades históricas, contradições, estigmas sociais. Identificar nos alunos a visão crítica da história
Fonte do Sofrimento	VIVÊNCIA DA GRADUAÇÃO	Dialogar os diversos dilemas no processo de formação: carga horária, currículo, internato, lidar com a morte, cadáver, pacientes
	DILEMAS DA GRADUAÇÃO	A partir de relatos de outros trabalhos similares, refletir sobre questões delicadas no processo de formação que geram sofrimento e expor situações conflituosas que passam devido à escolha do curso, devido às práticas educativas e outros.
Enfrentamento e resistência=	ARMAS DE ENFRENTAMENTO	Apresentar como eles enfrentam os estressores da faculdade, os medos, anseios, as pressões e as contradições.

Fonte: organizado pela própria autora (2022)

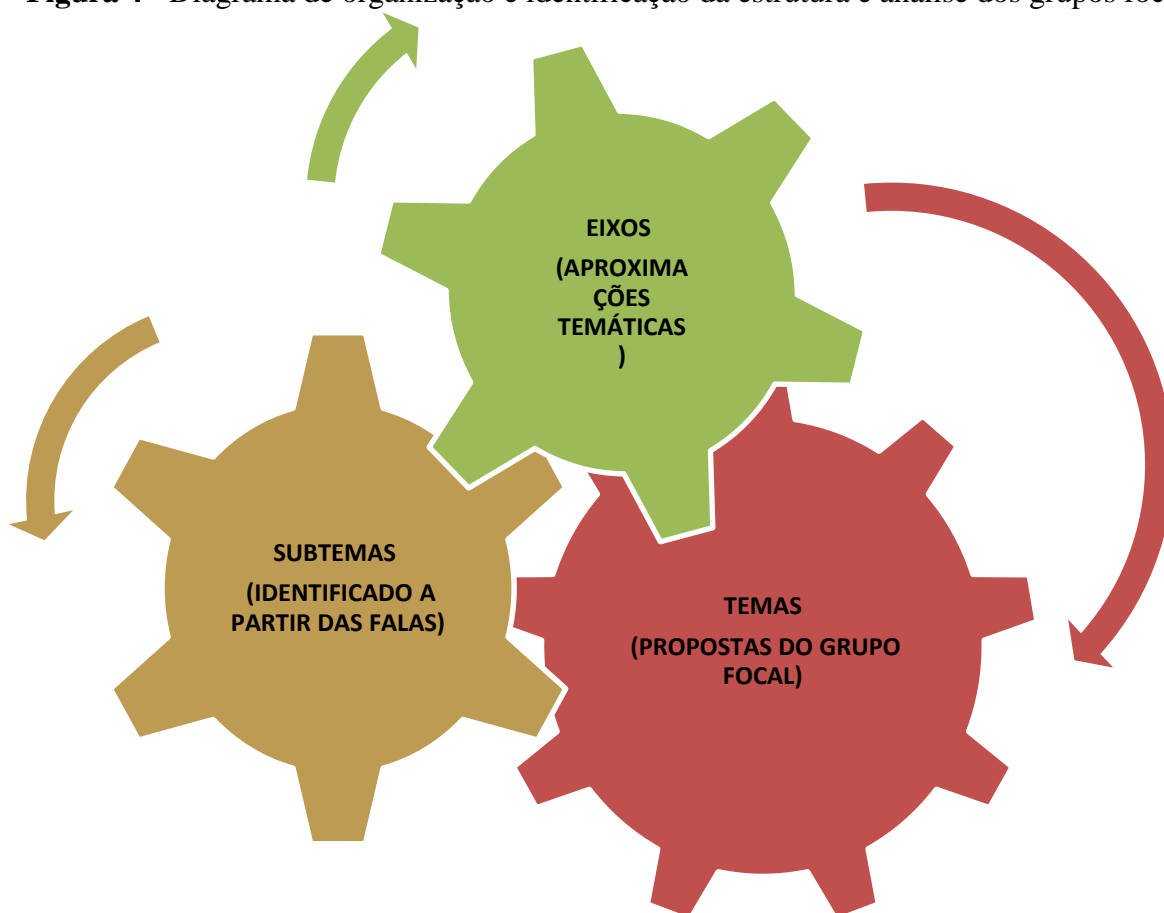
Na realização do grupo focal, nos posicionamos como coordenadora e facilitadora. Devido ao modo online de reunião, não houve necessidade de um assistente relator. Nos empenhamos em dirigir o grupo sem expressar opinião própria a respeito dos assuntos discutidos ao mesmo tempo em que avaliamos a dinâmica do grupo, anotamos fatos relevantes e complementamos as percepções.

Os encontros foram gravados por vídeo e áudio, fotos e anotações, respeitando a ética em pesquisa a partir da Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Nos preocupamos em não divulgar nenhuma gravação ou imagens. Utilizamos somente como fonte de informação ao pesquisador. As anotações e comentários expostos durante estas reuniões foram transcritos em textos que compõem nossas análises nas linhas a seguir mantendo sempre o sigilo dos participantes da pesquisa com a utilização de códigos: as siglas GFI e GFII para representar o grupo focal 1 e 2 respectivamente seguido do número de início de fala de cada integrante.

Assim, por exemplo, a aluna do segundo grupo focal que iniciou as falas recebeu o código GFII-1.

Dividimos os assuntos dos grupos em quatro eixos de aproximação temática: **A escolha**, Vivências, Fonte do Sofrimento, Enfrentamento e Resistência. Cada eixo compreendeu um grupo de temas vinculados, a partir do andamento dos debates em cada grupo. categorizamos os comentários e discussões em subtemas a partir da seleção de palavras-chave dentro de cada tema conforme diagrama a seguir (Figura 4). O ambiente da realização do grupo focal pretendeu se manter neutro, confortável, silencioso e livre de interrupções.

**Figura 4** - Diagrama de organização e identificação da estrutura e análise dos grupos focais



Fonte: organizado pela própria autora (2022)

O tempo de cada grupo focal foi de aproximadamente 110 minutos cada, computando o encerramento final. O registro do grupo focal foi gravado em vídeo e áudio. O roteiro do grupo focal iniciou com apresentação dos participantes, boas-vindas, explicação dos objetivos, critérios de sigilo e funcionamento da metodologia. Na sequência iniciamos a apresentação dos

assuntos a serem discutidos, perguntas e compartilhamento de ideias.

A análise dos dados qualitativos seguiu as proposições de Bardin (1995) e Turato (2003): transcrições das entrevistas gravadas, leitura flutuante, destaque dos assuntos por relevância e repetição, discussão com a literatura, apresentação dos resultados de forma descritiva com as citações das falas dos acadêmicos. Os resultados foram divididos em categorias analíticas, itens e exemplos dos discursos.

Tenório *et al.* (2016) baseando-se em Turato (2003) descreve o passo a passo de um modelo de análise de dados de um grupo focal com estudantes de medicina. Esse modelo nos serviu de suporte para elaboração das nossas categorias de discussão. Esse formato que apresentamos abaixo é somente um modelo de organização técnica do produto gerado pelo grupo focal. Salientamos também que os passos de transcrição e categorização foram realizados manualmente, sem uso de softwares.

- Preparação inicial: processo de editoração a partir da transcrição completa de toda a fala gravada durante os grupos focais.
- Pré-análise: leitura flutuante, numa analogia com a atenção flutuante do psicanalista, buscando retirar do texto transcrito os dados mais relevantes e/ou repetidos.
- Categorização: lapidação dos dados brutos, selecionando-se os temas, categorias e subcategorias, obedecendo aos critérios de repetição e/ou relevância.
- Validação externa: supervisão e leitura da transcrição e análise dos grupos por dois diferentes psicanalistas isentos e neutros com experiência em pesquisa qualitativa que não participaram deste estudo. A apresentação dos resultados em eventos científicos da instituição pesquisada e aos alunos participantes, com a concordância dos mesmos, reforça nossos achados.
- Apresentação dos resultados: de forma descritiva, com algumas citações de falas, preparando para a análise de conteúdo temática interpretativa dos grupos focais, numa perspectiva psicodinâmica, utilizando conceitos da teoria psicanalítica. (TENÓRIO *et al.*, 2016. p. 577)

Estivemos atentas aos seguintes procedimentos: Solicitar esclarecimento ou aprofundamento de pontos específicos; Conduzir o grupo para o próximo tópico quando um ponto já foi suficientemente explorado; Estimular os participantes que falaram menos e Finalizar o debate ao esgotar-se a discussão. Ao final do encontro ocorreu uma síntese dos depoimentos e um espaço para considerações finais dos sujeitos que podem manter ou reformar suas considerações.

Na perspectiva da Teoria Histórico-cultural, a consciência será sempre mediada pela linguagem, signos e significações, ou seja, é a própria relação do ser com o meio e depois consigo mesma. A relação entre a significação social, o sentido pessoal e o conteúdo sensível, emocional, é o principal componente da estrutura interna da consciência. As significações são fenômenos da consciência social, mas quando são apropriadas pelos indivíduos passam a fazer parte da consciência individual.

Esta escolha pelo substrato teórico se deve ao entendimento de que os processos

formativos estão diretamente relacionados com estes elementos estruturantes. Leontiev sistematizou o conceito de atividade enquanto unidade de vida que orienta o sujeito no mundo. Necessidade, objeto e motivo são componentes da atividade, totalmente relacionados. Daí que pensar em pesquisa de atividade, requer a análise de seus componentes estruturais. A prática pedagógica envolve ações intencionais dirigidas para um fim específico, com uma motivação subjacente e um objeto de ação: o estudante (ASBAHR, 2005).

A partir de agora, nos tópicos a seguir apresentamos as perguntas norteadoras, um ou outro trecho do material de apoio e também, ao mesmo tempo, os resultados e comentários dos participantes. Dispomos a apresentação dos resultados primeiramente a partir dos 4 eixos temáticos: A escolha, Vivências, Fonte do Sofrimento, Enfrentamento e resistência. Em seguida os desdobramentos das falas considerando as análises temáticas dos discursos.

### 3.7.2.1 A escolha

No primeiro momento da conversa, que ficou à cargo do eixo “A escolha”, planejamos inicialmente os temas de desmembramento e alguns objetivos a serem alcançados. Após apresentarmos os objetivos direcionamentos do grupo focal aos participantes, iniciamos a apresentação pessoal de cada um deles e já neste momento solicitamos que comentassem um pouco sobre a história de vida pessoal, os motivos e motivações que os levaram a escolher o curso de Medicina, as circunstâncias da escolha, os motivos de atração e as dificuldades encontradas.

Esse momento foi direcionado a partir de algumas perguntas norteadoras que foram sendo interrogadas à medida que a conversa ia fluindo:

- Como vocês entraram? O que fizeram vocês interessarem em fazer medicina? Qual foi o objetivo ou o que foi a inspiração de vocês?
- Se fossem outras as suas escolhas? Já pararam para pensar se estivesse cursando outra graduação?
- Existe uma lista de qualidades e características ideais para ser um bom médico?
- Acreditam que existe alguma idealização fora da realidade?
- Vocês já se depararam com algum profissional diferente do que vocês entendem como bom profissional?
- Já se depararam com profissionais que apresentam as qualidades necessárias para a profissão?

As respostas obtidas neste momento da conversa permitiram a identificação dos principais assuntos ressaltados pelos acadêmicos em ambos os grupos, que foram dispostos como subtemas (Quadro 7).

**Quadro 7** - Subtemas identificados dentro dos temas do eixo A Escolha

GF1	GF2
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escolha positiva, porém, cansativa</li> <li>• Escolha por Sonho</li> <li>• Exercer o cuidado</li> <li>• Superação</li> <li>• Experiência como paciente</li> <li>• Escolha através de cursinhos</li> <li>• Já possuir outro curso superior afim</li> <li>• Influência de familiares que estão cursando</li> <li>• Retorno financeiro maior</li> <li>• Empatia como qualidade necessária à profissão</li> <li>• Conflito entre boa remuneração e qualidade de vida</li> <li>• Jornada de trabalho extensa</li> <li>• Salário menor no futuro</li> <li>• Não reflete sobre outras escolhas</li> <li>• Saúde física e mental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensação de medo ao iniciar</li> <li>• Sensação de vitória ao finalizar o semestre</li> <li>• Identificação com a profissão</li> <li>• Profissão que envolve a humanização</li> <li>• Escolha por indecisão</li> <li>• Escolha para exercer uma especialidade específica</li> <li>• Expectativa de emprego e remuneração garantida</li> <li>• Percepção de que muitos (outros) idealizam a medicina</li> <li>• Percepção de que muitos (outros) fazem por status ou dinheiro</li> <li>• Percepção de que muitos (outros) escolhem pela pressão familiar</li> <li>• Comparações e influências familiares</li> <li>• Interesse em recuperar o tempo e dinheiro investido</li> <li>• Interesse em se especializar</li> <li>• Dificuldade em morar longe de casa</li> <li>• Longa permanência em cursinhos</li> <li>• Pressão de não poder desistir</li> <li>• Alta responsabilidade e peso da profissão</li> <li>• Presença de doença na família como motivação</li> <li>• Depressão e ansiedade diagnosticadas durante o curso</li> <li>• Poder financeiro e social como ideiação</li> </ul>

Fonte: organizado pela própria autora (2022)

De maneira geral, a partir dos comentários, percebemos que a escolha pelo curso está voltada tanto aos aspectos de aptidão em lidar com o ser humano, com os aspectos relacionados ao cuidado e à humanização quanto pela perspectiva de retorno financeiro. As respostas à priori pareceram bastante heterogêneas, significando a individualidade de cada um nos motivos de escolha, contudo, comparativamente, as respostas do grupo focal 1 apresentaram-se mais positivas em relação ao grupo focal 2.

Como pontos positivos de escolha, em ambos os grupos podemos citar as características consideradas positivas que são particulares à formação médica, como um sonho que foi alcançado, uma superação pela dificuldade de acesso ao curso, uma profissão que envolve a humanização, o cuidado, a empatia, a possibilidade de fazer algo para a humanidade e o bom retorno financeiro.

Em contrapartida, os acadêmicos apontaram que é uma graduação cansativa, o medo ao iniciar o curso, a indecisão na escolha, opção pelo curso que apresenta maior destaque no mercado, o desejo de recuperar o dinheiro investido, a dificuldade de morar longe de casa, a sensação de tempo perdido pela longa permanência em cursinhos, o conflito entre a boa remuneração e a qualidade de vida prejudicada.

Durante a conversa algumas outras questões foram abordadas como a influência familiar, a presença de doença na família ou do próprio estudante como incentivador, a jornada de trabalho extensa como perspectiva do futuro, a perspectiva de que futuramente seja uma profissão menos valorizada, a presença de depressão e ansiedade no momento atual do curso e o interesse em especialização futura.

Durante a conversa incentivamos que os alunos manifestassem as próprias escolhas, motivos, interesses, mas que também comentassem sobre a sua percepção a respeito da situação geral. Em outras palavras, incentivamos que eles comentassem sobre si, e que também argumentasse sobre como eles viam esses processos de escolha no ambiente acadêmico em geral. Eles destacaram que percebiam que muitos colegas acadêmicos de medicina de maneira geral idealizavam a medicina, que outros escolhem o curso por *status* ou pela perspectiva de um retorno financeiro muito bom e que muitos sofrem pressões familiares e sociais e na verdade não gostariam de fazer o curso de Medicina.

### 3.7.2.2 Vivência

O segundo momento em ambos os grupos focais intitulamos de Vivência porque abordou os aspectos relacionados ao currículo médico, processos formativos, aprendizado formal e informal, bem como, procuramos apreender nesta conversa o que os estudantes pensam à respeito do processo histórico da formação e profissão médica, bem como os estigmas e paradigmas inerentes a este processo. Este eixo foi formado pelos temas “Jeito de médico”, “currículo oculto” e “História da Medicina”.

Norteamos esse diálogo a partir das seguintes perguntas:

- Vocês já ouviram falar o termo “jeito de médico”?
- O que vocês entendem estar atrelado ao termo "jeito de médico"?
- Como vocês veem a profissão hoje?
- Existe alguma diferença entre o que vocês imaginavam e a visão que tem hoje?

- E como a sociedade vê o médico?
- Como vocês imaginam o futuro profissional?
- Vocês acham que existe certa diferenciação em relação às outras profissões e os outros profissionais?
- Já ouviram falar no termo currículo oculto?
- Qual a vivência de vocês até hoje com os profissionais e com a realidade da profissão?

As perguntas iniciais suscitaram diversos diálogos que por sua vez culminaram em outras questões compondo assim o produto desse momento que, seguindo a mesma técnica de categorização do eixo anterior, os selecionamos em assuntos principais comentados pelos acadêmicos em cada um dos grupos conforme podemos observar no Quadro 8. Além das perguntas, utilizamos alguns materiais de apoio que foram apresentados em forma de slides (apresentação gráfica de textos e imagens).

**Quadro 8 - Subtemas identificados dentro dos temas do eixo Conceitos e realidade**

GF1	GF2
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perfil médico associado à estética e padrão moral</li> <li>• Atenção e olhar clínico como predição vocacional</li> <li>• Vivência com professores e exemplos na graduação bons e ruins</li> <li>• Relatos sociais de Maus hábitos no profissional como rota de fuga para o estresse</li> <li>• Bom atendimento, Boa Relação profissional e paciente e empatia como boa conduta a seguir</li> <li>• Relato de estudar a história da medicina atrelado ao código de ética profissional e do estudante</li> <li>• Relato da inserção de disciplinas humanizadas no novo método de ensino</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perfil médico associado à estética e padrão moral</li> <li>• Percepção de preconceito social quanto à atitudes menos conservadoras</li> <li>• Falta de conscientização do profissional sobre a situação social como obstáculo no bom atendimento na saúde pública</li> <li>• Pacientes fazem diferenças entre os alunos das diferentes instituições</li> <li>• Percepção de ilusão sobre sucesso profissional</li> <li>• Ideal do médico como pessoa altruísta e humana</li> <li>• Experiência com atendimento médico muito ruim por falta de humanização e condutas não éticas</li> <li>• Dificuldade de comunicação e de manter boa relação com paciente como insucesso profissional</li> <li>• Atendimento mais humanizado, com simpatia e empatia como características do bom profissional</li> <li>• Jornada de trabalho extensa ou sobrecarregada que leva ao mau atendimento;</li> <li>• Curso de medicina visto como tabu;</li> <li>• Percepção de diferenciação positiva e negativa de outros acadêmicos frente ao aluno de medicina</li> <li>• Relatos sociais de Maus hábitos no profissional como rota de fuga para o estresse</li> <li>• Percepção do alto grau de estresse, ansiedade e depressão entre estudantes.</li> <li>• Expectativa da nova medicina mais humanizada e revolucionária;</li> </ul>



- 
- Percepção de maior responsabilidade frente aos outros cursos;
  - Percepção do cuidado e seriedade em lidar com a bioética e com o cadáver
- 

Fonte: organizado pela própria autora (2022)

Inicialmente questionamos a percepção e a compreensão destes alunos sobre o termo “jeito de médico” a partir das perguntas norteadoras. No grupo focal 1, apenas dois alunos responderam e as respostas estiveram atreladas principalmente às questões estéticas do perfil médico associado à aparência, vestuário e padrão moral. Também relacionaram o termo com a característica individual de atenção e olhar clínico, em uma espécie de predição vocacional ao trabalho médico, como transcrito abaixo:

Ah, quando me falaram que eu tinha jeito de médico é porque eu estava melhor vestida. Associou a estética (GFI-2)  
Então, nunca me falaram que eu tenho jeito de médico, eu só ando de calça jeans e tênis. Acho que quando a gente fica com aquele olhar clínico assim analisando pode ser um ponto que as pessoas podem falar que a pessoa tenha jeito de médico (GFI-3)

No grupo focal 2, da mesma forma, os alunos atrelaram o termo também à questão estética e padrões morais e ainda ressaltaram alguns preconceitos sociais com aparências ou condutas menos conservadoras como um obstáculo no contato com o cliente/paciente, como uso de tatuagens e piercings.

Segue abaixo alguns comentários da conversa:

Eu já escutei... eu já escutei, mas assim: \_esse daí leva jeito pra médico (GFII-A4). um conjunto, assim, de tudo, questão da idade tal. Por exemplo, a gente vê pessoas na faculdade assim que você acha que tem uns treze anos (risos) por exemplo, fazer medicina e a primeira pergunta que vem na sua cabeça é essa: \_menininha tão nova essa daí não tem cara de médico não” (GFII-A4).  
Eu acho que o visual foi essa questão de achar que se alguém se veste diferente ou tem uma tatuagem. Aquilo não é um jeito de médico. (GFII-A2).

A fim de suscitar maiores reflexões e debates apresentamos alguns materiais de apoio em forma de citações:

Grandes contradições com que se depara o estudante de Medicina, geralmente emergentes de classe média e alta, onde os padrões éticos são muito valorizados: O trabalho diário do médico constitui uma transgressão às proibições comuns. (BUSSAD, 2006, p. 86)

A imagem do médico idealizada como um benfeitor da humanidade, dotado de características de filantropia e de renúncia, nem sempre pode ser mantida. (MELLO FILHO, 2006, p. 89)

O diálogo em torno do assunto proposto continuou e os principais comentários estiveram ligados a falta de conscientização do profissional sobre a situação social como obstáculo no bom atendimento na saúde pública, também pontuaram o respeito adquirido pela comunidade sobre a profissão médica pela responsabilidade de médicos salvarem vidas. Comentaram sobre o ideal de sucesso profissional na medicina e do ideal do médico como pessoa altruísta e humana. Neste momento apontaram também que o curso de Medicina ainda é visto como um tabu e que há maior responsabilidade frente aos outros cursos.

Eu acho que assim... tem um status! Tem por exemplo... porque alguém é médico a pessoa já entende que tem dinheiro e tal e também é uma profissão que assim as pessoas costumam dar muito valor muito respeito né?! E em questão de como eu vejo eu acho que ainda falta muita humanização. Isso eu já vi antes mesmo de entrar na faculdade, mas na faculdade a gente ainda vê que falta muito mesmo humanização nessa profissão. GFII-A2

Eu acho que tem um peso muito maior do que os outros cursos querendo ou não. Errado é, mas tem. E não é igual você fazer um semestre de direito, ver que não gostou, que você vai pro vestibular direto, terceiro ano e passou pra medicina geralmente, tem gente que fica três, quatro anos no cursinho só se dedicando pra passar naquilo. Cria uma pressão da sociedade. Nossa cê ficou tanto tempo no cursinho agora que cê passou cê desistiu? (GFII-A3)

Dando continuidade às pautas de discussão, partimos para o conceito de currículo oculto, com o objetivo de dialogar sobre o posicionamento profissional, normas, valores e estigmas para além do currículo e que podem ser tomados como exemplo ou mantidos como padrão.

Iniciamos a conversa conceituando e contextualizando brevemente o conceito de Currículo oculto, a partir das explicações de Valsechi *et al.* (2019). Os autores apontam que A primeira publicação na literatura em educação médica sobre o fenômeno escolar denominado Currículo Oculto ocorreu em 1994 F. Hafferty e R. Franks e Há mais de duas décadas diversos pesquisadores e teóricos se interessam em estudar esse fenômeno na formação médica, utilizando distintas metodologias e definições a fim de compreendê-lo. As principais explicações utilizadas por essas publicações apresentam métodos analíticos e definições lógico-formais divergentes entre si, circunscrevendo o fenômeno ao aspecto institucional-organizacional (o currículo oculto opera como parte da estrutura organizacional da escola médica), interpessoal-social (o currículo oculto opera por meio das relações interpessoais no processo ensino-aprendizagem) ou contextual-cultural (o currículo com características predominantes culturais na formação médica) (LAWRENCE *et al.*, 2018).

Após essa explanação inicial, explicamos que apesar das divergências sobre o termo, que de maneira geral infere no mecanismo de socialização do estudante para incorporação efetiva no mundo do trabalho, o que discutiremos aqui é o fenômeno do ‘currículo oculto’ como um campo da violência instrumental-simbólica presente nas escolas médicas que produzem e reproduzem uma dupla função: inculcar e reproduzir os valores hegemônicos nos estudantes de Medicina, utilizando a educação médica como processo legitimador da dominação de classe; e transmitir determinados conteúdos que expressem os interesses econômico-ideológicos da classe dominante, direcionando o corpo e a subjetividade dos estudantes para o trabalho médico na sociedade capitalista.

Apresentamos algumas citações com intuito de alavancar a discussão:

Não é raro acontecer de pessoas procurarem ajuda médica e encontrarem profissionais pouco acolhedores, mais ou menos arrogantes, ríspidos, pouco amigáveis, indelicados, alguns até grosseiros em certa medida, que não “olham na cara”. Em tais encontros, frequentemente há aumento da insegurança, insatisfação e frustração nos doentes, denotando uma desarmonia relativamente comum nessa relação. (TESSER, 2009)

Outras categorias mencionadas pelos estudantes incluem obesos, profissionais de outras categorias, usuários de drogas e nordestinos. Relatos extraídos da pesquisa exemplificam alguns dos conteúdos transmitidos pelo currículo oculto na relação professor-aluno: Fazer exame físico doloroso em um bandido, só porque ele era bandido (feminino, 26 anos), Professor destratou um paciente com condilomas em ânus pela orientação sexual dele e, quando indagado sobre tratamento medicamentoso, disse que era cirúrgico pra ele ‘aprender’ (masculino 24 anos), Em relação aos LGBT’s a professora disse que as pessoas deveriam parar com a suruba e ter relacionamentos monogâmicos e heteroafetivos, pois o contrário incitava a disseminação de doenças (feminino, 25 anos), Falou que mulher tem que ser sustentada, que nordestino votou no PT (partido dos Trabalhadores) porque a subnutrição afeta o cérebro (feminino, 22 anos). (VALSECHI *et al.*, 2019 p. 1066)

O GFI atribuiu a esse conceito de currículo oculto a Vivência com professores e exemplos na graduação, afirmando a presença de exemplos bons e ruins, também relataram a alta prevalência, inclusive em estudos e reportagens sobre os Maus hábitos no profissional como rota de fuga para o estresse e identificaram como boa conduta a seguir o aprendizado e o exemplo de um bom atendimento, uma boa Relação profissional X paciente e atitudes de empatia.

Acho que depende muito de cada pessoa. Como qualquer outro lugar, a faculdade é um mundo aberto. Então você pode utilizar pra coisas boas, pegar pessoas boas pra seguir de exemplo e consequentemente melhorar você como pessoa ou também você pode seguir exemplos ruins de pessoa e acabar utilizando algo ilícito.[...]  
Uma coisa que um professor faz de positivo, a gente tenta copiar e uma outra coisa que um professor faz de negativa, a gente procura um outro professor que supra aquela necessidade, que faça aquela mesma função de uma forma melhor e a parte de humanização que seria o que melhora a pessoa.[...]

Exemplos de coisas ruins..Ixi é o que mais tem aqui. A pessoa começa a criar maus hábitos. A pessoa que acho que não evolui, não cresce e acha que a faculdade continua sendo ensino médio, enfim...[...]

O que mais me ganha é atendimento mesmo. Um professor em determinado momento foi atender o paciente o paciente tinha assim ...era... tinha ...de baixa instrução, então ele dificilmente ele entendia o que a gente estava tentando passar por mais que a gente tentasse descer o nível de vocabulário que ele tava acostumado a escutar. Mesmo assim era difícil pra ele que era uma coisa totalmente nova e era muita informação. Enquanto aí a gente tentou explicar várias e várias vezes [...]

Já o outro profissional ele acabou, o paciente chegou, ficava com dúvida, ele ou ele encaminhava ou ele conversava e já dispensava o paciente [...]

Acho que é uma das principais coisas, porque é a partir da conversa que você vai conseguir captar algumas informações que vai te auxiliar a descobrir que o paciente tem às vezes uma coisinha ou outra que o paciente não conta que ou você não soube perguntar ou ele também não tem obrigação de saber que tem que te falar aquilo, se você não pergunta ou se pergunta de uma forma que ele não entenda e acaba que passa batido e erra o diagnóstico dele ou erra o tratamento pode levar enfim muita coisa.(GFI-A3)

O GF2 apontou os seguintes tópicos de assuntos: a experiência com atendimento médico muito ruim por falta de humanização e condutas não éticas; a dificuldade de comunicação e de manter boa relação com paciente como insucesso profissional, a importância de um atendimento mais humanizado, com simpatia e empatia como características do bom profissional, as dificuldades inerentes à jornada de trabalho extensa ou sobrecarregadas que leva ao mau atendimento, a percepção de diferenciação positiva e negativa de outros acadêmicos frente ao aluno de medicina: ora demonstrando admiração, ora referindo aos acadêmicos de medicina como esnobes, diferentes, excludentes.

Comentaram também dos muitos relatos sociais de maus hábitos no profissional como rota de fuga para o estresse e que já na graduação existe um alto grau de estresse, ansiedade e depressão entre estudantes. Comentaram ainda a expectativa futura de uma nova medicina mais humanizada e revolucionária.

Acho que o mais perto dessas coisas que eu já passei foi ter que defender o direito de escolha da mulher pra realizar o aborto ou não. No caso era falando sobre a descriminalização do aborto e não que toda mulher que engravidasse teria ter que explicar pras pessoas que descriminalizar o aborto não é que todas as mulheres que engravidarem terão que abortar é só dar a opção pra quem quiser fazer, poder fazer com segurança. Numa aula de TBL isso pra mim foi o ápice do absurdo que eu imaginava que eu entraria na faculdade de medicina com pessoas que teria uma capacidade de enxergar além do próprio umbigo. E aí eu descobri que não é bem assim. (GFII-A1)

Há muitos... os professores, assim tem médico que trata mal o paciente. Que está nem aí, que toca ficha, mas também a gente não sabe o que está por trás disso, né? Mas são condutas éticas que eu acho que não deveria ter ainda mais de professor. (GFII-A3)

Igual hoje eu rodei em uma especialidade, a gente atende pessoas mais simples, né... que não tem uma condição financeira tão boa então acho que às vezes falta o feeling de alguns profissionais porque a pessoa saiu do ambulatório com uma receita assim de, fácil fácil uns quinhentos reais, então a pessoa não vai seguir o tratamento até porque não é algo assim tipo essencial é um tratamento considerado que seria assim supérfluo ...e teriam opções mais baratas pra executar o tratamento. (GFII-A1)

Mas a gente se depara muito, tanto com professores, quanto com outros profissionais em outros locais próprios. Você vê que determinados alunos estão ali só por essa questão de status. Se vai saber atender ou não aí é outros quinhentos que a gente vai descobrir pela frente. Mas esse trem que a (nome da aluna) falou é um trem que a gente percebe muito. Essa questão de dedicações, de exames eles passam e ainda tem profissional que vira pra você e fala: “ó, eu passei, se vai fazer, aí não é problema meu... mas está na minha conduta” ( GFII-A4)

Complementamos o debate mencionando a inserção de disciplinas de humanidades médicas nas grades curriculares a fim de atenuar esses traços de falta de empatia e de preconceitos dentro da formação médica, proposta, também através de grupo focal com estudantes de medicina por Garcia Junior (2020):

No dia 18 de outubro de 2018, comemorando o Dia do Médico, o Conselho Federal de Medicina passou a divulgar em seu site o blog de sua Comissão de Humanidades Médicas, intitulado “Humanos”. Trata-se de plataforma criada pela autarquia para estimular a sensibilidade do médico, promover o exercício humanístico da profissão e divulgar (...) reflexões e ensinamentos sobre questões éticas . [...] “se todo mundo tivesse consciência de que tem que tratar o outro como humano, não como ‘isso’, como ‘aquilo’, todo mundo já teria na cabeça como tem que tratar alguém” Grupo Focal 2 . [...] “Não deveria ter uma disciplina de humanidades. Eu falo com meus amigos e não tem nenhum que não me interroge: o que é essa disciplina Humanidades Médicas? [risos] Eu falo que é uma aula absurda. Os semideuses da medicina precisam de uma aula para serem humanos. A gente esquece que é humano porque tem um saber, porque estuda seis anos, tem um privilégio ou escolha de passar seis anos com pai ou mãe ajudando e bancando” Grupo Focal 4 (GARCIA JÚNIOR, 2020 p. 483).

Em seguida participantes do grupo focal se pronunciaram:

Acho que é uma falha assim educacional antiga mas é algo que acho que cada vez mais será necessário. Eu percebo assim, que as pessoas cada vez que o tempo passa elas vão ficando mais individualistas então acredito que cada vez será mais preciso esse tipo de matéria. (GFII-A1)

Eu acho assim, que vamos dizer... meio que é um tabu né você vai trabalhar com humanos ou que tem que ser mais humano só que é uma coisa necessária pra quebrar muitas coisas ainda porque a gente sabe que a gente vive numa sociedade que a gente luta, luta, luta, luta por anos e as pessoas nunca vão... sempre tem umas que vão ser do contra e não vão querer ver o lado do outro e tratar o outro mal. Então eu acho que é importante que ainda mais que essa nova medicina ela veio mesmo pra revolucionar então eu eu acho que sim é muito importante (GFII-A7)

### 3.7.2.3 Fonte do sofrimento

Compusemos esse eixo temático pelos tópicos Dilemas da graduação, cuja pauta foi direcionada para os próprios processos formativos como carga horária, currículo, estágio, lidar com cadáver na anatomia, lidar com pacientes e lidar com a morte; e pelo tópico Angústias e Sofrimentos, cuja proposta de diálogo foram as possíveis situações conflituosas dentro do curso

médico geradas pelas dificuldades inerentes à escolha da profissão, às práticas educativas, as pressões familiares e sociais, relação professor –aluno, entre outros.

As perguntas norteadoras deste eixo foram:

- Como vocês veem a formação médica hoje em dia?
- Em algum momento essa questão foi motivo de sofrimento ?
- Já vivenciaram alguma situação que os deixou constrangidos?
- Já perceberam algum tipo de preconceito por pertencer de outro grupo social, ou pela cor, gênero, ou ao contrário?
- Em algum momento já receberam algum tipo de preconceito devido ao curso escolhido?
- Como vocês percebem a carga de responsabilidade enquanto estudantes?
- O que os deixa mais angustiados ou ansiosos?
- E sobre a atuação do profissional formado, quais pontos vocês percebem que são fatores de maior carga emocional, física e de responsabilidade?
- Sobre a jornada de trabalho, vocês acham que o fato do próprio conselho não estipular carga horária é bom ou ruim? Que vocês entendem sobre isso?
- Como está sendo sua experiência acadêmica?

Além destas perguntas, utilizamos material de apoio assim como nos eixos anteriores, desta vez apresentamos aos alunos, como material prévio para o debate algumas falas ditas em ambiente informal, uma reportagem de um estudante de medicina e algumas citações de Mello Filho (1992) a respeito da Educação Médica:

Não gostava de dizer que eu fazia medicina porque as pessoas faziam caras (Depoimento de um egresso de medicina em conversa informal)

Toda vez que vou passar o boletim às famílias eles me perguntam onde está o médico e me questionam se eu sou a enfermeira, só porque eu sou mulher. (Depoimento de uma médica da rede pública de saúde)

Sou Fleury, estudante de medicina na UFRJ. Cheguei no Brasil em 2011 através de um programa de convênio entre o governo brasileiro e o governo do meu país.[...]

Um dia eu fui procurar estágio em um hospital e disse:

– “sou estudante de medicina e marquei para conversar com o Dr. fulano hoje por causa do estágio”. – A mulher branca que me atendeu me perguntou: você quer estágio para aluno de fisioterapia? – Eu disse não, estágio para aluno de medicina – Ela repetiu de novo: estágio para alunos de fisioterapia?

Alguém sabe a semelhança entre as duas palavras? Porque eu não vejo.

Outro caso que aconteceu é que no sexto período da faculdade, eu examinava uma paciente todos os dias, pois era responsável junto com outro colega pelo leito em que ela estava. E sempre que eu chegava para examinar, eram vários xingamentos e ela me pedia para chamar o médico. Eu achava que era porque eu sou estudante, até que, um dia, eu cheguei quando ela estava sendo examinada por uma enfermeira branca, e

ela disse: o enfermeiro chegou. A enfermeira lhe disse que eu que era o médico e ela a enfermeira. Entendi então o por que ela me pedia para chamar o médico. Esses são alguns casos entres tantos outros que aconteceram comigo e com outros estudantes de medicina negros, como o caso da Suzane Pereira da Silva, estudante de medicina da universidade Santa Marcelina em São Paulo. A Suzane ao postar uma foto segurando um cartaz escrito » A casa grande surta quando a senzala vira médica» foi agredida por uma médica que disse: você acha que vai entrar no hospital com esse cabelo? (FLEURY JOHNSON 2016. In: <https://fleuryjohnson.wordpress.com/2016/07/21/191/>)

Assuntos Considerados “tabus” entre médicos: Alcoolismo + Uso de drogas + Depressão + Dificuldades do médico em se reconhecer como paciente = Elevada taxa de depressão, Suicídio, Dependência do álcool e de outras drogas. (MELLO FILHO, 2006 p. 89)

... e de repente lá está ele, de branco, respeitoso. Até então não lhe foi ensinada coisa alguma sobre a psicologia, o sentir, o ser da pessoa doente. a pessoa do doente é diferente do caso do doente (MELLO FILHO, 2006, 2006 p. 89)

Tanto as perguntas quanto o material de apoio foi sendo disponibilizado à medida que a conversa ia fluindo. Devido à questões técnicas por falha de conexão não conseguimos finalizar o debate com o grupo focal 1. A partir das falas dos participantes em ambos os grupos conseguimos identificar alguns tópicos de assuntos (subtemas) abordados por eles, conforme observado no Quadro 9:

**Quadro 9** - Subtemas identificados dentro dos temas do eixo Fonte do Sofrimento

GF1	GF2
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Choque do contato com a morte e com o cadáver Naturalizado</li> <li>• Percepção do médico endeusado e xingado ao mesmo tempo</li> <li>• Dificuldade de comunicação e relação com paciente como experiências de desmotivação</li> <li>• Aprender lidar com pessoas e bons exemplos de profissionais como ponto positivo da graduação</li> <li>• Amadurecimento pessoal como ponto positivo da graduação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maior pressão da sociedade sobre a responsabilidade da vida do outro como fator de estresse e medo</li> <li>• Conforto e segurança nos estágios com o apoio do professor</li> <li>• Medo sobre a responsabilidade do futuro em relação à atuação médica</li> <li>• Percepção de dificuldade na atuação profissional</li> <li>• Percepção da falta de humanização e empatia dos médicos e dos colegas como fatos de desilusão</li> <li>• Percepção da profissão médica com muito estresse e jornada de trabalho extensa</li> <li>• Percepção de condições de atendimento exaustivas leva o profissional a atender com menos cuidado</li> <li>• Ansiedade, depressão e doença física atrelada a sobrecarga da faculdade</li> <li>• Mudanças de percepção da complexidade da graduação no decorrer dos períodos tornando adoeceador</li> <li>• Falta de concentração como desencadeadores de sofrimento e procrastinação cíclica</li> <li>• Preconceito dentro das especialidades</li> <li>• Distinção de gênero entre as especialidades</li> <li>• Falta de consciência ética e de saúde coletiva sobre temas polêmicos como aborto</li> </ul>

- 
- Percepção de que lidar com outra vida e do erro que leva a morte como o grande peso da profissão
  - Reconhecimento da importância de pensar no financeiro
  - Alto salário para compensar os desgastes da graduação
  - Desconforto sobre o preconceito das pessoas verem o estudante de medicina como esnobes
  - Articulação entre a dificuldade de passar e fazer o curso de medicina e a diferenciação das pessoas
  - Muitas crises de ansiedade no período
  - Reconhecimento de alto grau de sofrimento
  - Relato de preconceito da sociedade pelo excesso de festas, drogas e álcool entre estudantes
  - Uso das festas para compensar a sobrecarga da faculdade
- 

**ORGANIZAÇÃO:** Rodrigues (2022)

O debate proposto no grupo 1 girou em torno dos dilemas da graduação que poderiam ser fontes de estresse ou angústia. Sobre a vida com a morte e o estudo em cadáveres, o único aluno respondente comentou que este assunto foi bem trabalhado nas disciplinas, tanto em relação aos aspectos psicológicos quanto em respeito ao código de ética, e dessa forma, o lidar com este assunto passou a ser naturalizado e que não apresenta um fator estressor.

No começo, quando o estudante de medicina tem o primeiro contato com o cadáver ali é um choque que ele sofre porque normalmente ...a morte, ela assim... está associado a morte e é como se fosse uma pessoa comum no velório e ali você começa a ter acesso ao cadáver e você começa a ter que mexer com ele. Aí você passa por um processo de naturalização da morte (GFI-3)

Os tópicos abordados por este participante como fator de angústia e desmotivação foram as experiências negativas com professores (médicos) enquanto exemplos de conduta e de relação médico-paciente e ao mesmo tempo ter que presenciar essa dualidade da percepção social sobre o profissional que ora é endeusado e ora é odiado. Quanto aos aspectos curriculares e inerentes ao período de formação, o participante não apontou fatos negativos, pelo contrário, afirmou ser um momento cansativo mas que trouxe muito amadurecimento pessoal ao mesmo tempo em que ele percebeu estar aprendendo as habilidades técnicas para a profissão. Comentou ainda que é um fator positivo saber aprender lidar com os bons e maus exemplos dentro da graduação como uma forma de filtro do que é uma boa ou má conduta.

Na pandemia agora vem sendo endeusado mas quando o pronto socorro está cheio, o médico é o primeiro a ser xingado (GFI-3).

[...] durante a faculdade a gente vai crescendo tanto na na profissão, quanto como pessoa e a gente vai aprendendo a lidar com situações e aprender a lidar com as pessoas. Acho que esse é uma das maiores coisas que agregam-se a profissão (GFI-3).



No grupo focal 2 conseguimos realizar o debate completo, com a participação dos 7 acadêmicos, o que conseqüentemente culminou em muitos tópicos de interesse. Entre os fatores estressores e os dilemas da graduação os participantes destacaram a falta de humanização e empatia dos preceptores e professores médicos na relação com o paciente, a dificuldade gradativa no decorrer do curso o que leva a uma sobrecarga mental e física e conseqüentemente aumente os níveis de ansiedade, depressão e até adoecimento físico, a dificuldade de concentração e de foco como um fator negativo para a apreensão do conteúdo e a sensação de maior cobrança aos alunos que já possuem outra graduação, e a dificuldade nos períodos iniciais em relação ao estudo de anatomia com cadáveres e a necessidade de trabalhar os sentimentos de empatia e compaixão.

Eu acho que é difícil porque tipo quando a gente está mal a gente não consegue, por exemplo, concentrar pra estudar e fazer as coisas da faculdade direito e aí vai só piorando, parece que é um ciclo, porque aí você está mal, aí você não consegue estudar, daí você fica pior ainda. Só que a gente acaba às vezes tendo que se permitir ter um momento pra descansar porque não é sempre que a gente está com a cabeça boa pra por exemplo faculdade, provas, essas coisas. (GFII-A2)

Mas eu, tipo assim, eu estudante de medicina, eu percebo que, cara você tem que ter muito muita vontade de formar porque é muito difícil eu sempre achei que o tempo todo foi muito fácil sabe?! Eu sempre achei muito tranquilo e aí chegou nesse semestre e eu comecei a perceber que eu estava ficando doente. Não era só tipo assim psicologicamente sabe? Era o meu orgânico a minha saúde tipo ela está acabada eu posso tomar todos os remédios possíveis que eu não vou melhorar porque é o estresse porque é a pressão por tudo que está acontecendo. Então, pra você formar como médico, é muito difícil! (GFII-A5)

Na minha turma que é o pessoal formando é quando tem professores que perguntam o que que eu fiz antes geralmente eu não gosto de falar não porque eu vejo que o tratamento e as questões das cobranças é totalmente diferente de um aluno que está na primeira graduação (GFII-A4).

Quanto aos aspectos sociais e a graduação médica eles destacam o preconceitos dos pacientes em serem atendidos por alunos ou com alunos ao lado, as pressões familiares e sociais para se concluir o curso, a dificuldade de passar no vestibular e as pressões familiares ao mesmo tempo em que percebem que os estudantes de outros cursos os diferenciam, o desconforto em se sentirem ‘especiais’ ou ‘esnobes’ frente aos amigos e o preconceito da sociedade pelo excesso de festas, uso de drogas e álcool durante a graduação.

Eu acho que é a pressão da sociedade é maior, é mais difícil do que a habilidade em si por exemplo eu acho que sim porque eu digo assim na faculdade por enquanto a gente tem alguém que está sendo superior a gente está, por exemplo, se eu não souber vou atender um paciente eu sei que se eu der um diagnóstico errado ou alguma conduta o professor está ali pra me ensinar depois futuramente a sua responsabilidade é maior não vai ter alguém falando se você está certo ou errado isso mas quando você vê esse profissional já formado atuando no dia a dia você acha que é difícil. (GFII-A2)

Eles falam que a gente que faz medicina se acha superior e eu falei que em momento algum, tipo assim, mesmo sendo meus amigos, ou não sendo, eu tratei de alguma forma diferente só que eles dizem que eles mesmo da classe de odontologia olham pra gente com um olhar assim de que a gente é superior só que em momento algum eu acho que a gente na medicina tenta ser superior ou algum dia ou outro, que isso de falar que odontologia não é um curso bom. Eu fiquei até assim assustada e as próprios pessoas que fazem né que relataram isso. Eu em momento algum olhei pra este lado né?! e eu fiquei até surpreendida. (GFII-A7)

Apesar dos eventos estressantes no próprio processo formativo, os fatores mais destacados estavam relacionados à percepção da atuação profissional e à projeção das dificuldades que eles poderiam encontrar após formados. Os acadêmicos relataram como fatores estressantes, de sobrecarga e de medo a maior pressão da sociedade sobre a responsabilidade no profissional médico por lidar com a vida do outro, o medo e a insegurança de não conseguirem atuar profissionalmente no futuro por falta de habilidade e conhecimento, o medo da responsabilidade profissional, a percepção de que a medicina é uma profissão com muito estresse e jornadas de trabalho muito extensas, a percepção de que as condições de atendimento exaustivos leva o profissional a atender com menos cuidado, justificando o mau atendimento, o preconceito de gênero entre as especialidades, o preconceito entre as especialidades em relação ao status profissional e valorização financeira, a preocupação de um alto retorno financeiro para compensar o sofrimento da profissão e da graduação.

Que a pressão vai existir por conta de que você está lidando com outra vida. É a questão de lidar com a vida que talvez gera uma pressão maior. E por conta de que um erro seu você pode levar aquela pessoa a óbito. entende? (GFII-A2)  
dentro das especialidades, algumas especialidades fazem distinção por gênero: cirurgia, ortopedia, essas coisas eles excluem muito sabe? Então por exemplo uma médica mulher fazer ortopedia talvez seria um pouquinho complicado e um pouco de preconceito talvez. (GFII-A1)

Neste momento, ao mesmo tempo em que denunciavam as fontes de sofrimento também argumentavam algumas ferramentas de resistência, de compensação ou superação, ou ainda alguns fatores positivos durante a formação: entre eles destacaram-se a sensação de segurança durante os estágios por estar ao lado de um professor com experiência, o reconhecimento do enfoque nas disciplinas do conceito biopsicossocial, o trabalho nas disciplinas humanizadas em respeitar a dor do outro, o reconhecimento da importância de outras disciplinas na grade curricular que torne a graduação menos tecnicista, como educação ambiental e humanidades, a possibilidade de realizar muitos eventos esportivos e de lazer como atenuantes do estresse e a esperança de um retorno financeiro satisfatório.

E aí, eu só tô voltando um pouquinho no que já foi falado, é que a gente realmente tem que pensar no financeiro se a pessoa formar em medicina, tipo assim, formar por sonho, por isso, por aquilo, perfeito... mas cara, a gente passa por tanta coisa e eu acho que é um dos objetivos. Tem que ganhar muito dinheiro, porque além da faculdade ser cara a gente...tem um histórico muito grande sabe?! De muita coisa, de muita depressão, de muita tristeza... tudo bem que tem os momentos de felicidade.

As pessoas, elas até brincam e falam: ‘cara, vocês... a faculdade inteira festando, fazendo festa de meio médico, fazem festa de pré-internato... e eu acho que a gente tem que fazer mesmo, porque o tanto que a gente sofre, então, tipo assim, eu acho que essa é a visão que eu tenho hoje, né!? eu nunca tive mas hoje em dia eu tenho. (GFII-A5)

### 3.7.2.4 Enfrentamento e resistência

O enfrentamento e a resistência compõem o último eixo dos debates empreendidos nos grupos focais. Como dito anteriormente o grupo focal 1 teve seu debate completo interrompido em consequência aos obstáculos e limitações próprios do ambiente virtual online síncrono. Por este motivo, este tópico apresenta somente os assuntos pautados no grupo focal 2.

Neste momento da reunião intitulado Armas de enfrentamento objetivamos debater e discutir como os participantes enfrentam os estressores da faculdade, os medos, anseios, as pressões e contradições no processo formativo. Seguindo a mesma linha de debate, instigamos a as respostas a partir da própria experiência e sentimentos, mas também incentivamos a percepção desses fatores no coletivo, como eles percebiam essas armas de enfrentamento em seu meio acadêmico.

Segue abaixo as perguntas norteadoras:

- Como vocês percebem as angústias e sobrecargas?
- Como vocês dialogam com essas angústias?
- Quais armas de enfrentamento vocês usam para combater a ansiedade e o estresse?
- O que vocês percebem em relação aos colegas e as formas de enfrentamento das sobrecargas e do estresse?

A partir das respostas pudemos identificar as principais percepções e as ferramentas em potencial destes acadêmicos em relação ao enfrentamento dos dilemas da graduação, os quais, elencamos no Quadro 10:

#### **Quadro 10 - Subtemas identificados dentro dos temas do eixo resistência e enfrentamento**

##### **GF2**

- Uso de medicação
- Atividade física como forma de melhorar o estresse
- Evitar deixar as atividades acumularem evitam a sobrecarga
- Uso de cigarro e bebida como controle do estresse
- Graus ou níveis de estresse e ansiedade mudam as formas de enfrentamento
- Conversar com familiares ajuda nas crises
- Ajuda profissional quando a crise aumenta
- Introspecção quando a sensação de angústia aumenta

- 
- Reconhecimento do uso de medicação quando o nível das crises de ansiedade, estresse ou depressão aumentam
  - Atividades de lazer ajudam a controlar as crises
  - “Se permitir” como mecanismo de fuga das obrigações
- 

Fonte: organizado pela própria autora (2022)

Este momento da conversa foi marcado por uma certa descontração propiciado pelos próprios acadêmicos. Ao que perguntamos sobre as armas de enfrentamento eles automaticamente, em forma de brincadeira responderam:

Paroxetina e Rivotril. (risos) (GFII-A4)

Fluoxetina, sertralina, terapia, álcool (risos) (GFII-A1)

Muito álcool (risos) (GFII-A4)

Vape... cadê o Pod? (risos) (GFII-A3)

Logo em seguida, após a ‘brincadeira’, os interlocutores efetivaram o diálogo em um contexto mais sóbrio. Destacaram o apoio familiar e o apoio psicológico como importantes em uma primeira fase das crises de estresse e ansiedade. Neste momento, os acadêmicos consentiram que existe uma espécie de estágio ou graduação de sofrimento psíquico, que inicia com uma sensação de sobrecarga, de estresse e vai se tornando pior, angustiante e depressivo até culminar em ‘crises’ à medida que não se busca uma forma de ajuda. Salientaram a importância de evitar ‘surtar’ através do descanso, quando percebem que não estão absorvendo o conteúdo.

Destacaram também a atividade física e atividades de lazer como armas para controle da ansiedade, mas que em um nível extremo de ansiedade ou de quaisquer outras crises psíquicas, o uso de medicamento é inevitável. Comentaram também que, apesar de muitas críticas sociais, as festas, as bebidas, entre outros meios, ajudam a controlar o estresse acadêmico como uma forma de escape.

### 3.8 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

É válido salientar que até agora estamos apresentando os resultados dos grupos focais na sequência em que planejamos os eixos de debate, contudo, em diversos momentos da conversa conseguimos apreender comentários que sugerem sofrimento psíquico e eventos

angustiantes, bem como mecanismos inconscientes de resistência ou de compensação para o sofrimento.

Podemos explicar nossos achados a partir das considerações de Zeigarnik (1981) ao analisar que frente a alterações psíquicas devemos considerar sempre a personalidade dos sujeitos, visto que o sofrimento psíquico provoca alterações na sua estrutura, modificando as necessidades e as características afetivo-volitivas. Pelo exposto, a personalidade, na sua relação com a atividade, é uma categoria central e ponto de partida para a compreensão do processo de sofrimento psíquico.

Para Silva e Tulesky (2015), a alteração na atividade influenciará no modo de vida do sujeito, tendo impacto na sua consciência e na sua personalidade e, como consequência, na estrutura psíquica como um todo. Isso acontece em função do caráter sistêmico que as funções possuem, de forma que a alteração ou a desorganização de uma função interfere no funcionamento das demais

De forma que uma modificação patológica da personalidade quando sob a influência da enfermidade diminuem os interesses da pessoa, se empobrecem suas necessidades, quando permanece indiferente frente a coisas que antes lhe inquietam, quando seus atos não têm objetivo, as ações não são mediadas, quando a pessoa deixa de regular seu comportamento, não pode avaliar adequadamente suas capacidades, quando se modifica sua atitude consigo mesmo e com o mundo que a rodeia. Esta atitude modificada é indicador da mudança da personalidade (ZEIGARNIK, 1981, p. 29).

Para exemplificar como ocorre o processo de formação de uma necessidade patologicamente modificada e de alteração da hierarquia dos motivos, Zeigarnik (1981) exemplifica o uso abusivo de álcool. Uma atividade em um primeiro momento é motivado por atividades como comemorar ou interagir com os amigos, pode ressurgir, em um segundo momento com o desejo de repetir essa sensação de embriaguez, e o álcool passa então a se converter em motivo, levando a estimular a atividade, enquanto os motivos anteriores (comemorar ou interagir) se tornam secundários. Neste contexto, surge um novo motivo que demanda uma nova atividade e faz emergir uma nova necessidade com um novo sentido, já que o consumo de álcool passa a ter um sentido pessoal para o sujeito.

Como resultado, o sujeito estabelece uma relação diferente com a realidade. Assim como o álcool, uma medicação psicotrópica ou qualquer outra substância psicoativa assume a função de sentido para a vida, se alteram os motivos, surge uma nova hierarquia e o círculo de interesses é mais estreito (ZEIGARNIK, 1981).

Considerando, pois, a relação existente entre a mediação dos motivos e das necessidades e a estrutura hierárquica, se identifica que “a alteração da hierarquia e mediação dos motivos significa a perda da complexa organização da atividade humana. A atividade perde sua característica especificamente humana: de motivada se converte em impulsiva. Desaparecem os motivos a longo prazo [...] (ZEIGARNIK, 1981, p. 161).

Esse processo, muitas vezes debilita a função significadora que faz com que o motivo se torne apenas conhecido, perdendo sua força motivadora, podendo ocorrer também um estreitamento no círculo de formações significativas, de modo que muito do que antes tinha sentido para o sujeito, como o trabalho, os amigos e os estudos, deixa aos poucos de tê-lo. (ZEIGARNIK, 1981).

Almeida (2018) exemplifica esse processo citando os casos de depressão, no qual o motivo perde a função estimuladora, deixando de impulsionar a atividade. Neste processo, se observa a diminuição da energia (do estado de ânimo), o que decorre em uma diminuição no nível de atividade em geral, o qual, a alienação da vida social ocasiona a perda do sentido para viver, o que se manifesta nos sujeitos como desânimo e falta de energia, já que a energia é mobilizada justamente pelo sentido (ALMEIDA, 2018).

Em alguns momentos, como explica Almeida (2018) o próprio sofrimento assume a função de sentido, ocupando posição central na personalidade dos sujeitos, na medida em que passa a motivar a atividade: “[...] o reconhecimento do adoecimento garante o afastamento do trabalho, principal fonte de seu desgaste e sofrimento. Uma melhora poderia significar um retorno a essa atividade que representa para eles um conjunto de processos destrutivos” (ALMEIDA, 2018, p. 357).

Silva (2021) comenta que o adoecimento pode implicar não só em desintegração, como também em desorganização do psiquismo. Enquanto na primeira situação pode ocorrer o desaparecimento de alguns processos psíquicos, no caso da desorganização, os processos, apesar de preservados, estão alterados, implicando desta forma, na dificuldade no autocontrole do comportamento, pelos indivíduos. A autora infere que “a desorganização ocorre em patologias de menor gravidade e/ou ainda quando não estão em estado crônico, como em transtorno de humor; e a desintegração em casos mais graves de esquizofrenia ou transtornos neurodegenerativos” (SILVA, 2021, p. 238), de forma que a Patopsicologia Experimental pode fornecer alguns elementos para que seja possível compreender os processos de sofrimento psíquico a partir da análise da atividade do nosso sujeito, aqui especificamente, a atividade acadêmica de medicina a serviço de ser médico(a), implicando no seu comportamento e da relação com o meio em que vive. Isto é, enquanto resultado da formação de necessidades e de

motivos patológicos, da alteração da hierarquia dos motivos, da perda de sentido e da diminuição da autorregulação do comportamento.

Ficou evidenciado em nossos achados que todos eles percebem o período da graduação como um momento estressante e cansativo e destacam como principais fontes de cansaço a própria sobrecarga curricular, excessos de provas e conteúdos. Porém, o que mais gera sofrimento psíquico, sensação de impotência, de medo e insegurança está relacionado à projeção da sua atuação profissional depois de formado.

Com esta primeira identificação e seleção de assuntos ou subtemas resolvemos analisar as categorias das falas e desdobrar ou retirar as unidades temáticas do conteúdo seguindo os pressupostos teóricos Histórico-Culturais e críticos-dialéticos: motivos e motivação, conceitos cristalizados, aparência e essência, idealização e situação concreta. Até aqui, os homens têm sempre criado representações falsas sobre si próprios, e daquilo que são ou devem ser. Segundo as suas representações de Deus, do homem normal etc., têm instituído as suas relações. Os filhos da sua cabeça cresceram-lhes acima da cabeça. Curvaram-se, eles que são os criadores, diante de suas criaturas. Libertemo-los das ficções do cérebro, das ideias, dos dogmas, das essências imaginadas sob cujo jugo se atrofia. Rebelem-nos contra o domínio das ideias. Ensinemo-los a trocar estas fantasias por ideias que correspondem à essência do Homem, diz um; a terem uma atitude crítica em face delas, diz outro; a expulsá-las da cabeça, diz o terceiro; – e a realidade vigente ruirá. (MARX; ENGELS, 1984 p. 7)

Os resultados dos questionários e escalas na nossa investigação alinham algumas conclusões parciais. Por exemplo, percebemos que o fator escolha da carreira médica parece relevante e positivo na vivência acadêmica e essa opção não ocorreu pela facilidade de acesso, pelo contrário, uma das dificuldades encontradas é a dificuldade de ingressar no curso de Medicina, contudo, o preço a pagar parece ser, ao que demonstram as respostas, uma alta prevalência de cansaço, sonolência e desgaste físico nesse processo. Conquistar amigos durante o período acadêmico também demonstrou-se um fator positivo, bem como simpatizar com a cidade.

O estresse, dando destaque à amostra feminina e aos alunos dos períodos iniciais, e a ansiedade em suas formas graves, com destaque para os alunos dos últimos períodos, predominam no nosso grupo, já a depressão mostrou-se menos presente. Ser pontual não é um problema, mas manter a concentração, principalmente nos últimos períodos sim, tem sido uma limitação do processo formativo.

Até agora percebemos algumas obviedades e fatos (ou, pelo menos sua narrativa) bem observáveis e esclarecidos, tanto em nossos achados inéditos, quanto nas pesquisas científicas relatadas.

Primeiro, o crescente interesse científico em identificar a prevalência do sofrimento psíquico entre estudantes de Medicina no Brasil que, a partir do viés epistemológico de cada uma articulam as motivações, causas e implicações do sofrimento sobre a qualidade de vida e

relação acadêmica destes estudantes. Um destaque que objetivamos tornar fruto de debate em um outro momento é o que aqui iremos chamar de ‘a quem interessa’. Investigamos a formação básica dos autores das teses e dissertações elencadas para este Estado do Conhecimento e identificamos que 31 são graduados em medicina, 27 pesquisadores são psicólogos, 4 são outros profissionais da saúde e 5 são de outras formações diversas.

Segundo, os resultados das diversas pesquisas trazem, em sua maioria, que a incidência de sofrimento mental entre os estudantes de medicina é maior do que na população em geral. Estes mesmos estudos, e incluindo agora também referências que utilizaram de outros instrumentos, de forma genérica, apontam abuso ou dependência de álcool ou outras substâncias psicoativas.

De maneira geral, as diversas pesquisas pontuam como os principais traços de transtorno mental percebidos entre os discentes de medicina a ansiedade, a depressão, o uso e abuso de drogas psicoativas e álcool, o estresse e a ideação suicida (AQUINO, 2012; SANTOS, 2018; REGIS, 2015; NUNES, 2016; SAMPAIO, 2012; SERRA, 2012; SILVA, 2015; GONSALEZ, 2016; CARDOSO, 2017; MAYER, 2017; GANNAM, 2018; SANTOS, 2018; PEREIRA, 2020; PAULA, 2014; PEREIRA, 2014; SILVA, 2016; AGUIAR, 2007; RIBEIRO, 2014; MELLO, 2017; SILVA, 2019; SALVADOR, 2020; GAVIOLI *et al.*, 2009; ANDRADE *et al.* 2014; RIBEIRO; CUNHA; ALVIM, 2016; DANTAS, 2015)

As causas apontadas nestas mesmas pesquisas como possíveis desencadeadores ou potencializadores das situações de sofrimento psíquico foram as situações de medo ou episódio de reprovações, dúvida quanto a permanência do curso, desentendimentos familiares, uso considerado abusivo de drogas, muito conteúdo a ser aprendido, provas, seminários e trabalhos numerosos, grande responsabilidade, insegurança e medo do fracasso, ambiente competitivo, abuso verbal, violência dos trotes ao recepcionar os calouros, não participação de atividades sociais e/ou dificuldades de relacionamentos e os próprios processos formativos e metodologias de ensino.

Alguns destes estudos trouxeram as medidas de enfrentamento ou fatores protetores praticados por esses alunos e citaram o ato de sair para se distrair com amigos, buscar apoio da religião, atividades físicas, investir em assuntos alheios à faculdade, receber apoio dos pais/familiares, compartilhar suas dificuldades, negar a dor e capacidade de resiliência. Por outro lado, a empatia, por exemplo foi considerada um potencializador do desgaste emocional (PEREIRA, 2014; GANNAM, 2018; REGIS, 2015)



Já, em relação às ações adotadas no núcleo acadêmico para minimizar essas ocorrências, estes estudos trazem ora sugestões, ora aplicações de algumas intervenções, como Apoio Psicopedagógico institucional, oferecer disciplina eletiva sobre cuidado mental, oferecer espaço de escuta organizado, fortalecimento dos aspectos positivos do ambiente e processo de formação, apoio psicológico individualizado, viabilizar dispositivos de informação e de trocas e maior atenção aos casos de isolamento, em que os alunos sabem que sofrem, mas não buscam ajuda (CRESTE, 2013; REGIS, 2015; MELLO, 2017; SANTOS, 2018; SILVA, 2019; SALVADOR, 2020; BARRA, 2021).

Compondo nosso diálogo, percebemos pertinente três considerações analíticas do sofrimento psíquico destes discentes:

Silva (2019) destaca que os alunos, antes de tudo, são em sua maioria jovens e fazem parte de um grupo maior que são os estudantes universitários, assim possuem as características e nuances próprias dessa posição no imaginário social. Além disso, encontram-se 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” (p.114).

Observa que a medicina possui uma prática de imbricados processos que articular o que é da 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.

Já Salvador (2020) sintetizou seus achados frente ao adoecimento do futuro médico a partir de categorias de sentido resumidas como, a necessidade de ser completo; a relação com a História de vida, relacionamentos e posicionamentos das escolhas; a amenização das circunstâncias da vida condicionada pelo uso de medicação; a percepção de isolamento ao apagamento do sujeito “um peixe fora d'água”, narrativas esvaziadas de sentido como saídas para o real vivido no corpo.

A pesquisadora conclui que todos os estudantes relacionam, de uma forma ou de outra, parte de seus sofrimentos à universidade. Parecem ter encontrado, por meio do discurso universitário, uma forma de ocuparem seus lugares e estabelecerem seus laços, dificuldade em

adquirir sentidos e significados para suas dores, a inserção desse sujeito a favor da racionalização do ser gente.

A respeito da construção de identidade médica, Mello (2017) observa os polos dinâmicos e contraditórios para o estudante que se vê envolto com a escolha entre modelos ambíguos apresentados na formação e confirma a naturalização/banalização do sofrimento como uma forma típica de violência silenciosa que forjam uma conformação do aluno ao modelo de formação vigente marcada pelo apagamento da subjetividade, colocando sua saúde mental em vulnerabilidade. Em contrapartida, assume o potencial das metodologias ativas em desconstruir ideias preconcebidas e preconceituosas em relação ao ser médico, bem como operacionalizar as transformações necessárias na educação médica, ao propor ao estudante a reflexão sobre como suas escolhas atuais determinam que tipo de médico será.

A autora destaca que ainda que seus resultados não possam ser generalizados, eles demonstraram a relação do sofrimento com a conjuntura médica e sinalizaram a existência de um mal-estar, como uma forma do estudante expressar uma inadequação ao modelo de ensino proposto, assim como fragilidades na transmissão de valores, preceitos e princípios do que é ser médico.

A nossa inquietação recai, como já dito em alguma linha atrás, não só no sofrimento pelo sofrimento, tampouco na causa pela causa, incita o para além: quais desses sofrimentos são inéditos, ou específicos ao alunado de medicina? O que determina o podium acadêmicos de estresse e ansiedade na graduação?

Se fizermos um exercício rápido de investigação sobre processos e determinantes do sofrimento psíquico em outros grupos, acreditamos encontrar pontos de similaridade: dificuldades institucionais, dificuldades professor aluno, excesso de cansaço físico e mental, carga horária de estudos e currículo exaustivos, dificuldades de concentração e do próprio processo de ensino-aprendizagem.

Se formos aos grupos de graduandos em outras áreas da saúde teremos a lida com o paciente, com a morte, com a dor e sofrimento, os tabus do corpo e da intimidade, os conflitos das desigualdades sociais e outros condicionantes perturbadores da saúde mental que pareiam aos dos futuros médicos.

As várias construções das ciências biológicas, das ciências humanas e das ciências exatas as quais as disciplinas dos campos da saúde se apropriam são todas complexas em si, tanto em história quanto em conteúdo. Se compartilhamos todos da mesma bagagem científica, por que o estudo desta a uns causaria mais sofrimento que a outros? Ou sofre menos os que se

apropriam menos? Ou a outros não lhes cabe apropriar ou aprofundar e talvez por isso seja mais leve? Será que é então proposital maior arcabouço científico a uns e menor a outros? Será que esse arcabouço é menor ou só parece ser? Será que ‘parecer’ ser tem um motivo?

É a vida? O peso da vida alheia nas mãos? E, acaso, primeiro aos que se encarregam das profissões da saúde, todos não possuem em suas mãos vidas alheias? Aos outros campos do saber, as criações, execuções, processos, teorizações, estruturações, as evoluções, de uma vida a um livro não são em vida e para a vida?

É a morte? E se for, acaso os que lidam com ela e só com ela, só com o que sobra dela, sofre igual? Tanto quanto? Será que existem estudos na mesma proporção? Poucas narrativas ou a narrativa é a do silêncio?

Talvez alguns dos pontos de diferença mais observável em outros grupos de estudantes universitários seriam as dificuldades sociais: dificuldades financeiras em geral, conciliar trabalho e estudo, precisar ou até ser a pessoa responsável pela manutenção financeira familiar, dificuldades e deficiências adquiridas pela educação básica precária, dificuldades de transporte e outros são alguns dos obstáculos causadores de sofrimento entre os vários universitários dos diversos cursos neste País e que não representam-se como questões centrais ao acadêmico de medicina.

Uma ou outra pesquisa, plausivelmente, apontam indícios e caminhos de sofrimento psíquico e demais fenômenos de adoecimento ou falhas educacionais, estruturais e de apoio no curso de Medicina atrelados à questão socioeconômica e cultural de modo crítico, especialmente quando vinculado à questões relacionadas ao sistema de cotas, racismo, programas governamentais, aumento do acaso ao curso, entre outros... Ainda assim, partem, de certa forma, sob o prisma do acesso e do sofrimento de quem?

Será que é exatamente essa a diferença? Será que de alguma forma o que causa o sofrimento são também as diferenças estruturais da sociedade, os modos de produção e as relações de trabalho? Será que o sofrimento vem na contramão?

Será que o privilégio ou a sensação dele, será que a postura e o se fazer entender em uma outra classe e em um outro patamar estrutural e também científico no engendro do liberalismo faz sofrer, pode adoecer aos seus discípulos? E se aos que tendo consciência destas e outras questões e carregam paralelamente uma luta de oposição e desejo de mudanças, será que sofrem mais? Quais as contradições carregam em si que podem ser geradoras de conflitos e de perda de identidade?

Muitas perguntas às quais não ousamos respostas. Reflexão. Organização de pensamentos fundamentados que permitem vasculhar a linha histórica que em processo se constituem sobre uma base (assim como a base de uma grande pedra de gelo em alto mar) de manutenção das estruturas de dominação vigentes, e que influi nas superestruturas socioeconômicas e culturais observáveis a partir de quem mergulha no raso e percebe fenômenos no coletivo, e que, enfim (mas que é visto primeiro) desponta a olhos nus (a ponta do iceberg) sobre as águas nas formas individuais de manifestações de sofrimento psíquico, desajustes de consciência, conflitos do ideal e do real, das contradições nos atos, nos fatos e nos relatos. Na casca que apresenta currículo, faculdade, modos sociais de entretenimento, habilidades e competências individuais, níveis de aptidão e coeficientes intelectuais.

## **CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO: SOFRIMENTO E ADOECIMENTO PSÍQUICO DO ESTUDANTE DE MEDICINA À LUZ DA TEORIA HISTÓRICO-CULTURAL**

Só podemos compreender cabalmente uma determinada etapa no processo de desenvolvimento – ou, inclusive, o próprio processo – se conhecemos o resultado ao qual se dirige esse desenvolvimento, a forma final que adota e a maneira como o faz (VIGOTSKI, 2004, p. 207).

Neste capítulo partimos da premissa Vigotskiana de que o comportamento do ser humano em suas relações é determinado também por aquelas ações não reveladas externamente e os reflexos não expostos, internos, impenetráveis à astúcia direta do observador, podem ser metodologicamente averiguados, indiretamente ou de forma mediatizada, através de reflexos acessíveis à observação, como a palavra dita ou escrita.

O fenômeno aparente partiu da experiência pessoal enquanto tutora e professora do ciclo básico para o curso de Medicina onde surgiu o interesse em aprofundar o conhecimento acerca dos processos que favorecem o sofrimento psíquico neste grupo de estudantes. E assim, enquanto capítulo derradeiro, através da análise teórico-metodológica Histórica-cultural, objetivamos investigar e discutir os processos e determinantes do sofrimento psíquico entre esses alunos, percebidos, ou melhor, respaldados pelos achados tantos nos questionários, quanto no grupo focal desta tese.

Ademais, as vivências com os modelos profissionais na sociedade e dentro da própria instituição de ensino, na visão dos espaços do mercado que conferem prestígio profissional, estão saturadas de valores, normas e crenças que sustentam as estruturas sociais. Essas estruturas são construídas pelos sujeitos sociais que a contêm e que também podem mudá-las.

Aqui objetivamos reunir argumentações e permitir reflexão para uma percepção mais clara de que o sofrimento psíquico frente ao estudar medicina não está restrito ao âmbito escolar e seus programas curriculares, e sim ao aprender o - ser médico. Ansiamos também, e principalmente, reunir informações capazes de entender o presente, admitindo que estudar algo historicamente não é estudar um evento passado e sim, estudá-lo no processo de mudança, sendo este, o requisito primordial da dialética e da busca de superação (ZANELLA; 2007).

### **4.1 COMPREENSÕES DA TEORIA HISTÓRICO-CULTURAL NECESSÁRIA À FORMAÇÃO EM MEDICINA**

Parafraseando uma conhecida ideia de Marx, poderíamos dizer que a natureza psicológica humana representa a superposição das relações sociais interiorizadas que se vão transformando em funções para o indivíduo em formas da estrutura individual. Não queremos dizer que isto seja o significado da postura de Marx, porém vemos nela

a expressão mais plena daquilo para o qual nos leva a história do descobrimento cultural. (VIGOTSKI, 1995, p. 151)

Tornar-se humano é possível na medida em que internalizamos a cultura como atividade social, tornando-a nossa própria atividade, transformando, desta forma, o fluxo e a estrutura das funções psicológicas, da mesma maneira como um instrumento modifica materialmente o objeto nas operações de trabalho (VIGOTSKI, 2004). Logo, o desenvolvimento humano a que Vigotski se refere, diz respeito a uma construção consciente dos processos de pensamento, isto é, como desenvolvemos e lidamos com o pensamento. O núcleo teórico da questão situa-se - justamente - na ação mediada e na intervenção com a participação do outro, tendo-se como movimento central a transformação de contextos históricos, institucionais e culturais.

Como já bastante denunciado nas linhas acima, o acadêmico de Medicina, ao ingressar na faculdade passa por vários processos de socialização que vão além da aquisição de conhecimentos e habilidades técnicas, obtidos através do aprendizado direto. Na análise sociológica do âmbito educacional, configura-se ainda o aprendizado indireto, onde as atitudes, os valores e os padrões de comportamento são adquiridos pelo estudante, como subproduto do contato com os instrutores e pares, com pacientes e com membros da equipe de saúde (MERTON, 1957; LAMPERT, 2002)

Vários estudos há algum tempo tem se dedicado a analisar os comportamentos e a socialização do aluno de medicina e mencionam o que é visto na prática, que o processo de socialização em que o aluno incorpora como próprias, as formas de comportamento e os valores dominantes no grupo médico, para chegar a pertencer a esse segmento social, nada mais é do que um processo de identificação quase imperceptível, concomitante à aprendizagem formal, à medida que se desenrola o processo de formação, no qual o aluno identifica os atributos que lhe dão prestígio social e adquire uma escala de valores, fundamentos e formas do poder médico relativo aos processos técnicos e sociais (GALLI, 1989; LAMPERT, 2002).

Ao observar e conviver com seus mentores também médicos, este aluno passa a ter um monte de ‘certezas’ próprias da cultura médica, como: ser especialista dá mais prestígio; que certas especialidades gozam entre a população e entre os médicos de maior reconhecimento que outras; que a “boa medicina” é a que se faz com o paciente hospitalizado; que a atenção ambulatorial não é gratificante; que o trabalho mais importante do médico é fazer o diagnóstico; e que a solução do problema do paciente escapa de certa forma de sua responsabilidade, uma vez que nele interferem muitos fatores, inclusive a “falta de colaboração” dos clientes; que os

doentes crônicos são “chatos”; e que o trabalho médico é essencialmente tratar das situações agudas (GALLI, 1989; LAMPERT, 2002).

Essa experiência sociocultural se incorpora à vivência desde antes de ingressar à faculdade e envolve o aluno numa filosofia de vida, de práticas e de organização social, dentro das expectativas da sociedade na qual ele está inserido. Tal estrutura faz parte de todo o complexo que envolve o desenvolvimento psíquico do indivíduo, que pode ser explicado por Vigotski (2007) e da formação social da consciência proposta por Leontiev (1978). A compreensão exposta por Vigotski (2007 p. 56) de que: “[...] nos tornamos nós mesmos através dos outros” nos conduz ao conceito de alteridade (ZANELLA, 2005) ou seja, a relação mantida com o outro, como fonte de desenvolvimento pelo entrelaçamento de histórias, uma determinante psicológica que nos remete ao conceito de ação mediada: a aprendizagem e o desenvolvimento do estudante se apresentam como decorrência deste encontro de consciências, portanto, manifestam a profunda subjetividade da vivência em uma sala de aula.

É nessa relação entre a formação da personalidade, como existência social, que a tese proposta por Vigotski vislumbra a natureza histórica da origem do psiquismo humano. Em síntese, o sujeito constrói sua história a partir da história do outro, por interações mediadas por sistemas simbólicos: assim posto, o conhecimento se torna instrumento imperioso que medeia a relação sujeito ao mundo e sujeito ao sujeito em via de mão dupla.

Assim, a relação entre o ensino, a aprendizagem e o desenvolvimento humano se fundamenta em um aspecto teórico determinante na obra vigotskiana: a dinâmica real e histórica da atividade prática como condição para se criar significados (na forma de cultura médica) e - com ele - nos situarmos à frente de nós mesmos: referimo-nos ao desenvolvimento de uma personalidade médica, que aqui a consideramos como expressão histórico-cultural da consciência, na interação com o outro e com o mundo, mas numa relação de alteridade (MACHADO; SCHROEDER, 2021).

Aludimos que a expressão Histórico-Cultural da consciência diz respeito à formação profissional/humana dos estudantes de Medicina. Nosso estudo se apropria deste elencar de ideias, concordando também, que, nestes termos, as atividades - ensinar e estudar - aqui concebidas como unidade dialética, são imperativas à formação humana. Contudo, se fazendo assimilar os processos de contradição desse cenário, a prática educacional neoliberal se apropria do lema a fim de exercer domínio e controle sobre aquilo que os estudantes devem ou não aprender, sempre guiados por uma perspectiva unilateral (individualista) e que segue lógicas de

mercado. Essa apropriação é, juntamente e associada ao fenômeno do currículo oculto, meios de disseminação do ideário neoliberal de que para saber, basta saber fazer.

Neste núcleo, o conceito de atividade encontra-se nos fundamentos vigotskianos revelados pela lei genética geral do desenvolvimento cultural em que se assevera que toda forma superior de comportamento aparece em cenas duas vezes durante seu desenvolvimento: primeiro, como forma coletiva do mesmo, como forma interpsicológica, um procedimento externo de comportamento, acrescentando que “[...] qualquer processo volitivo é inicialmente social, coletivo, interpsicológico”(VIGOTSKI, 2004 p. 113). Importante ressaltar que o processo de internalização não incide na passagem da realidade externa para um “plano de consciência e reflexões internas antecedentes, mas sim na produção deste plano”.

É na atividade prática onde ocorre a manifestação da universalidade do sujeito: “Toda a atividade espiritual humana está determinada pela prática social e compartilha com ela uma estrutura fundamentalmente semelhante. A atividade é a substância da consciência humana”. Na unidade ensino/estudo está contida a ideia de desenvolvimento humano; portanto, ambas assumem como ideal a atividade prática profissional. Isto ocorre pela internalização da cultura médica, uma vez que a dialética ensinar e estudar tem implicações sobre a formação da consciência e o desenvolvimento de novas e importantes formações psicológicas - as neoformações, como a personalidade médica (DAVIDOV 1986; MACHADO; SCHROEDER, 2021).

Isto pressupõe ao estudante o desenvolvimento de capacidades de reflexão, análise e planejamento, mas com pensamento teórico-científico. Destacamos, dessa maneira, que o desenvolvimento do pensamento tem sua gênese cultural, fruto da vida social que, nos contextos de um curso de Medicina, têm a sua materialidade na atividade de ensino, como atividade social: O desenvolvimento da atividade prática social [...] da pessoa se fundamenta no desenvolvimento histórico do pensamento (VIGOTSKI, 2008)

O ensino tem papel imperioso para o desenvolvimento, na medida em que seus mais importantes protagonistas partilham da necessidade de ensinar e de aprender o repertório cultural médico, com conhecimento e profissionalismo, resultando em formas muito mais complexas de ser, fazer e estar neste mundo. Machado; Schroeder (2021) Ressaltam a concepção de desenvolvimento humano como o processo histórico em que o sujeito, ao compreender e transformar o meio, transforma, também, a si mesmo. Logo, o pressuposto diz respeito à internalização da cultura (médica) como atividade humana, social e histórica, condição para a transformação dos estudantes, mas como atividade criativa e produtiva.



Continuamos nossa discussão, sem intenção de esgotar o assunto, abordando agora o conceito de currículo oculto enquanto uma ferramenta ideológica do capitalismo e que, ao mesmo tempo, pode ser percebido como um fenômeno cultural profissão médica.

#### 4.2 PERCEPÇÃO DOS CONCEITOS FOSSILIZADOS COMO FERRAMENTA IDEOLÓGICA

Neste tópico apresentamos alguns temas propostos aos participantes do grupo focal a fim de apreendermos os conceitos que esses estudantes trazem a respeito dos temas. Realizamos esta discussão calcada na compreensão dos conceitos em Vigotski (2001).

Pela perspectiva Histórico-Cultural o conceito se presta à solução de problemas, transferindo-se entre situações (VIGOTSKI, 2001[1934], p. 167), de forma que, conforme o autor “para a psicologia o conceito é um conjunto de atos de juízo, de apercepção, de interpretação e de conhecimento (Vigotski (2006a [1931], p. 80) e "a estrutura do conceito se manifesta, em nossa opinião, em um sistema de juízos, em um complexo de atos de pensamentos que constituem uma formação integral, única, possuidora de suas próprias leis" (VIGOTSKI, 2006a[1931], p. 82), podendo então ser entendido como uma síntese complexa elaborada em relação com o meio social nos quais se desenvolvem atividades dotadas de objetivo.

Santos, *et al.* (2020) abordando o conceito de Currículo oculto na educação médica e sua relação ao profissionalismo, reitera que este fenômeno resulta das relações interpessoais vividas academicamente, extrapolando o currículo formal, podendo ser uma ferramenta deletéria ao aprendizado. As evidências teóricas de sua investigação os permitiu observar uma sobrecarga cognitiva e emocional do(a)s estudantes causada pelo currículo oculto e refletem a importância de problematizar os modelos hegemônicos que influenciam valores, interesses, discursos, saberes e práticas ao longo da formação. Para isso, é fundamental o debate em torno de conceitos/ações como identidade, diversidade, inclusão, hegemonia, ideologia, poder e cultura, que pode ocorrer de forma longitudinal e integrada em unidades curriculares relacionadas às humanidades.

Neste diálogo procuramos discutir como o fenômeno do currículo oculto, opera na escola médica enquanto um instrumento de reprodução do trabalho médico capitalista e analisamos, a partir da perspectiva crítica e dialética este instrumento como uma maneira de violência nas escolas médicas cuja função é inculcar e reproduzir os valores hegemônicos nos estudantes de Medicina, utilizando a educação médica como processo legitimador da

dominação de classe; e transmitir determinados conteúdos que expressem os interesses econômico-ideológicos da classe dominante, direcionando o corpo e a subjetividade dos estudantes para o trabalho médico na sociedade capitalista proposto por Valsechi *et al.* (2020) baseado nos pressupostos teórico-metodológicos de Saviani (2018).

Procuramos articular o currículo oculto ao conceito de “Jeito de médico” discutido por Lampert (2002), destacando que o vínculo entre a formação profissional e seu trabalho é algo muito mais complexo que a mera relação entre a tarefa a ser aprendida, feita e quem a executa. Essa relação é influenciada ou mais que isso, se forma imerso aos aspectos políticos, sociais, econômicos e tecnológicos que dividem e reagrupam as tarefas no que constitui o mercado de trabalho.

Nesta relação, o mercado de trabalho médico é considerado a relação entre oferta e a necessidade de profissionais qualificados para o exercício da Medicina, dependentes de dois processos sociais complexamente articulados: o processo da formação médica e o processo da prática médica, de forma que a educação médica é submetida a um conjunto de determinações sociais, políticas, econômicas e ideológicas. (BELMARTINO *et al.*, 1990; LAMPERT, 2002).

Estes conceitos trazemos para nossa discussão mas, foram também abordados com os estudantes no grupo focal. Sem tratar destes tópicos de maneira aprofundada, procuramos apresentar algumas ferramentas do currículo oculto, bem como discutir o termo e o conceito de “jeito de médico” e o “ser médico” para eles. Sobre estes temas obtivemos alguns comentários abaixo elencados.

Sobre a relação médico-paciente e o exemplo dado ao acadêmico:

“A forma como o professor trata o paciente, forma de atendimento. A gente vai vendo que uns professores são melhores, outros são piores e a gente começa a se espelhar em um e outro e tenta fazer nossa jeito de atender o paciente,. A gente sempre tenta olhar o lado positivo”. GFI-A3

“Uma coisa que um professor faz de positivo, a gente tenta copiar e uma outra coisa que um professor faz de negativo, a gente procura um outro professor que supra aquela necessidade, que faça aquela mesma função de uma forma melhor”.GFI-A3

“Um professor em determinado momento foi atender o paciente. O paciente tinha baixa instrução, então ele dificilmente entendia o que a gente estava tentando passar, por mais que a gente tentasse descer o nível de vocabulário. Mesmo assim, era difícil pra ele, era muita informação. Aí a gente tentou explicar várias e várias vezes. Com outro profissional, o paciente chegou, ficava com dúvida, ele encaminhava ou já dispensava o paciente” GFI-3

Sobre a relação financeira e expectativas sociais:

“É legal ter uma boa remuneração financeira? É. Mas fazendo medicina e pensando se vale a pena ter uma boa remuneração pra abrir tanto mão da qualidade de vida eu falaria pra uma pessoa que fizesse por causa disso que não valia à pena. Melhor escolher outra coisa, entende? E todo mundo sempre olha pro montante que o médico

pode receber mas nunca olha pra carga horária que ele tem que se despende pra realmente conseguir aquele montante. E hoje em dia também tem muitos médicos informais né? No meu pensamento a tendência é essa. A remuneração não ser tão boa daqui uns anos”.GFI-A2

Professora, eu estava pensando que a gente idealiza a medicina desde muito pequena porque a gente escuta muito: ‘nossa já pensou quando você crescer você ser médico?’, ‘nossa, olha fulano... ganha muito dinheiro’ Eu vejo muito isso assim [...]Eu vejo as minhas primas falando para as filhas delas que são pequenas: ‘já tem uma médica na família, imagina você ser igual ela, médica!’”. A mãe e o pai falam muito isso...” GFII-A6

“Ah ...eu acho que tem professora, porque tem um peso muito maior do que os outros cursos querendo ou não. Errado é, mas tem. Eh não é igual você fazer um semestre de direito, ver que não gostou, que você vai pro vestibular direto, terceiro ano e passou. Para medicina, geralmente, tem gente que ficar três, quatro, anos no cursinho só se dedicando pra passar naquilo. Cria uma pressão da sociedade. Nossa cê ficou tanto tempo no cursinho agora que você passou vai desistir?” GFII-A3

E tem a questão de ter médicos que faltam com humanização, falta empatia com o paciente. Só que tem aquela questão né?! O stress da vida diári, por exemplo, o médico é cirurgião, passa um tempão lá fazendo cirurgia e depois ele tem, por exemplo, que consultar um paciente na clínica. Se ele estiver estressado ele vai acabar não tendo tanta empatia, não sendo tão bonzinho como a pessoa pode esperar. Não vai ter aquele tratamento que a gente pensa. E também tem a questão do SUS, por exemplo, onde os médicos tem um monte de paciente pra atender, tempo curto, então acaba tendo que cortar a conversa porque tem pacientes que fica falando, falando, falando e o médico não tem espaço pra dar toda aquela liberdade do paciente de falar né? GFII-A3

Eu acho que a pressão da sociedade é maior, é mais difícil do que a habilidade em si. Futuramente a sua responsabilidade é maior. Não vai ter alguém falando se você está certo ou errado. Quando você vê esse profissional já formado atuando no dia a dia você acha que é difícil. GFII-A2

#### Sobre o termo “jeito de médico”:

“Professora um conjunto. A questão da idade, por exemplo a gente vê pessoas na faculdade assim que você acha que tem uns treze anos (risos) por exemplo fazer medicina e a primeira pergunta que vem na sua cabeça é: uai, menininha tão nova essa daí não tem cara de médico não” GFII-A4

“Professora, eu já vi o seguinte, por exemplo, quando a gente está nos atendimentos tem muitos pacientes que recusam o atendimento pela questão visual. Às vezes não foi muito com a cara do médico. Eu acho que tem muito a ver com o vestuário assim também né?!” GFII-A4

“eu acho que o visual que o colega falou foi essa questão de achar que ele se veste diferente ou tem uma tatuagem.. aquilo não é um jeito de médico assim”. GFII-A2

“ Tem grande status, por exemplo... porque ele é médico a pessoa já entende que tem dinheiro e tal e também é uma profissão que assim as pessoas costumam dar muito valor muito respeito né?! E em questão de como eu vejo eu acho que ainda falta muita humanização. Isso eu já vi antes mesmo de entrar na faculdade, mas na faculdade a gente ainda vê que falta muito mesmo humanização nessa profissão.” GFII-A2

#### Sobre as desigualdades sociais:

“Igual hoje eu rodei em uma especialidade, a gente atende pessoas mais simples, né... que não tem uma condição financeira tão boa, então acho que às vezes falta o feeling de alguns profissionais porque a pessoa saiu do ambulatório com uma receita de uns quinhentos reais, então a pessoa não vai seguir o tratamento até porque não é algo

assim tipo essencial. É um tratamento considerado supérfluo ... e teriam opções mais baratas pra executar o tratamento.” GFII-A1

#### Sobre preconceitos:

“Dentro das especialidades, algumas especialidades fazem distinção por gênero: cirurgia, ortopedia ... excluem muito sabe? Então, por exemplo, uma médica mulher fazer ortopedia talvez seria um pouquinho complicado e um pouco de preconceito talvez”. GFII-A1

“Acho que o mais perto dessas coisas que eu já passei foi ter que defender o direito de escolha da mulher pra realizar o aborto ou não. No caso era falando sobre a descriminalização do aborto. Não sabia que teria que explicar que eu não estava defendendo que toda mulher que engravidasse teria que abortar. Descriminalizar o aborto não é que todas as mulheres que engravidarem terão que abortar, é só dar a opção pra quem precisar fazer, poder fazer com segurança. Numa aula de TBL isso pra mim foi o ápice do absurdo que eu imaginava que eu entraria na faculdade de medicina com pessoas que teria uma capacidade de enxergar além do próprio umbigo. E aí eu descobri que não é bem assim”. GFII-A1

“Eu tenho amigos que fazem odontologia. Eu sempre tratei eles bem, nunca me tratei com superioridade. Mas em um momento eles relataram que eles sentiam que quem faz medicina se acha superior, e eu falei que em momento algum, tipo assim, mesmo sendo meus amigos, ou não sendo, eu tratei de alguma forma diferente. Só que eles olham pra gente com um olhar, assim, de que a gente é superior. As pessoas criam algumas coisas que não existe só porque a gente faz medicina. Eu acho que sim, muitas pessoas ainda acham como um curso que tem status. Eu acho que alguns lugares que você vai e fala que faz medicina, as pessoas já te olham com olhar meio de cima a baixo. Entendo que é por conta de que é ainda um curso muito difícil pra pessoa alcançar e que muitos tem como sonho né? Eu acho que ainda existe um tabu muito grande. Tipo, logo pensa que a pessoa é muito inteligente. A conduta dela já muda na hora. Só que eu acho que cada um pode chegar onde a gente está hoje né?!” GFII-A7

Percebemos que é nítido para os alunos o perfil elitizado da profissão. Observamos ainda que muitos alunos se deparam frequentemente com uma certa decepção ao perceber que o caráter humanista que o profissional deveria ter no imaginário deles não ocorre na prática. Vemos, por outro lado uma defesa em relação à super carga horária e percepção de grande dedicação que o profissional deve ter em sua atividade, levando à perda de qualidade de vida, como uma “missão”, e isso colocado como justificativa para a “boa remuneração” ou necessário para ter um melhor padrão econômico. Frente a estes dois conceitos, a experiência real destes estudantes levam a um confronto ou um estranhamento entre o ideal e o real.

Santos, *et al.* (2020) e Craig *et al.* (2018) concordam que existe uma constante separação entre habilidades clínicas e qualidades humanísticas, e essas últimas com frequência são implicitamente colocadas como menos importantes do que as primeiras, o que prejudica a aprendizagem do profissionalismo. Percebe-se, assim, que esse despreendimento das qualidades humanísticas em relação à técnica durante a graduação pode ser prejudicial tanto para o(a) estudante, que acaba por deixar de lado aspectos éticos pessoais trazidos até mesmo antes da graduação, quanto para o(a) usuário(a) do serviço na relação médico(a)-paciente com um profissional com possíveis dificuldades/déficits de abordagens de questões humanísticas. Tais

condições demonstram ainda mais a importância da interferência do currículo oculto e os prejuízos que esse pode trazer na formação médica e no cuidado em saúde.

Esses argumentos entram em concordância com o evidenciado em nossa pesquisa, sendo possível identificar que o pensamento humanizado e as habilidades de comunicação e éticas passam a ser deixadas para segundo plano na atuação profissional e que são percebidas e repassadas, de maneira informal aos alunos nos momentos de estágio e prática. Elaboramos sobre isso, um esquema de falas (Figura 5) que identificam o perfil médico idealizado e o encontrado na prática pelos estudantes e exposto durante os grupos focais:

**Figura 5** - Perfil do médico idealizado e o contato com a realidade percebido pelos estudantes

IDEALIZAÇÃO PROFISSIONAL	CONTATO COM A REALIDADE DENTRO DA GRADUAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Epatia</li> <li>• Generosidade</li> <li>• Conflito Entre Qualidade De Vida E Bom Retorno Financeiro</li> <li>• Abdicação</li> <li>• Doação Para O Outro</li> <li>• Alto Senso De Responsabilidade</li> <li>• Ultrapassam O Limite Da Propria Saúde</li> <li>• Boa Aparência</li> <li>• Salvam Vidas</li> <li>• Bom Status Social</li> <li>• Profissão De Alta Responsabilidade</li> <li>• Substituição Do Sentimento Humano De Tristeza Ou Culpa Pelo Profissionalismo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prescrevem sem levar em conta as limitações do paciente</li> <li>• Preconceito dentro das especialidade</li> <li>• Pouco humanizados</li> <li>• Tratamento indevido do paciente devido a carga horária extensa</li> <li>• Pior exemplo de saúde</li> <li>• Fuga na bebida, cigarro</li> <li>• Depressão</li> <li>• Assume plantões extensos</li> <li>• Falha na relação médico x paciente</li> <li>• Dificuldade de comunicação</li> <li>• Dificuldade em entender a situação do paciente</li> </ul>

Fonte: organizado pela própria autora (2022)

Assim se consolidam os prejuízos do currículo oculto, a partir da ênfase no conhecimento teórico em detrimento das outras habilidades do profissionalismo. Como consequência, os estudantes são menos estimulados a desenvolvê-las, e a sobrecarga cognitiva causa sofrimento emocional. Sob essa perspectiva, o currículo oculto carrega componentes poderosos e destrutivos, que são propagados por meio da cultura na/da medicina e na/da psicologia social dos seres humanos. Tornam-se, portanto, enraizados e são facilmente disseminados em quase todos os estabelecimentos médicos.

Sabemos que a principal finalidade da socialização dos estudantes de Medicina e ao longo da formação médica é incorporá-los efetivamente ao mundo do trabalho. Os sujeitos envolvidos com a formação médica permanentemente indicam quais discursos, comportamentos, ideias e valores são mais adequados ao trabalho médico, muitas vezes em

consonância aos interesses dos grupos dominantes. Assim, a escola médica contribui para naturalizar as desigualdades decorrentes das relações capitalistas de produção e

[...] também colabora para o surgimento das desigualdades sociais, pois se sabe que há uma desigualdade real no ponto de partida. Isto é instrumentalizado pelo currículo oculto, a escola estimula a conformidade a ideias nacionais e convenções sociais ao mesmo tempo em que mantém desigualdades socioeconômicas e culturais (CASTRO; SENA MARIANO, 2015, p. 57).

Neste âmbito é possível reconhecer, assim como Valsechi *et al.* (2020), o currículo oculto como um fenômeno escolar que reproduz as ideias dominantes, propriamente ideias da classe dominante (MARX; ENGELS, 2009), na medida em que seus conteúdos transmitidos sempre estão alinhados à concepção de mundo liberalburguesa. Essas ideias dominantes se universalizam ao longo da formação médica, do trote à residência médica, porque são a expressão ideal da dominação de classes na estrutura da sociedade (IASI, 2017). Esse instrumento de inculcação ideológica se apresenta na formação como um fenômeno inserido no atual processo de formação médica, atua como legitimador da dominação de classe na medida em que é exercido no sentido de garantir, reproduzir e reforçar as relações sociais dominantes que conformam o modo de produção vigente, direcionando o corpo e a subjetividade dos estudantes para o trabalho médico na sociedade capitalista.

O trabalho médico inserido na sociedade que produz mercadorias é marcado pelos fenômenos da alienação descritos pelo filósofo alemão Karl Marx: do produto, da atividade produtiva, de si mesmo e da humanidade. Por fim, alheio em si, o médico não se vê como integrante da comunidade nos atendimentos em serviços de saúde (TERRA; CAMPOS, 2019; Valsechi *ET AL.* 2020).

Dessa maneira, a prática médica alienada engendra uma consciência social alienada, da qual o currículo oculto é produto e produtor ao longo da formação médica. O ocultamento de sua intencionalidade principal (dissimular a base material da sociedade, a luta de classes no modo de produção capitalista) e secundárias (transmitir determinado ideal de médico, expressar interesses da categoria profissional médica, inculcar normas de comportamento em determinados ambientes etc) são objetivadas no campo simbólico, no qual se estrutura a linguagem.

A organização do trabalho médico atual consiste na síntese de múltiplas determinações decorrentes do modo de produção capitalista, processo produtivo em que o trabalho não produz apenas mercadorias; produz-se a si próprio e o trabalhador como uma mercadoria, e, a saber, na mesma proporção em que produz mercadorias em geral (MARX, 2015).

O trabalho se apresenta ao ser humano, neste contexto, como meio para satisfazer suas necessidades externas e físicas, negando seu caráter vital como meio de produção da própria essência humana. Por fim, confrontando-se com o mundo objetivo resultante dessas objetivações alheias a si, o homem é enfrentado por outro homem, pois o que vale para a relação do homem com o seu trabalho, com o produto do seu trabalho e consigo próprio, vale para a relação do homem com o outro homem, tal como para o trabalho e o objeto de trabalho do outro homem (MARX, 2015).

O que ocorre é que o trabalho médico atual compreende a saúde a partir da concepção de mundo liberal, como produto do autocuidado e distanciada das estruturas sociais. Por meio da expressão de determinadas condutas e normas, sua prática reforça a ética liberal centrada no indivíduo, organizando comportamentos segundo o metabolismo do capital - age, portanto, como ferramenta de normatização e coerção social. Ao mesmo tempo, o trabalho médico é produto e produtor de um complexo médico-empresarial, este que extrai a mais-valia por meio da exploração assalariada do trabalho, aumentando seus lucros e somando-os aos lucros decorrentes da venda de suas mercadorias (DOURADO, 2012).

Para Saviani (2013) promover o ser humano por meio da educação significa tornar o homem cada vez mais capaz de conhecer os elementos de sua situação para intervir nela, transformando-a no sentido de uma ampliação da liberdade, da comunicação e colaboração entre os indivíduos .

Os conteúdos curriculares devem ser organizados e sistematizados para desenvolver as funções psicológicas superiores dos estudantes nas suas máximas possibilidades dentro das condições históricas atuais permitindo aos estudantes se objetivarem na direção da individualidade livre e universal.((DUARTE; GAMA, 2017, p. 528)

Percebemos, que ao contrário de uma educação crítica, reflexiva calcada na humanização e libertação, o que fica então, a cargo da escola médica atual, seja na escola médica tradicional ou na escola médica nova, é a tarefa de naturalizar o processo de exploração no trabalho e suas consequências por meio do currículo escolar. O currículo expresso no cotidiano das faculdades de Medicina do país, além de muitas vezes não consistir na transmissão-assimilação de saberes objetivos, soma formar trabalhadores médicos desprovidos de consciência social crítica, conforme nos esclarece Duarte (2016)

Os conteúdos curriculares não são neutros e a própria seleção desses conteúdos revela a intencionalidade em transmitir determinada unidade forma-conteúdo, o que sempre representa uma tomada de posição nesse embate entre concepções de mundo não apenas diferentes, mas fundamentalmente conflitantes entre si (DUARTE, 2016, p. 95).

A linguagem neste campo se apresenta como um veículo disseminador do currículo oculto aos estudantes de Medicina e médicos residentes, apresenta em si mesma um caráter

violento por ser a construção e imposição de certo campo simbólico professores e preceptores inculcam determinados campos simbólicos que, na medida em que se explicitam contra determinados grupos e classes sociais, ferem até mesmo o ideal de a linguagem do respeito é a linguagem da tolerância liberal: o respeito só tem sentido como respeito por aqueles com os quais eu não concordo (CHAUX, 2003; VALSECHI *et al.*, 2020).

E assim, os autores concluem que o currículo oculto sempre vai na contramão da transformação da sociedade e da escola médica porque,

impede a consideração de uma instituição que, ao mesmo tempo em que atua na inculcação e na reprodução dos valores hegemônicos, possa funcionar como um espaço que potencialize aos desfavorecidos a aquisição dos mesmos instrumentais dados à classe dominante, reconhecendo, assim, o caráter contraditório da instituição escolar (CASTRO; SENA MARIANO, 2015, p. 58).

O contexto de formação médica, portanto, é fruto de uma intensa atuação da cultura médica, original e própria de seus pares, que atua como substrato na geração de médicos que buscam a legitimidade de suas respectivas identidades profissionais. Há nesse processo a apropriação e reprodução do habitus da categoria médica, em um contexto educacional mediado pelo currículo como objeto reprodutor de estruturas sociais (RODRIGUES; BATISTA; VECCHIA, 2020).

Nesse sentido, o próprio perfil e a prática profissional de cada professor configuram-se como importante fator de influência na formação. Sistemicamente, essa relação é sujeita à interferência de todos os envolvidos no momento do aprendizado, abrangendo alunos, professores e instituições. Portanto, não há uma postura imparcial, supostamente à margem das ideologias, das influências ocultas da formação e daquilo que ocorre em outras dimensões da sociedade, como economia, cultura e política. Assim, partimos da compreensão de que a educação médica é um processo cultural de influência de forças externas e internas à escola médica.

#### 4.3 ATIVIDADE DA FORMAÇÃO MÉDICA SOB A LÓGICA DO CAPITAL E O DESENVOLVIMENTO DA PERSONALIDADE

Fundamentamos nossa discussão compreendendo que a Personalidade “é determinada pela natureza das próprias relações que a engendram: se trata das relações sociais específicas do homem, nas quais este entra com sua atividade objetivada. (LEONTIEV, 1978b, p. 140). Neste sentido, a vivência de classe condiciona ou medeia, desde o início o desenvolvimento dos vínculos criados com o meio social, de forma que, a depender do núcleo social em que o



indivíduo se insere, será determinada a sua comunicação, conhecimentos e as normas de conduta dos quais irá se apropriar a partir de sua atividade no mundo.

O conjunto das motivações vitais e geradoras de sentido da personalidade vai formando correlações internas e dando corpo ao perfil psicológico geral da personalidade. Ocorre pois, que em uma sociedade alienada, a desarticulação entre a atividade e os motivos geradores de sentido conduz a um desajuste psíquico ou uma dissociação da personalidade, entre o que é vivido na realidade e o que só existe na imaginação.

Selecionamos alguns assuntos comentados pelos estudantes no grupo focal que aludem às contradições da ordem do Capital. Os tópicos de assuntos foram identificados durante toda a conversa independente do tema sugerido. Enquanto analisamos as falas fomos agrupando os assuntos por temas ou palavras-chave e, por fim, elencamos os tópicos principais conforme Figura 6.

**Figura 6** - Tópicos de assuntos expostos e mais comentados no grupo focal que remetem à ordem do Capital



Fonte: organizado pela própria autora (2022)

Durante a conversa, como descrito no capítulo anterior, levantamos algumas questões e tópicos de assuntos norteadores, mas os deixamos livres para exporem suas ideias. Quando perguntado a respeito das motivações para cursar Medicina, entre outros motivos, obviamente o possível retorno financeiro, a chance de emprego e remuneração garantidas foram os motivos mais pontuados. Contudo, todos os alunos se disseram conscientes de que o fator financeiro não deveria ser a motivação predominante ou maior incentivo para a realização do curso.

Procuramos instigá-los a refletir sobre as próprias vontades e interesses e praticar a observação das ações e dos paradigmas vigentes. Após os participantes relatarem as próprias

questões, interrogamos sobre o que eles percebiam dos colegas ou dos estudantes de medicina em geral, quais eram os pensamentos, ideais e ações praticados em geral durante o curso e após formados, na visão deles. Muitos comentaram perceber que muitos (outros alunos em geral) pensavam no curso de Medicina somente como um meio de ascensão profissional, alto retorno financeiro, maior status e prestígio dentro da sociedade.

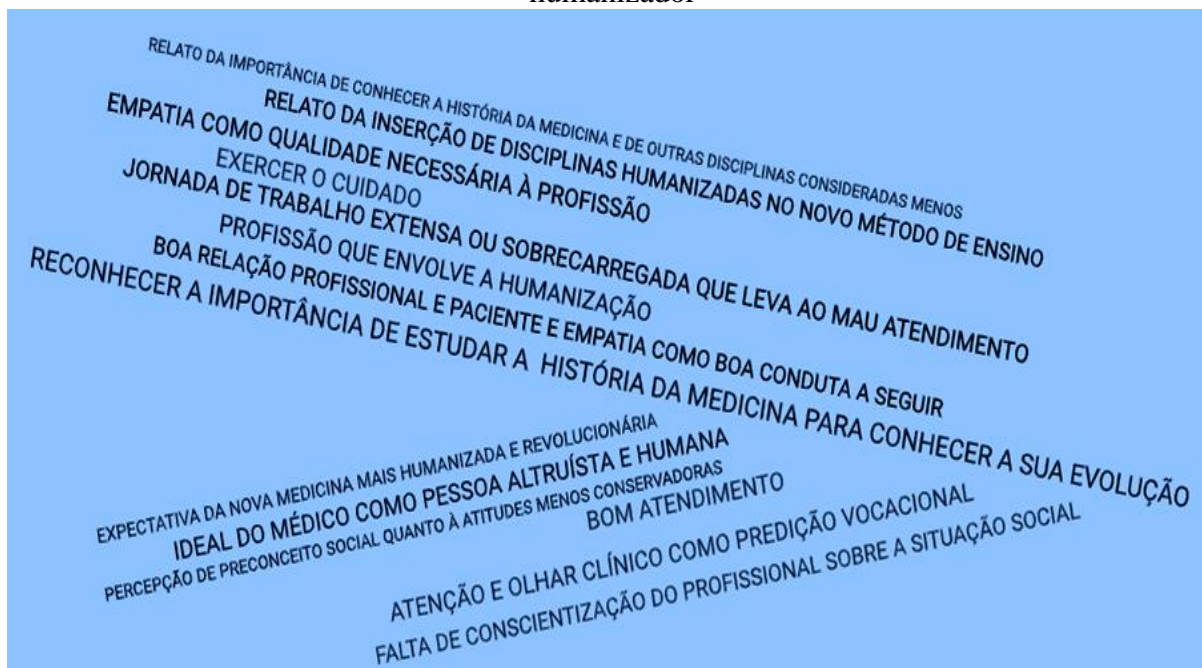
Ao mesmo tempo apresentaram alguns pontos que seriam negativos, como a jornada de trabalho extensa e a perda da qualidade de vida em detrimento ao excesso de trabalho e a própria atividade médica. Alguns participantes relataram perceber que existe, por parte da sociedade, uma ilusão que o profissional médico é sempre bem sucedido e expuseram, que apesar de realmente haver um retorno financeiro maior, a jornada de trabalho do médico, é geralmente exaustiva e pontuaram como sendo uma das principais causas que levam ao mal atendimento, especialmente nas redes públicas de saúde.

Porém, quando apresentado à eles a respeito de uma possível normatização e regularização das jornadas de trabalho da atividade médica, nenhum estudante soube comentar sobre o assunto. Uma aluna respondeu somente “sobre isso não sei dizer”. Apresentamos sobre este assunto um fluxograma da contradição e da alienação percebida nesta situação.

Isso ocorre porque as relações que os indivíduos estabelecem com a realidade são objetivamente contraditórias e esta contradição vai se expressar na personalidade. Muitas vezes a ela fixando-se e se incorporando, o que para Leontiev (1978b) acarreta o problema da alienação da personalidade, na qual a problemática da separação entre a atividade teórica interior e a atividade prática, separação esta que desencadeia um desenvolvimento unilateral da personalidade, já que separa as duas esferas principais da formação do psíquico: a atividade prática e a teórica.

Uma outra questão abordada foi o interesse e a valorização das especializações dentro da formação médica. Este tópico foi bastante respaldado quando questionado sobre as perspectivas futuras e a respeito dos interesses e vocações. Fazendo uma análise crítica em perspectiva dialética, ao mesmo tempo que conseguimos identificar esses indícios ideológicos de reprodução e manutenção das forças hegemônicas, resgatamos muitos comentários e posicionamentos que nos direcionam ou para uma luz, um princípio de direção da formação em uma perspectiva mais socialista, ou, por outro lado, para uma constatação do emprego desses discursos “humanizadores” como medida de acobertamento ou até manipulação das “massas” em prol da manutenção dos interesses do capital. Apresentamos a seguir, alguns tópicos de comentários de “potencial humanizador” (Figura 7)

**Figura 7** - Tópicos de assuntos expostos e mais comentados no grupo focal com potencial humanizador



Fonte: organizado pela própria autora (2022)

Em diversos momentos do grupo focal os participantes expuseram argumentos relacionados ao almejo ou ao ideal em se tornar um bom profissional e atrelaram este “bom perfil” à qualidades como humanização, empatia, boa escuta, atenção e olhar clínico, boa relação e boa comunicação. Correlacionaram em alguns momentos a atividade profissional ao altruísmo.

Terra e Campos (2019) que ressaltam as modalidades distintas de exercício profissional e de concepções de mundo entre sujeitos submetidos à mesma conjuntura econômico-social, a um processo de formação semelhante, trabalhando em um mesmo contexto e na mesma instituição. Isto é, essas diferenças nas formas de alienação e de envolvimento, ou até de engajamento, entre indivíduos de um mesmo setor ou de uma mesma atividade resultam tanto do protagonismo distinto das pessoas quanto da heterogeneidade e das contradições das instâncias de determinação estrutural.

Essa constatação nos leva a reiterar nossa reflexão anterior de que, no serviço público de saúde, a alienação que resulta de uma relação saúde-sociedade capitalista é confrontada por práticas contra-hegemônicas de produção do cuidado e por formas de organização do trabalho que pretendem ser democráticas, ainda que nem sempre o sejam. Tais práticas podem implicar a construção de dinâmicas alternativas à ordem alienada do capital, uma vez que é no cotidiano que se produz a consciência da alienação e é a partir dela, sob a diuturna tensão da discussão,

da reflexão e do compartilhamento, que os seres sociais serão capazes de autotranscender positivamente a alienação.

Quando perguntamos a respeito das propostas curriculares, os estudantes por unanimidade relataram a presença de disciplinas e de eixos com abordagem mais humanizada. Em relação aos aspectos históricos e sociais da atividade e formação médica, alegaram ter estudado superficialmente e concordaram a importância de estudar a história, porém não conseguiram argumentar o motivo da importância ou abordar a questão de se estudar a história e a cultura de forma crítica.

Frente ao pensamento conscientizado da realidade social, alguns alunos observaram que percebem durante os estágios e mesmo durante as experiências vividas enquanto “paciente” que existe falta de conscientização do profissional sobre a situação social brasileira e as desigualdades econômicas e isto se torna um grande obstáculo para a concretização de um bom atendimento na saúde pública.

Sobre as jornadas de trabalho extensas, da mesma forma que este tema representa um reflexo do sistema capitalista, a conscientização desta prática como preditora para o adoecimento e o sofrimento psíquico dos profissionais se mostrou um assunto refletido pelos alunos. Contudo, eles atrelam a “necessidade” da sobrecarga de trabalho como tentativa de maior retorno financeiro a fim de “recuperar o investimento” e ocupar uma posição social mais privilegiada, assim como é idealizado, em um pensamento de “lugar que o médico deve ocupar”.

Nenhum dos participantes colocou em debate a redução legal de jornada de trabalho como uma possibilidade e também não houve comentários acerca do valor pago ao profissional médico ser o mais valorizado do setor da saúde, o que, pela lógica facilita ou viabiliza uma redução da jornada com a garantia de remuneração suficiente necessária à sobrevivência.

Pode-se dizer que, no Capitalismo, a função precípua da Medicina seja reproduzir força de trabalho, e secundariamente contribuir para a reprodução da ordem. O modo pelo qual, através da Medicina, se opera a reprodução da força de trabalho organicamente ao Capital cumpre, ainda, a função de realizar a mais-valia da indústria médico-farmacêutica, da produção direta de mais-valia através da exploração da força de trabalho médica nos serviços de saúde e de criar o espaço de mercado para os seguros e planos de saúde. (Albuquerque 2009)

Com a crescente incorporação de tecnologias cujo custo não pode ser arcado pelo médico individualmente, associada à diversificação das especialidades, o trabalho médico cada vez mais se objetiva e assume a forma de trabalho coletivo ou, como o denomina Marx, trabalho

social (MARX, 1996), regido pelo Capital e subordinado ao imperativo da extração da mais-valia, tornando-se, assim, produtivo, no sentido capitalista do termo.

No entanto, diante da necessidade que tem o capitalismo de ocultar a divisão de classes, também as formas como as necessidades de recuperação do corpo são satisfeitas devem ser apresentadas como igualmente asseguradas na sociedade, enquanto direito social igual para todo o cidadão. Manter e recuperar o corpo, transformado em necessidade social homogênea, dá suporte à ideologia da igualdade e escamoteamento da divisão de classes. A partir da concepção de igualdade dos cidadãos, os corpos e suas situações de normalidade são concebidos no plano ideológico como homogêneos para toda a sociedade. A importância da manutenção/recuperação não é apresentada como particular em referência às classes sociais, mas como interesse da Nação, já que o corpo tem significado para o Estado, valor de uso para a produção da riqueza nacional (ALBUQUERQUE, 2002)

#### 4.4 O SOFRER À SERVIÇO DE "SER MÉDICO" FAZ PARTE? A QUALIDADE DE VIDA E O SOFRIMENTO PSÍQUICO DO ALUNO DE MEDICINA

Ao partirmos da compreensão do desenvolvimento humano como um processo relacionado à vida material e social do ser humano, desenvolver uma articulação entre nosso objeto de estudo, o sofrimento e adoecimento psíquico do discente de medicina e as bases teórico metodológicas da THC pode contribuir para a explicação do adoecimento psíquico em condições patogênicas de educação e de trabalho atreladas às relações de classe e de produção capitalistas, no caso do atual contexto histórico.

É com base nesta premissa que estabelecemos a base psicológica, e por que não dizer, filosófica para uma atuação pautada no comprometimento ético e político, atenta para as condições sociais patogênicas, buscando formas para transformá-las no âmbito individual e coletivo de trabalho na esfera da saúde mental, indo além de explicações limitadas e a-históricas, mas buscando as múltiplas determinações dos fenômenos humanos.

Achamos pertinente tratar aqui dos aspectos teóricos e metodológicos postulados pela Teoria Histórico-Cultural sobre a patopsicologia, o modo como compreende a dinâmica da patologia nas funções psicológicas dos indivíduos, assim como também abordamos a questão da opção metodológica adotada por essa abordagem da psicologia para investigação e estudo das patologias psíquicas. Elegemos nesse momento – a fim de discorrermos sobre as questões acima abordadas – as contribuições realizadas por B. V. Zeigarnik (1900-1988), pesquisadora

da psicologia soviética reconhecida como uma das principais referências no estudo da patopsicologia.

Para o estudo do psiquismo, a partir das bases da filosofia marxista, devemos, portanto, seguir os seguintes postulados propostos por Vigotski: 1) O cérebro humano organiza suas funções por princípios distintos dos que regem os animais; 2) o desenvolvimento das funções psíquicas superiores não é determinado somente pela estrutura morfológica do cérebro; os processos psíquicos não são fruto apenas da maturação de estruturas cerebrais. Vão formando-se ao longo da vida dos indivíduos e são produtos da educação, do estudo, das relações e das assimilações da experiência da humanidade; 3) lesões em determinadas zonas do córtex não produzem os mesmos resultados quando ocorridas em etapas distintas do desenvolvimento psicológico. Estes postulados determinaram sobremaneira o caminho pelo qual seguiram as investigações psicopatológicas e psiconeurológicas (ZEIGARNIK, 1981).

Contrariamente às posições que defendem unicamente a medição dos processos psíquicos, na perspectiva materialista dialética da psicologia, o princípio fundamental na estrutura no experimento psicológico consiste na análise qualitativa das particularidades do desenvolvimento destes processos.

O fenômeno psíquico e psicopatológico pode ser compreendido levando em consideração a postura do sujeito diante do trabalho, seus motivos e finalidades, a opinião sobre si mesmo, as exigências para consigo e para o resultado do trabalho etc. Estas posições, ante às manifestações psicológicas, exige (...) conhecimentos e estudo da psicologia da personalidade (ZEIGARNIK, 1981, p. 28).

A despeito, S. L. Rubinstein (s/d, citado por ZEIGARNIK, 1981), sobre a necessidade da análise psicológica, afirma que as condições exteriores não determinam diretamente o comportamento dos sujeitos. Ou seja, suas opiniões, atos e reações não são uma resposta imediata aos estímulos exteriores, senão que são determinados por seus motivos e necessidades. Estas condições vão se formando durante toda a vida sob a influência da educação e ensino, mas uma vez formados, elas mesmas determinam as ações e atos da pessoa sadia ou doente. Portanto, ao analisar-se uma pessoa, deve-se considerar o círculo de seus interesses, o conteúdo de suas necessidades, os fenômenos da vida que a deixam indiferente, o que desperta sua alegria, os objetivos de seus pensamentos e desejos.

Compreender o sofrimento/adoecimento psíquico com base em uma perspectiva teórica que envolva o aluno em sua totalidade e que possibilite perceber as transformações do seu psiquismo e os movimentos de suas relações com o meio colabora para a apreensão de todo o seu desenvolvimento. No momento em que essas transformações deixam de existir ou se limitam às relações alienantes/superficiais, e as suas aptidões e habilidades ficam prejudicadas, pode ocorrer uma dor intensa, que colabora para o aparecimento do adoecimento.

As ponderações referentes à relação do sujeito com o mundo e as possíveis causas para o sofrimento psíquico vão ao encontro das observações de Zeigarnik (1976/1981) que compreende o quanto a sociedade pode comprometer a personalidade do sujeito e prejudicar seus interesses, suas habilidades.

Podemos falar de uma modificação patológica da personalidade quando, sob a influência da doença, diminuem os interesses da pessoa, diminuem suas necessidades, quando ficam indiferentes às coisas que antes os perturbavam, quando suas ações não têm propósito, as ações. Quando a pessoa deixa de regular seu comportamento, ela não consegue avaliar adequadamente suas habilidades, quando sua atitude em relação a si mesma e ao mundo ao seu redor muda. Essa atitude modificada é um indicador da mudança na personalidade (ZEIGARNIK, 1981, p. 8).

Psicólogos e psiquiatras, em um mesmo material de pesquisa, possuem objeto próprio e utilizam métodos diferentes, desenvolvem tarefas clínicas comuns e, ao mesmo tempo, tarefas práticas e teóricas específicas de cada um. Há, contudo, em nossa concepção, que há de se romper com esta dicotomia investigativa que trata de analisar um mesmo objeto em seus elementos, e não em sua unidade e estabelecer uma abordagem monista, integral e crítica (ZEIGARNIK, 1981).

A partir da concepção marxista, Leontiev (1978) descreve a formação da consciência dentro da sociedade de classes, que se caracteriza pela propriedade privada dos meios de produção e pela separação entre trabalho manual e intelectual, a consciência humana padece de uma alteração radical: significações e sentidos não se tornam contraditórios. Para o trabalhador, ainda que o significado social de seu trabalho seja produzir determinados produtos, o sentido de trabalhar é de obter um salário para sobrevivência. O psicólogo Soviético denomina alienação esta contraposição entre significado e sentido. A consciência humana na sociedade de classes é quebrada, desintegrada e a atividade manual e intelectual divide-se. O trabalho intelectual torna-se um meio de vida e submete-se às condições gerais de produção, passa a ser remunerado, assalariado.

Dessa forma, a atividade intelectual, também pode perder seu sentido e tornar-se unicamente forma de obter um salário. Ao passo que a ruptura entre significação e sentido pessoal traduz-se em contradições da consciência ou problemas da consciência. Essas contradições podem, ao mesmo tempo, produzir grandes sofrimentos psíquicos e adoecimento psicológico; mas podem, também, impulsionar a tomada de consciência dessas relações e a superação desta. E é essa a questão fundamental na pesquisa que se utiliza dessa abordagem como referencial teórico-metodológico.

Finalizamos essa pauta com as palavras de Martins que reflete a medicalização do outro e de si na medicina:

Da parte dos próprios médicos, são muitos os indícios, sejam negativos ou positivos, de que há algo de errado na prática e no ensino médico oficial. Muitos médicos aderem a medicinas alternativas, aprendidas fora das faculdades de Medicina, mas praticadas dentro de seus consultórios sob a égide da Medicina oficial. Uns tantos médicos se tornam psicanalistas ou seguem uma formação psi para humanizar ou complementar sua formação médica. Uns tantos médicos se drogam na tentativa de sustentar a onipotência imaginariamente exigida deles. Alguns alunos abandonam as faculdades de Medicina por questões existenciais. E muitos médicos se unem a ritos de cura religiosos os mais variados. Se a medicalização da cultura, se o controle médico sobre o corpo das pessoas, sobre o direito de viver e como viver, sobre o direito de estar doente, de se curar e morrer como quiserem, se impõe a pacientes e a médicos, como em uma dialética do senhor e do escravo, por outro lado são muitas as formas de resistência - formas de sobrevivência, de preservação da autonomia ameaçada pelos outros e por si mesmo, pela subjetividade reinante. Resistências que não são calculadas ou previstas estrategicamente, mas reações simplesmente defensivas, reatividades, mecanismos defensivos, podendo constituir outras formas de crença, outras cristalizações. Podemos também, no entanto, como profissionais da saúde ou como pessoas, buscar formas criativas de expressão, abrindo brechas em meio aos padrões e práticas reinantes, recriando formas de vida micropoliticamente (MARTINS, 2004, p. 31).

Na vivência acadêmica percebem-se frequentemente traços implícitos e explícitos de insatisfação dos discentes com o curso, com o excesso de atividades, com as metodologias aplicadas, com a relação professor-aluno e aluno-aluno, entre outros, evidenciando um alto nível de estresse, crises de desânimo e por vezes até hiperatividade e desrespeito por parte dos alunos com os docentes e/ou colegas, o que condiz com o afirmado por Macêdo (2018) onde salienta que o sujeito na contemporaneidade passa por crises de certezas que desalojam o sujeito, que passa a não saber responder ao problema de sentido. Dessas crises, resultariam sujeitos depressivos, ansiosos, fóbicos, estressados, perversos, solitários, indecisos, fracassados, sujeitos vazios de sentido e valor.

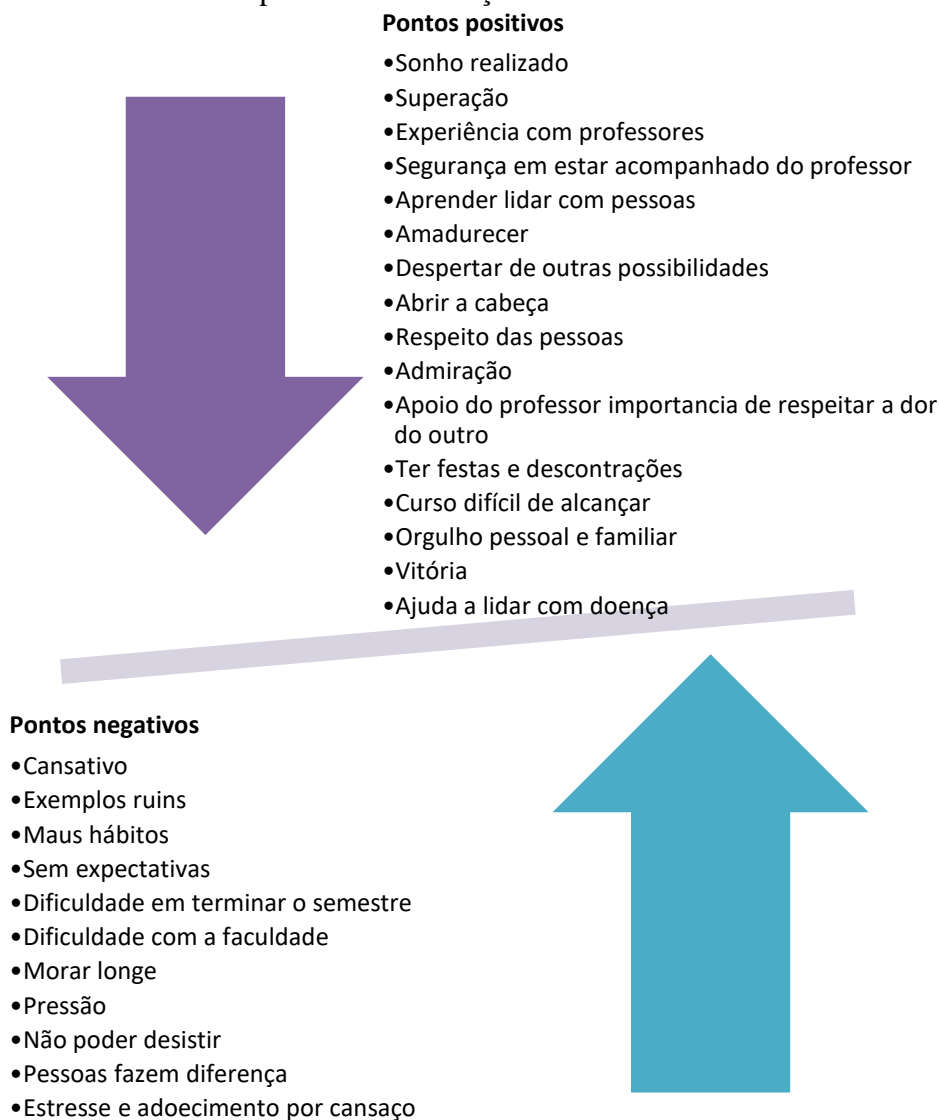
Essa característica percebida pode ser explicada por Rocha e Pedroso (2012) o qual defende que o sujeito contemporâneo é portador de sentimento de impotência diante das elevadas exigências de desempenho e por isso, a fragmentação dos laços afetivos e amorosos que dominam a sociedade contemporânea, assim como o esvaziamento subjetivo e a perda da capacidade de alguém pensar, sentir e agir como sujeito, dá lugar a um indivíduo meramente voltado ao cumprimento de metas e fundamentado na sua capacidade de produção. Tal premissa pode ser uma característica presente nestes discentes, visto que os mesmos provavelmente vêm passando por pressões familiares, sociais, relativos à classe e status, bem como, enfrentando e tentando superar as expectativas colocadas sobre eles quanto à profissão que devem seguir, seu desempenho acadêmico, sua dedicação, entre outros. Nessa vertente mecanicista de se formar profissionais, muitas vezes os aspectos psicológicos são banalizados e a formação de seres humanos fica desfavorecida.



A compreensão que estas linhas tomam é de que a humanização só pode se concretizar quando, em contato com o mundo objetivo e humanizado, transformado pela atividade real de outras gerações e por meio da relação com outros indivíduos, o ser humano aprende a ser humano (LEONTIEV, 1978).

Retomando nossa pesquisa, com base nas análises que realizamos a partir dos comentários desenvolvidos dentro do grupo focal pudemos esboçar um esquema com os principais assuntos abordados. Inicialmente destacamos os principais pontos positivos durante a formação em medicina e em seguida, os pontos negativos e alocamos em um esquema de balança (Figura 8) que identificou mais quesitos positivos do que negativos durante o período de formação.

**Figura 8** - Categorização das falas e dos temas em relação aos pontos positivos e negativos do período de formação em medicina

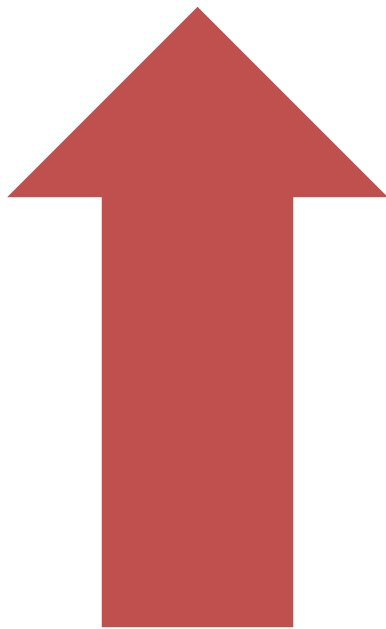


Fonte: organizado pela própria autora (2022)

O acadêmico de Medicina, ao ingressar na faculdade passa por vários processos de socialização que vão além da aquisição de conhecimentos e habilidades técnicas, obtidos através do aprendizado direto. Na análise sociológica do âmbito educacional, configura-se ainda o aprendizado indireto, onde as atitudes, os valores e os padrões de comportamento são adquiridos pelo estudante, como subproduto do contato com os instrutores e pares, com pacientes e com membros da equipe de saúde.

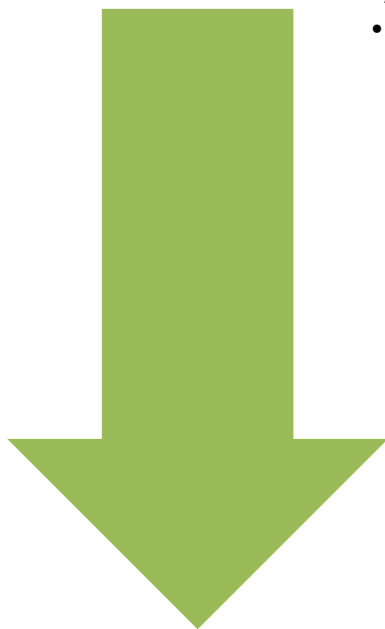
Na perspectiva da Teoria Histórico-Cultural, a consciência será sempre mediada pela linguagem, signos e significações, ou seja, é a própria relação do ser com o meio e depois consigo mesma. A relação entre a significação social, o sentido pessoal e o conteúdo sensível, emocional, é o principal componente da estrutura interna da consciência. As significações são fenômenos da consciência social, mas quando são apropriadas pelos indivíduos passam a fazer parte da consciência individual. Procuramos em segundo momento analisar as falas que indicariam sofrimento psíquico do próprio aluno interlocutor e contra balanceá-las com o que esses mesmos alunos enxergavam a respeito dos colegas e demais acadêmicos de medicina em geral (Figura 9).

**Figura 9** - Categorização das falas a partir dos desencadeadores de sofrimento próprio e do outro



#### **Sufrimento próprio**

- Dificuldade em terminar o semestre
- Dificuldade com a faculdade
- Estar longe de casa
- Pressão da sociedade
- Não poder desistir
- Lidar com o cadáver e com a morte
- Sentir que o cansaço leva ao adoecimento
- Ser julgada frustrada por ter outro curso
- Pessoas tratarem com diferença
- Ser julgada como esnobe ou que se sente superior
- Perceber a falta de humanização profissional
- Perceber falta de empatia
- Estresse com a rotina de estudo
- Sensação de ter que se doar muito
- Falta de concentração
- Ciclo de sofrimento
- Colegas individualistas
- Adaptação no método novo
- Preconceito dos pacientes nos estágios



#### **Percepção do sofrimento do outro**

- Muitos escolhem só pelo financeiro
- Sentem necessidade de recuperar o dinheiro investido
- Escolhem pela pressão da família
- Escolhem pelas comparações familiares e sociais
- Não se identificam com o curso
- Escolhem o curso só pelos status e poder
- Apresentam muita ansiedade e depressão
- Fazem uso de muita medicação para depressão e ansiolíticos.
- Sofrem julgamento pela faculdade onde estudam
- Sofrem julgamento pelo vestuário ou estética

Fonte: organizado pela própria autora (2022)

Há ainda que se refletir sobre as concepções de adoecimento psíquico frente aos paradigmas vigentes enraizados pela hegemonia capitalista, pois, conforme Leontiev (1978) os processos psíquicos devem ser considerados como distintas formas de atividade psíquica, formadas no desenvolvimento ontogenético. A atividade do sujeito é mediatizada e regulada pelo reflexo psíquico da realidade, que conduz as necessidades, os motivos, as finalidades e as condições de sua atividade, como também regula as ações e modos de operações.

Quando um acadêmico de medicina apresenta traços aumentados de ansiedade, estresse, avançando para depressão e até redução do seu desempenho acadêmico, há de se questionar

questões que ultrapassam o currículo escolar. Como afirma Ramos-Cerqueira e Lima (2002) a sociedade, como um todo, estabelece inúmeras atribuições ao médico, frequentemente deificando este profissional. O próprio juramento hipocrático, ainda repetido nas formaturas de graduação em medicina e exemplifica a idealização do 'Médico', contudo, o embate que se dá entre a idealização do papel médico e a realidade da formação profissional sofrem contradições que alteram os sentidos e significados da escolha profissional e geram frequentemente problemas de consciência, sendo vivenciado com diferentes graus de sofrimento emocional. Situações de conflito ou potencialmente geradoras de estresse, na verdade, antecederiam o início da formação médica, dando sinais de sua presença já no momento da escolha profissional.

A maioria dos problemas de consciência e contradições entre os significados e sentidos da escolha profissional também são pronunciadas na tentativa destes alunos de adotarem a postura de "médico" a partir da convivência com seus pares e com seus professores médicos. Muitas vezes os professores médicos não atendem às demandas pedagógicas de maneira satisfatória e levam os alunos a entrarem em conflitos e inseguranças em relação à sua vocação e/ou habilidade de ser médico. Aliado a isso, sentem-se na necessidade de espelharem-se em seus mentores adotando as mesmas posturas. Essas posturas são adotadas na maioria das vezes mediante situações vivenciadas entre a relação professor-aluno e que em sempre são harmoniosas.

Já na escolha profissional há questões que podem desencadear o sofrimento psíquico nestes jovens, tanto em caráter comum à todos os outros cursos quanto específicos do curso médico. Não é segredo que a competição por uma vaga nas universidades, em especial as públicas, é uma batalha a ser enfrentada também em outras carreiras. Contudo, desde cedo o estudante entrará em contato com o 'endeusamento' que marca sua escolha, bem como há uma série de estigmas sociais que assolam a academia de medicina e o futuro profissional como o prestígio social, o prestígio do saber além dos demais profissionais, inclusive colegas da saúde, 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 financeira (RAMOS-CERQUEIRA; LIMA, 2002).

Esse fenômeno pode ser analisado à luz das palavras de Leontiev (1978a) onde esclarece que e o processo de apropriação da experiência acumulada pelo gênero humano no decurso da história social, possível apenas na relação com outros homens, que permite a aquisição das qualidades, capacidades e características humanas e a criação contínua de novas aptidões e funções. De modo diferente dos animais, o homem garante suas aquisições, não se adaptando

ao mundo dos objetos humanos, mas sim se apropriando deles. A apropriação é "um processo por meio do qual se produz na criança o que nos animais se consegue mediante a hereditariedade: a transmissão para o indivíduo das conquistas da espécie" (p.105).

Assim, o social não apenas "interage" com o biológico, como é capaz de criar novos sistemas funcionais que engendram novas formas superiores de atividade consciente. Como indica Vigotski (1995), é preciso compreender o desenvolvimento humano como um processo vivo, de permanente contradição entre o natural e o histórico, o orgânico e o social. A partir dessa perspectiva é que este trabalho toma como princípio para analisar as expressões contemporâneas da medicalização e psicopatologização no ambiente da academia de medicina.

A personalidade constitui-se pela unificação e vinculação das atividades do sujeito em sua vida, dentro do sistema de relações objetivas da sociedade. No seio das condições histórico-sociais. Nas palavras de (LEONTIEV, 1978, p. 137): "a personalidade não nasce, a personalidade se faz". Sendo assim, o papel exercido pela atividade com sentidos e significados alterados mediados pela expectativa versus realidade do estudante atuará em seu modo de vida e, desse modo, em sua personalidade.

Em síntese, o processo de adoecimento psíquico faz com que os processos já formados dos motivos e necessidades sejam destruídos como também incide na formação de novos motivos e de novas propriedades e características da personalidade. As contradições vivenciadas pelos estudantes e as tentativas de pertencimento daquele grupo social 'privilegiado' impila ao sofrimento mental, decorrente da alteração da estrutura da atividade humana e faz com que os motivos percam sua função de criar significados e dar sentido pessoal à atividade humana, como alteram a função de autocontrole do comportamento.

Como assunto complexo, há de se discutir também a medicalização em si e a concepção do que é e não é "normal" sentir. E o que é ou não necessário medicar. Ou seja, já foi esboçado reflexões sobre as crises de consciência mediadas pelos paradigmas do estudo e profissão médica que podem desencadear sofrimento psíquico nos acadêmicos. Além disso, é importante refletir sobre a medicalização e a psicopatologização dessas crises de consciência.

Patto (1990) apresenta importante contribuições para pensar a medicalização na educação superior, ao discutir o abuso de drogas para aumento da produtividade acadêmica mediante as exigências de uma sociedade capitalista:

Atentamos para os anúncios que estas denúncias contêm: a necessidade de mudanças substantivas da Educação, que só se realizarão com uma ampla discussão sobre os impeditivos históricos de uma educação verdadeiramente comprometida com os princípios democráticos; com o estabelecimento de relações entre pais, alunos e profissionais apoiadas em participação igualitária, não verticalizada, na gestão educacional; com remuneração digna aos educadores, desincumbindo-os das jornadas

descomunais de trabalho; com formação de qualidade que permita a estes profissionais um giro para fora do olhar tecnicista, coisificante, por meio de uma análise crítica das bases em que se assentam suas crenças, suas opções teórico-metodológicas (PATTO, 1990, p. 11).

Percebe-se, nesse cenário, a psicopatologização, na qual há uma biologização e/ou uma naturalização de processos relativos ao adoecimento psíquico. Tal expansão da rotulação psiquiátrica tem sido capturada por discursos e práticas do saber médico-psiquiátrico e transformada em psicopatologias que passam a ser tratadas com o principal recurso disponibilizado pela Psiquiatria na contemporaneidade: os psicofármacos. Ou seja, uma circunstância de caráter coletivo e relacionado aos mais variados aspectos históricos e culturais, em que são perceptíveis sinais elementares de sofrimento psíquico, passam ser rotulados como uma patologia, cujo tratamento costuma ser a administração de psicofármacos (AMARANTE, 2007).

Nessa prática, pode-se perceber uma tendência geral da Medicina como recurso ideológico, em transformar em questão médica aquilo que é da ordem do social, do econômico, do político, do cultural (DUARTE, 2001; AMARANTE, 2007). Sobre tal visão, de homem reduzido à sua estrutura biológica, faz-se pertinente analisar a emergência do uso de recursos farmacológicos por acadêmicos de Medicina, tanto no controle de situações cujo sofrimento psíquico esteja atrelado à falta de motivação e problemas de consciência, a serem tratados pela utilização de antidepressivos, quanto na utilização de medicamentos, como a conhecida Ritalina, por exemplo, que estimulam a concentração a fim de aumentar a produção – característica enraizada pela sociedade hegemonicamente capitalista.

Apesar da tristeza e os conflitos existenciais serem assuntos na pauta de alguns contextos sociais, ela ainda é frequentemente tratada como “sentimentos que as pessoas não deveriam vivenciar”. Em decorrência, há uma disseminação sociocultural da tristeza vista como doença. Esses padrões favorecem a sutil e progressiva exclusão de determinados processos humanos que, não por acaso, passam a ser considerados como “patológicos”. A lógica biomédica implica a escolha pré-determinada dos sintomas que são socialmente aceitos e aqueles que devem ser evitados e, nesse sentido, associa-se a uma rígida e estreita perspectiva daquilo que é e deve ser considerado um desenvolvimento normal. Em outros termos, trata-se de postular a existência de uma concepção universal da natureza humana. (AMARANTE, 1994; BASAGLIA, 1985; GONZÁLEZ REY, 2014).

Nesse sentido, González Rey (2014) observa que a permanência de um estado idealizado de felicidade torna-se imperativo, e tudo o que dele se desvia deve ser “ajustado”, de preferência

com recursos externos que possam ser comprados. Nessa perspectiva, o modelo biomédico, em conjunto com o Capitalismo, promove implicitamente a busca por um império de sensações que visam a ocultar qualquer contradição possível da vida, minimizando o valor da emergência de certas emoções e, portanto, favorecendo um permanente estado de passividade do homem.

Com o modelo biomédico, somente o médico sabe o que é importante para a saúde do indivíduo, e só ele pode fazer qualquer coisa a respeito disso, porque todo o conhecimento acerca da saúde é racional, científico, baseado na observação objetiva de dados clínicos. A autoridade do médico e sua responsabilidade pela saúde do paciente fazem-no assumir um papel paternal (GUEDES; NOGUEIRA; CAMARGO, 2006; CAPRA, 1982).

Tal visão de "autocentrismo" médico, dentro do processo de medicalização entre acadêmicos de medicina oferecem ao mesmo tempo em que denuncia um problema duplo: primeiro, o do jovem indivíduo totalmente dependente de 'comprimidos da felicidade', muitas vezes tomados mesmo sem prescrição ou atuação de um profissional, e justificados pelo conhecimento e facilidades que o próprio aluno tem no manejo dessas drogas; e segundo, pelo exemplo tomado enquanto aluno-observador que espelha-se neste profissional que prescreve a medicação e diagnostica a depressão ou outros processos patológicos quase numa posição de Deus detentor do conhecimento e capaz de realizar tal diagnóstico a partir de alguns sintomas pontuais.

Por fim, identificamos as ações de enfrentamento realizadas por estes estudantes frente aos fenômenos de sofrimento e adoecimento psíquico e os categorizamos em pensamentos (razões, abstrações internalizações de compensação) conscientes e inconscientes e as ações (práticas efetivadas na tentativa de superar o sofrimento psíquico) (Figura 10).

**Figura 10** - Categorização das falas conscientes e inconscientes sobre o modo de enfrentamento



Fonte: organizado pela própria autora (2022)

A partir desse entendimento sobre o desenvolvimento humano, o homem torna-se único, à medida que se socializa, por meio do processo histórico social. É a coletividade que o leva à individualidade, a partir do momento em que reconhece suas aptidões, desejos e motivos. É nesse percurso que o sujeito realiza sua atividade, estabelece sua relação com o meio, define seus objetivos e caminha para determinados fins. Entretanto, o adoecimento inicia a partir do momento em que a sua atividade abandona a ação reflexiva, motivadora e consciente.

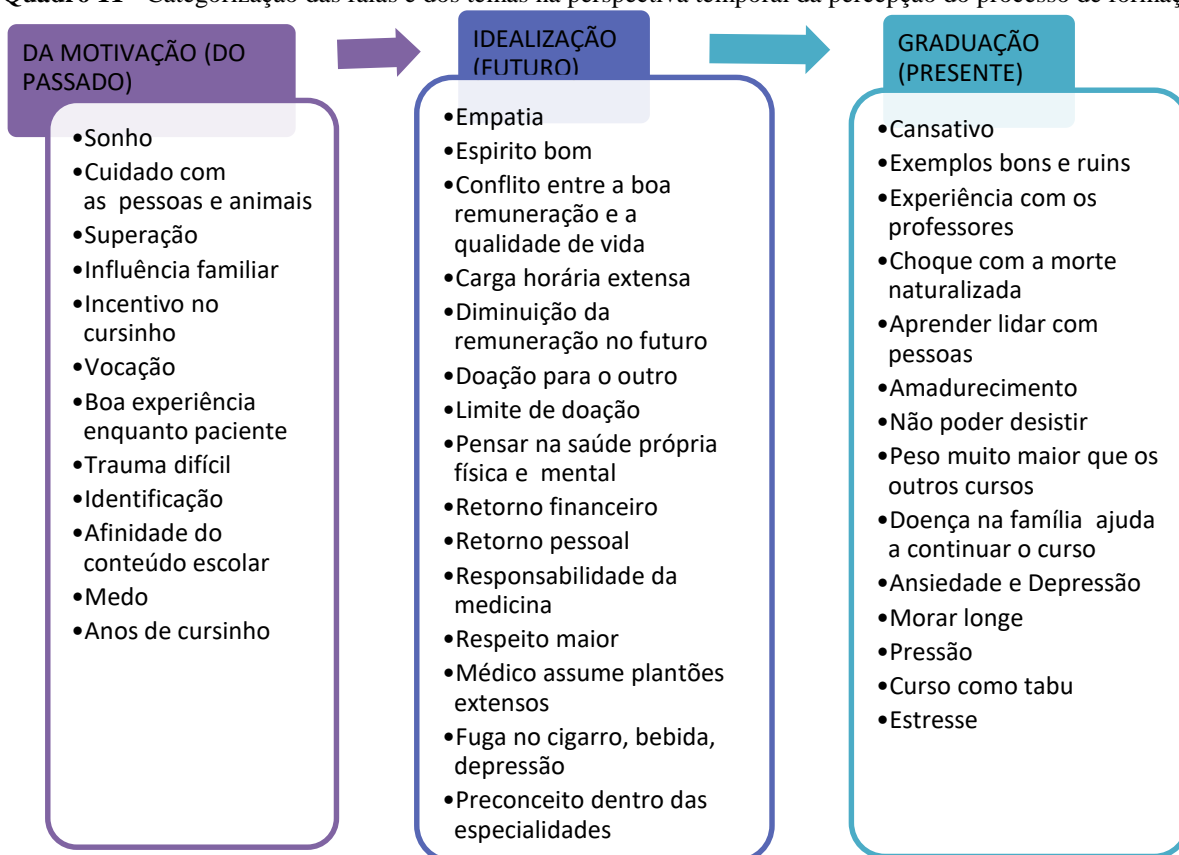
Até aqui conseguimos compreender o sofrimento psíquico a partir da Teoria Histórico-Cultural, mas ainda averiguar que o sujeito também adocece, contudo, há uma diferença básica entre o sofrimento psíquico e o adoecimento, e constatamos ainda que ambos estão interligados às relações de todo o meio do qual o sujeito está inserido.

Em nossa investigação identificamos as contradições entre as expectativas destes estudantes e os estranhamentos com a realidade, conforme o Quadro 11. Podemos vislumbrar



ainda a idealização do futuro profissional com a presença de uma marca forte do pensamento capitalista que é a dicotomia entre qualidade de vida e a boa remuneração. Percebemos ainda uma superficialidade em pensar nos problemas relacionados aos processos de trabalho e jornadas de forma crítica e a marca enraizada ora da meritocracia, ora do determinismo frente a atuação e formação nesta profissão. A este momento da nossa análise na qual partimos do processo da motivação à desilusão na formação médica nos respaldamos na premissa dos objetos e dos fenômenos da realidade como processos e não como produtos (VIGOTSKI, 1996).

**Quadro 11** - Categorização das falas e dos temas na perspectiva temporal da percepção do processo de formação



Fonte: organizado pela própria autora (2022)

O acadêmico então passa por dois processos mentais de construção histórico e culturalmente estabelecidos: A da necessidade de camuflar os sentimentos de desajuste, frustrações, medos e falta ou deturpações de sentido dentro da vivência acadêmica, e também, adquire por meio do convívio entre seus pares e exemplos de mentores a concepção reducionista dos sofrimentos psicológicos e a soberania sobre as nuances emocionais de seus pacientes.

A despeito do uso de estimulantes, e da medicação exacerbada, a questão em pauta é a competição arraigada no ambiente acadêmico médico e a ideia da necessidade de se adquirir conhecimento para além da sua auto-capacidade e da capacidade dos demais. Há ainda uma

tendência de utilização como meio de mascarar a falta de motivação no estudo, muitas vezes provenientes da insatisfação em realizar o curso baseado nas pressões familiares e sociais.

Em se tratando do desenvolvimento da atenção, o caráter social deste processo de desenvolvimento foi amplamente analisado por Vigotski (1995). Para o autor, o indivíduo, no decorrer de sua vida, elabora uma série de signos artificiais que lhe permitem conhecer os estímulos que o afetam, dominar seus processos de comportamento e, portanto, assumir o controle do que faz, sente e pensa.

Assim, do ponto de vista da Teoria Histórico-Cultural, a atenção depende do desenvolvimento da capacidade humana de selecionar os estímulos e do controle voluntário do comportamento, sem os quais não seria possível aos homens desenvolver uma atividade coordenada com vistas a alcançar fins determinados (LURIA, 1991). Tal função psicológica depende portanto da construção da consciência e o controle sobre seu próprio comportamento de tal forma que ela possa propor-se, de modo intencional e deliberado, a focalizar sua atenção no processo de apropriação dos conteúdos curriculares.

Fica claro que as crises de significados e sentidos e a falta de motivação no curso acarretará alterações da atenção, sem contar que as pressões pelo alcance de determinados conhecimentos às vezes vão de encontro com o nível ou o momento de desenvolvimento teórico e intelectual daquele aluno e são despejados sem o real conhecimento da situação daquele aluno.

Neste capítulo, verificamos o preconceito enraizado cultural e historicamente em relação ao sujeito que não se enquadra nos parâmetros descritos como 'normais' pela sociedade. A reforma psiquiátrica e a discussão do normal e o patológico denunciam a exclusão e os rótulos existentes na sociedade capitalista e suas relações.

Por outro lado, a Teoria Histórico-Cultural favorece a apreensão do sofrimento psíquico a partir das privações nas experiências e apropriação da cultura, nas possibilidades limitadas de aprendizagem, na não abstração do pensamento e da linguagem, na alienação como resultado da desintegração do sentido e significado da atividade, das relações em suas diferentes formas, seja com o meio ou consigo mesmo, e ainda, do pouco ou nenhum estímulo das funções psicológicas superiores, por meio da restrição ao acesso do conhecimento sistematizado. Também vimos como é importante respeitar as diferenças e entender que o sujeito, apesar de algumas limitações, pode cultivar funções significativas para vida.

Além das evidências do perfil socioeconômico do estudante e que vimos no decorrer destas linhas que parece ainda prevalente o padrão mais elitizado, pudemos identificar comentários nos grupos focais que reafirmam que as formas culturais de comportamento não

surgem somente como simples hábitos externos, elas devem ser compreendidas no movimento dialético em que se convertem em partes inseparáveis da maneira de ser e existir dos indivíduos. Algumas falas retiradas ao longo da conversa a respeito dos motivos da escolha profissional podem expressar essa tese:

*“Eu percebo muito que tem muita gente que faz por fazer pelo financeiro e principalmente por influência de pais e terceiro e tipo, ah faz medicina porque entre aspas é uma coisa garantida” GFII-A3.*

*“Muitas pessoas que fazem porque subconscientemente ela tem a realização de poder de ter o poder e ajudar os outros, saber como fazer ou como deixar de fazer pra alguém. Isso talvez dê uma poder. Tem outras pessoas, por poder financeiro. Tem a ideia de que se fazer medicina geraria um poder econômico muito maior que qualquer profissão. E tem os que fazem obrigadas ou que não querem fazer e aí no caso também tem as que sabem o tipo da responsabilidade e preferem não ter que lidar com ela então excluem a medicina por isso”. GFII-A3*

Neste âmbito, e corroborando também com os resultados da nossa pesquisa, Pôrto (2019) admite que existe um perfil elitista nas universidades, que é bem mais acentuado nos cursos tidos como de “maior prestígio”, entre os quais a Medicina tem destaque, e em que se vê uma exclusão de certos grupos étnico-raciais e socioeconômicos da sociedade, que se reflete no setor educacional. Trata-se de um perfil elitista prevalente entre os estudantes de Medicina no Brasil: branco, com alta renda familiar, oriundo de escola particular, que não trabalham durante o curso e com pais com escolaridade superior.

A autora conclui:

não atribuímos esse perfil ao acaso, mas sim em decorrência de seu componente racial, dos efeitos de uma sociedade racista e racializada – e em seu componente social – da marginalização da classe trabalhadora. Esse perfil elitista, homogêneo dentre estudantes e médicos evidencia que as escolas de Medicina não tem sido um lugar de diversidade. Como a maioria da população está excluída desse ambiente nos questionamos se as suas reais necessidades em saúde têm sido valorizadas ou se estão sendo priorizadas outros tipos de saberes e pesquisas. Promover a diversidade na universidade tem como efeito o combate ao racismo e a intolerância. (PORTO, 2019, p. 74)

Schraiber (1995) também defende a ideia de uma autonomia em relação ao ser médico e uma tendência à preservação dessa ordem como estratégia de poder. Simultaneamente, coexistem o lado científico da medicina, em que o médico detém o monopólio do saber e o lado empírico-pragmático enxergando a medicina como uma arte. Isso define o trabalho médico como uma atividade regida por diversos tipos de tensões, as quais influenciam na auto representação dos médicos e em sua repercussão social elabora a hipótese de que tal habitus seja também percebido pela população, que – ao não se identificar com os médicos e médicas

– acaba negando-se em relação à cultura socialmente estabelecida, entendendo que esse local não lhe pertence.

#### 4.5 ANÁLISE DIALÉTICA DO SOFRIMENTO E ADOECIMENTO PSÍQUICO DO ESTUDANTE DE MEDICINA

“A estrutura da consciência humana está regularmente ligada à estrutura da atividade humana” (LEONTIEV, 1978b, p. 99)

Durante todo nosso estudo, entre teorias, investigações e proposições, nos empenhamos mais em alçar reflexões e questionamentos do que em extrair respostas. Nestas últimas linhas propomos sumarizar a complexidade dos fenômenos sob a perspectiva metodológica e epistemológica da Teoria Histórico-Cultural, reiterando outras contribuições teóricas que são pertinentes e articuláveis ao tema.

A pesquisa que depreendemos intenta uma análise dialética, por ser uma maneira epistemológica de compreender e analisar os objetos de estudo sempre em constante movimento. Assim, seguindo os passos de Minayo (1994), buscamos analisar as especificidades dos objetos e dos fenômenos, norteando-nos sob alguns princípios. Primeiro, precisa ter o conhecimento histórico, visto que, as especificidades dos objetos e dos fenômenos estão localizadas temporalmente, podendo ser transformadas porque estão em constante movimento, como processos que sofrem modificações; segundo, busca possuir consciência histórica, de maneira que os objetos e os fenômenos têm sentidos próprios que não lhe são atribuídos somente pelo pesquisador de forma individual, mas que partem da apreensão e das conjecturas produzidas ao longo do tempo pela sociedade, na medida em que se relaciona em sociedade.

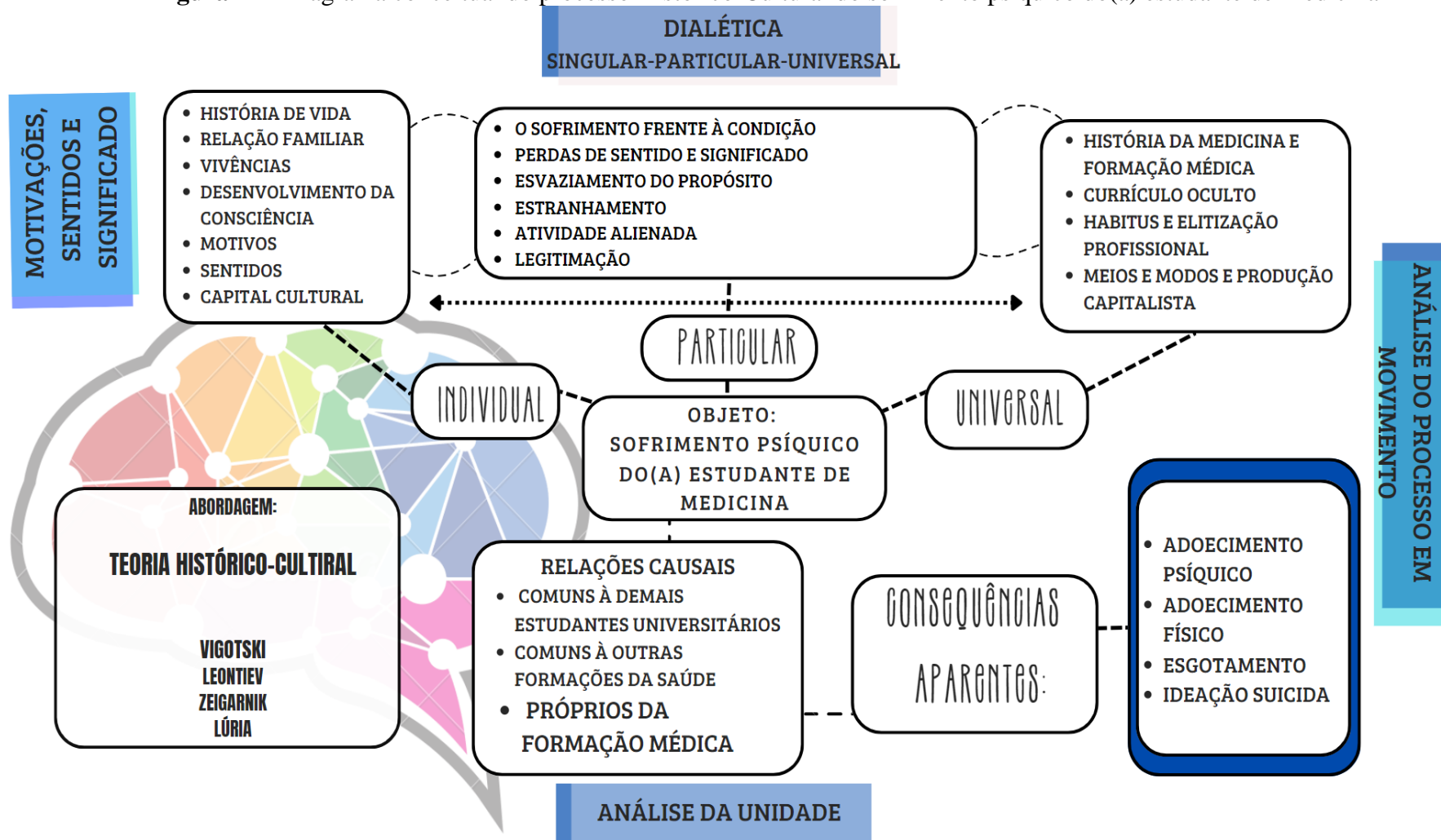
Terceiro, se apresenta como uma identidade com o sujeito, esta identificação se dá pelo fato de que enquanto pesquisadoras, nos propomos a investigar o desenvolvimento e a formação do pensamento deste discente, suas formas de relações vivenciadas entre seus pares e a sociedade na coletividade. Quarto, devemos perceber que os processos, os determinantes e todo conhecimento agregado é intrínseco e extrinsecamente ideológico uma vez que veicula interesses e visões de mundo historicamente construídas e se submete e resiste aos limites dados pelos esquemas de dominação vigentes.

Isso significa que este aluno(a), assim como todo ser humano, se caracteriza por ser político pelo fato de pertencer a uma classe social, e o social determina a sua consciência, e esta identificação vai corresponder à sua práxis porque, tanto o sujeito observado, quanto nós, como observadoras sofremos os trâmites ideológicos contidos nos objetos e nos fenômenos.

As categorias metodológicas da dialética, numa perspectiva materialista permitem o movimento da aparência para a essência; do empírico e abstrato para o concreto; do singular para o universal a fim de alcançar o particular; permitem tomar as totalidades como contraditórias. Aliadas à noção de que o sujeito ativo, em relação com o objeto, é histórico, tais categorias respondem à necessidade de conhecimento do diverso, das particularidades, do movimento, sem cair no relativismo e sem perder o sujeito, que, assim entendido, é necessariamente integral, pleno. Permitem, ao mesmo tempo, explicar e compreender (GONÇALVES, 2001, p. 124).

Elaboramos um diagrama (Figura 11) conceitual cujo nosso objeto de análise é o centro da análise, mas não produto e nem causa, e sim um fenômeno em processo Histórico e Cultural e que carece de um olhar complexo e totalizante ao ser tratado. Assim, nas linhas a seguir, abordamos alguns elementos analíticos metodológicos da Teoria Histórico-Cultural que nos direcionam para o entendimento desses processos e superação de muitos estigmas e paradigmas que envolve a educação médica e o sofrimento de seu alunado.

**Figura 11 - Diagrama conceitual do processo Histórico-Cultural do sofrimento psíquico do(a) estudante de Medicina**



Fonte: organizado pela própria autora (2022)

A dialética singular-particular-universal apreendida por Lukács (1967) propõe que, para uma fidedigna justaposição e compreensão da realidade, os nexos existentes entre as dimensões singular, particular e universal dos fenômenos devem ser explicitados. Dessa proposição resulta que a decodificação da relação dialética entre singular-particular-universal configura um dos princípios requeridos à implementação do método materialista histórico-dialético, tendo em vista a apreensão dos fenômenos para além de sua aparência imediata em direção à essencialidade concreta (PASQUALINI; MARTINS, 2015).

Já, no âmbito da Psicologia por Vigotski (1997) é imperativo a superação da dicotomia, do determinismo e da naturalização presente nas análises psicológicas da época da formulação de seu pensamento, sendo claro ao afirmar que apenas outro enfoque epistemológico possibilitaria captar os fenômenos humanos naquilo que eles congregam para além de suas aparências, apreendendo-os naquilo que de fato revela o curso de sua formação e as leis gerais que regem sua existência concreta (PASQUALINI; MARTINS, 2015).

Neste enfoque analítico lançamos que o fenômeno Sofrimento psíquico do(a) estudante precisa ser visto e analisado partindo de um intercâmbio intenso e buscando na interlocução a compreensão de que este estudante singulariza o universal na constituição particular de sua existência, tomando a atenção necessária justamente para a necessidade de se captar na análise psicológica as determinações particulares e universais que incidem sobre o indivíduo, ou seja, que condicionam sua existência singular. Isso significa ser capaz de decodificar, na singularidade do indivíduo, aspectos sociais do seu tempo histórico e de suas condições objetivas de vida, apreendendo-o como indivíduo particular representante do gênero humano (PASQUALINI; MARTINS, 2015).

Heller (2000, p. 80) explica:

Com efeito, a individualidade humana não é simplesmente uma ‘singularidade’. Todo homem é singular, individual-particular, e, ao mesmo tempo, ente humano-genérico. Sua atividade é, sempre e simultaneamente, individual-particular e humanogenérica. Em outras palavras, o ente singular humano sempre atua segundo seus instintos e necessidades, socialmente formados, mas referidos ao seu Eu, e, a partir dessa perspectiva, percebe, interroga e dá respostas à realidade; mas, ao mesmo tempo, atua como membro do gênero humano e seus sentimentos e necessidades possuem caráter humano-genérico.

Vemos, contudo, que essa análise é complexa, uma vez que como ressalva Oliveira (2001, p. 49), a particularidade é de difícil delimitação: “As mediações sociais que constituem o particular não são facilmente perceptíveis e muito menos as conexões entre elas”.

Conseguimos, a partir dessa premissa, identificar os elementos que fazem parte do singular/individual desse estudante, quais sejam, sua história de vida, relação e vivências familiares, o período de desenvolvimento da consciência nos tempos de infância, o capital cultural são, nada mais, que a singularização de pensamentos e ações, conceitos, preconceitos e normas universais que se particularizam em um ser individual/particular deste tempo, espaço e nesta condição sócio-econômica e cultural.

O sofrimento psíquico deste estudante, é, pois, um aspecto particular e singular no sentido individual de suas vivências e apreensões, bem como suas motivações e desmotivações, perdas de sentido, sensação de estranhamento e esvaziamento, sua relação com a atividade formativa e expectativas laborais, e que, por outro lado o faz humano-genérico por se apresentar como um indivíduo cujo fenômeno é universal, enquanto representante do gênero humano. A experiência humana está marcada pelos processos historicamente constituídos que se faz representante comum-genérico humano. A história da medicina e formação médica, juntamente com seus elementos sociais, políticos e culturais marcam a generalidade constituída e constituinte deste profissional.

A ideia deste jovem estudante, autodeterminado e descolado das condições sociais, movido por uma força ou essência, oculta exatamente o fato de que o indivíduo não se reduz a uma singularidade abstrata à medida que é um ser singular-particular-universal. Ponderamos, nesta concepção, que possamos superar, e por conseguinte desvalidar essa visão do processo de adoecimento, seus determinantes e suas manifestações com naturalização e universalização da particularidade. Essa visão equivocada da normalidade que corresponde a uma condição particular da existência humana, na medida em que se apega a valores e padrões de comportamento de uma determinada classe social, tomando-os como pretensamente universais (PASQUALINI; MARTINS, 2015).

Pasqualini e Martins (2015 p. 369) explicam satisfatoriamente tais equívocos e a ocupação de uma teoria/psicologia crítica:

Uma configuração particular de família, por exemplo, é alçada à condição de modelo natural e ideal. O funcionamento psíquico particular do homem da sociedade burguesa é tomado como expressão de uma natureza humana universal; as crises advindas dos obstáculos sociais enfrentados pelos adolescentes são tomadas como características próprias à idade, dentre outros equívocos. Diante disso, a tarefa de uma psicologia crítica – que pretende espelhar fidedignamente o movimento real de constituição da individualidade, é desvelar a individualidade-particular, ou seja, decodificar as determinações que agem sobre a singularidade, captando essa individualidade-particular como expressão singular-particular da universalidade.



Em nosso processo de análise, as diferentes facetas da formação médica e do sofrimento psíquico do (a) estudante ocuparão os polos singular, particular e universal. Seguindo as colocações de Pasqualini, Martins (2015), quando analisamos a constituição da individualidade, o universal nos remete à totalidade social na qual o indivíduo se insere. Em nossa situação, cada aluno(a), um(a) indivíduo, na totalidade da sociedade capitalista, e constatamos que sua singularidade-particular expressa aspectos sociais de seu tempo histórico e do espaço em que ocupa, contudo, é necessário também pensar na universalidade como referência à genericidade deste discente individual com suas particularidades e bagagens únicas. Isso significa que é necessário reconhecer o gênero humano como uma universalidade, analisando a relação do indivíduo (singular) com o gênero (universal), como bem explica Pasqualini, Martins (2015, p. 370):

A universalidade do gênero é recriada em cada indivíduo, ou seja, ganha concretude na diversidade de singularidades. Ao mesmo tempo, ele se torna portador das propriedades humano-genéricas, tornando-se um representante ativo do gênero. Vida individual e vida genérica encontram-se em unidade, entendendo-se gênero como algo em constante mudança histórico-social, como resultado da atividade humana e das interações dos homens que ao mesmo tempo demarca para os indivíduos um campo determinado de ação e autoconstrução. Na relação entre indivíduo e gênero, o modo de existência da vida individual pode ser um modo mais particular ou mais universal da vida genérica, a depender das condições objetivas em que essa vida transcorre.

Em complemento, Oliveira (2005) observa que dentro da a relação entre indivíduo e gênero, respectivamente, elementos singular e universal, é a sociedade a particularidade que realiza a mediação entre eles, que realiza a mediação entre indivíduo e gênero humano. As mediações sociais próprias do modo de organização capitalista da vida social, e aqui, tratamos especificamente da organização da atividade e formação médica, dentro de um âmbito maior, que é o manejo e o aparelhamento da saúde humana como objeto da biopolítica e biopoder condicionam a apropriação pelos indivíduos-singulares do patrimônio humanogenérico (universal), determinando uma alienação entre a vida individual e a vida genérica, condenando a vida individual ao domínio dos particularismos e dos autodeterminismos.

O entendimento deste discente frente à atividade médica, e por consequência, frente à sua formação é fruto da apreensão do capital cultural presente em suas vivências, em um caráter que é individual/particular e também determinado pelo universal, pelos contextos históricos, sociais, políticos e ideológicos formatadores da profissão até o tempo atual. Os processos de adoecimento psíquico por sua vez, como fenômenos particulares e inerentes aos processos específicos da formação, não podem ser compreendidos na particularidade, mas também determinado pela genericidade da bagagem humana.

O sofrimento e adoecimento psíquico ocorre então, de forma individual e em contextos particulares, determinado sobretudo, às condições universais, às rupturas entre o ideologizado e à realidade, às contradições entre as aptidões morais esperadas e as experiências e exemplos de condutas contrárias, a atividade enquanto ação humanizadora e humanizante e a atividade alienada. Falando em alienação, nossa próxima proposição traz como fundamento conceitual o sentido, o significado e as motivações a partir da Teoria Histórico-Cultural

A formação para a atividade médica, é para tanto o externo, o social que atua no interno (neste estudante) para a formação de sua personalidade não só como profissional, mas como humano no mundo, enquanto, também este é capaz de assimilar e transformar seu processo formativo e sua prática profissional. Os padrões de hábitos e morais, a elitização, a apreensão da prática anatomoclínica e segmentada, a ausência de pensamento formativo de crítica social, os discursos do ato médico, são marcas sócio-históricas da estruturação da profissão, que ao se tornarem obsoletas e ainda presentes nas práticas atuais acabam por gerar nos jovens aprendizes e também aos profissionais um confronto moral e de relação humana com sua atividade.

Isto porque as características da atividade também formam aquilo que determina o tipo de personalidade. (LEONTIEV, 1978, p. 170). Assim, entendemos que o processo de compreensão da personalidade consiste em um esclarecimento das relações hierárquicas dos motivos. (LEONTIEV, 1978). Quando verificamos uma ruptura entre o sentido e o significado da atividade, há também a formação de motivos empobrecidos (atividades sem sentido) que, por sua vez, interferem na formação da personalidade do sujeito. Asbahr (2011) nos alerta para estarmos atentos à duas dimensões da atividade: a atividade como condição universal de humanização e a atividade no interior do sistema capitalista de produção.

Asbahr e Souza (2007) consideram que, no contexto atual em que estamos, o sentido e o significado não só não se correspondem como também se tornam contraditórios. Na sociedade capitalista, em razão da divisão de classe e da correspondente divisão de atividades (trabalho intelectual e trabalho físico), vão se configurando traços particulares na personalidade do sujeito. Os motivos da atividade deixam de se corresponder.

Quando o sujeito trabalha para receber seu salário, e não porque a sociedade precisa de seu trabalho, ele não se vê mais implicado na atividade que realiza, pois seu motivo final é apenas receber seu salário. É esse contexto que leva Leontiev (1978b, p. 119-120) a sistematizar o conceito de desintegração da vida humana: “Ocorrida numa etapa histórica

precisa, a ‘desintegração’ da vida humana acarretou uma oposição entre atividade mental interior e atividade prática, depois de uma relação de ruptura entre elas”.

Vemos que na atividade médica, ocorre uma especificidade própria de sua formação e estruturação ao longo do tempo. A alienação ocorre, entre outros aspectos, como uma ferramenta ideológica de manter a classe médica e uma falsa ideia de privilégio social frente a uma boa remuneração e expectativa e atividade autônoma e liberal facilitada. Essa faceta implica tanto no confronto entre a alta expectativa de remuneração e o excesso de atividades e/ou obrigações ou, pior, na execução de um excesso de compromissos feitos sem a responsabilidade devida e uma crise na qualidade de vida esperada; quanto no incentivo cada vez maior da sociedade capitalista em privatizar e segmentar as atividades da saúde, tornando a saúde humana uma demanda altamente comercial.

No tópico a seguir tratamos do desenvolvimento da consciência e da emoção enquanto produto do processo em desenvolvimento desta unidade molecular que é a atividade, entendendo que “consciência é o reflexo da realidade, refratada através do prisma das significações e dos conceitos linguísticos, elaborados socialmente”. Leontiev (1978a, p. 88).

Assim o fazemos porque consideramos que a investigação sob o aporte da Teoria Histórico-Cultural desvela que os processos desencadeadores do adoecimento psíquico estão contidas na gênese história do ser humano individual e coletivo, estão na essência, que são de cunho histórico, cultural e social.

#### 4.6 O PROCESSO E A ESSÊNCIA DO SOFRIMENTO PSÍQUICO DOS ESTUDANTES INVESTIGADOS

A análise do objeto deve se opor à análise do processo que, de fato, se reduz ao desdobramento dinâmico dos momentos importantes que constituem a trajetória histórica do processo. [...] Em suma, a tarefa de tal análise se reduz a apresentar experimentalmente toda forma superior de comportamento não como um objeto, mas como um processo, e estudá-la em movimento, para não ir do objeto ao suas partes, mas do processo aos seus momentos isolados (VIGOTSKI, 1996, p. 101).

Vigotski (1996) afirma o processo compreendido em movimento e em interconexões entre o todo que constitui os objetos e os fenômenos da realidade. Analisar só um produto em si mesmo permite apenas possuir as peculiaridades que são comuns entre eles e desde esta perspectiva chegar a uma generalização abstrata irreal. Por isso, analisá-los como processo é ir de uma forma sincrética a uma síntese que capta o essencial nos objetos e nos fenômenos da

realidade. A formação e o desenvolvimento do pensamento conceitual passam necessariamente pela superação do pensamento sincrético, que tem sua fonte no conhecimento sensitivo e perceptivo.

Neste sentido, ao avaliar o sofrimento psíquico do(a) estudante de medicina, devemos passar pelos processos em movimentos deste objeto, que parte deste as motivações e idealizações anteriores determinados inclusive pelos estigmas sociais frente à profissão, associados à influência ou incentivo familiar direta ou indiretamente, relacionado, sobretudo à expectativa gerada nesse jovem, geralmente de classe média e oriundos de escola privada em resposta a um bom desempenho já na fase escolar, como sendo a faculdade de medicina o caminho mais promissor e honroso. As pressões no período pré vestibular, o tempo e investimento gastos nos cursinhos, a pressão da alta concorrência vão se tornando parte deste processo em desenvolvimento da consciência deste estudante.

Aludimos às considerações de Vigotski (1996), o qual explica que na psicologia encontramos frequentemente processos já fossilizados, ou seja, que por terem tido um longo período de desenvolvimento histórico se tornaram petrificados.

A fossilização do comportamento se manifesta sobretudo nos chamados processos psíquicos automatizados ou mecanizados. São processos que, por sua longa operação, foram repetidos milhões de vezes e, por isso, se automatizam, perdem sua aparência primitiva e sua aparência externa não revela sua natureza interna; parece que perdem todos os indícios de sua origem (VIGOTSKI, 1996, p. 105).

Ao iniciar a faculdade, aliado às mudanças próprias do período de graduação e as dificuldades com conteúdo, estes jovens acadêmicos se deparam com uma relação entre professores/mentores muitas vezes conflituosa, impositiva e com exemplos de condutas bem diferente do esperado e idealizado para o profissional. Começam a perceber as diferenças existentes entre especialidades, as posturas ríspidas, rígidas e até arrogantes dos profissionais como meio de se adquirir respeito, as elitizações e o alto padrão de consumo comum ao círculo de convívio, a competitividade entre os próprios colegas de classe, desde notas em atividades avaliativas interclasses, até atividades extraclasses como ligas, projetos de monitorias, entre outros.

Não há outro caminho senão o desdobramento dinâmico do processo, ou seja, a indicação de sua origem. Portanto, não devemos nos interessar pelo resultado final, nem buscar o equilíbrio ou o produto do desenvolvimento, mas o próprio processo de aparecimento ou estabelecimento da forma superior tomada em seu aspecto vivo. Para

isso, o pesquisador deve frequentemente transformar a natureza automática, mecanizada e fossilizada da forma superior, retraindo seu desenvolvimento histórico, fazendo-a retornar experimentalmente à forma que nos interessa, aos seus momentos iniciais para ter a possibilidade de observar o processo de seu nascimento (VIGOTSKI, 1996, p. 105).

Assim, admitimos que, essas vivências que estão para além do currículo e do momento da graduação, mas que ocorrem desde antes, no período de escolarização e perpetuam até a vida profissional atuam em dialética, ou seja, ao mesmo tempo em que servem de motivação para a realização do curso, o motor para sua permanência e a fonte para que este discente se “moldem” médicos(as), em outras palavras, apreenda ‘ser médico’ dentro deste sistema, são também os elementos que geram estranhamento, alienação, perdas de sentido e significado, disrupturas de consciência e por conseguinte, sofrimento e adoecimento.

Segundo Leontiev (1978), a atividade é uma unidade molecular, não uma unidade aditiva da vida do sujeito corporal, material. Em um sentido mais estrito, quer dizer, a nível psicológico, é a unidade da vida mediada pelo reflexo psicológico, cuja função real consiste em que orienta ao sujeito no mundo objetivo. Em outras palavras: “a atividade não é uma reação nem um conjunto de reações, mas um sistema que tem estrutura, suas transições e transformações internas, seu desenvolvimento” (p. 66-67, tradução nossa).

Assim, por atividade entendemos o processo, produtor do mediado pelo reflexo psíquico da realidade, responsável por concretizar as relações de caráter objetivo/subjetivo do homem com o mundo e com o gênero humano e satisfazer suas necessidades, promovendo, assim, seu desenvolvimento integral e garantindo a produção e reprodução de sua vida material (LEONTIEV, 1978, 2004, 2010).

Partindo das palavras supracitadas, ao estudar o sofrimento do(a) discente de medicina, precisamos antes entender os processos históricos e culturais da atividade médica e por conseguinte da formação médica, tema que nos empenhamos em pesquisar durante todo o percurso de construção destas linhas. Nesta busca pela unidade a ser desvelada, identificamos que o sofrimento que parte do processo acadêmico apresenta pelo menos três nexos causais imediatos (aqui, esclarecemos utilizar o termo nexo causal como um análogo da linguagem jurídica às causas compartilhadas para tal evento ou incidência).

O primeiro nexo diz respeito aos fatores próprios de qualquer formação acadêmica que podem ser geradores de sofrimento e adoecimento psíquico: dificuldades de aprendizagem, relação professor-aluno, relação instituição-aluno, dificuldades de adaptação por uma nova rotina de vida, adaptação pela mudança de cidade, estar longe da família e dos pais.

O segundo nexa refere-se aos motivos que podem gerar sofrimento em qualquer estudante da área da saúde: lidar com outras vidas, lidar com a morte, se deparar com os estudos em cadáveres, entre outros. Por último, o terceiro nexa é o que permeia a especificidade em estudar medicina: a responsabilidade atribuída à figura do(a) médico(a), o elitismo, as contradições entre o ideal de atendimento e a realidade percebida entre os pares, os discursos de legitimação da profissão como detentora do poder sobre a saúde, os estigmas relacionados às diferentes especializações, a pressão familiar e social sobre a permanência e ingresso no curso, o alto investimento e busca pelo “retorno” rápido.

Por concretizar a relação objetiva/objetiva entre a pessoa e o mundo, é também por meio da atividade que o sujeito, no caso aqui, o(a) estudante de medicina se apropria das objetivações produzidas historicamente pelo gênero humano acerca desta profissão, a realidade objetiva (historicamente herdado) se transforma em imagem subjetiva (internalização deste estudante como percepções, motivações, conscientização próprias, particulares), e objetiva novos elementos culturais que estarão disponíveis à apropriação por outros sujeitos, assim, a imagem subjetiva desta atividade e do perfil a ser adotado se transforma em realidade objetiva (LEONTIEV, 1978).

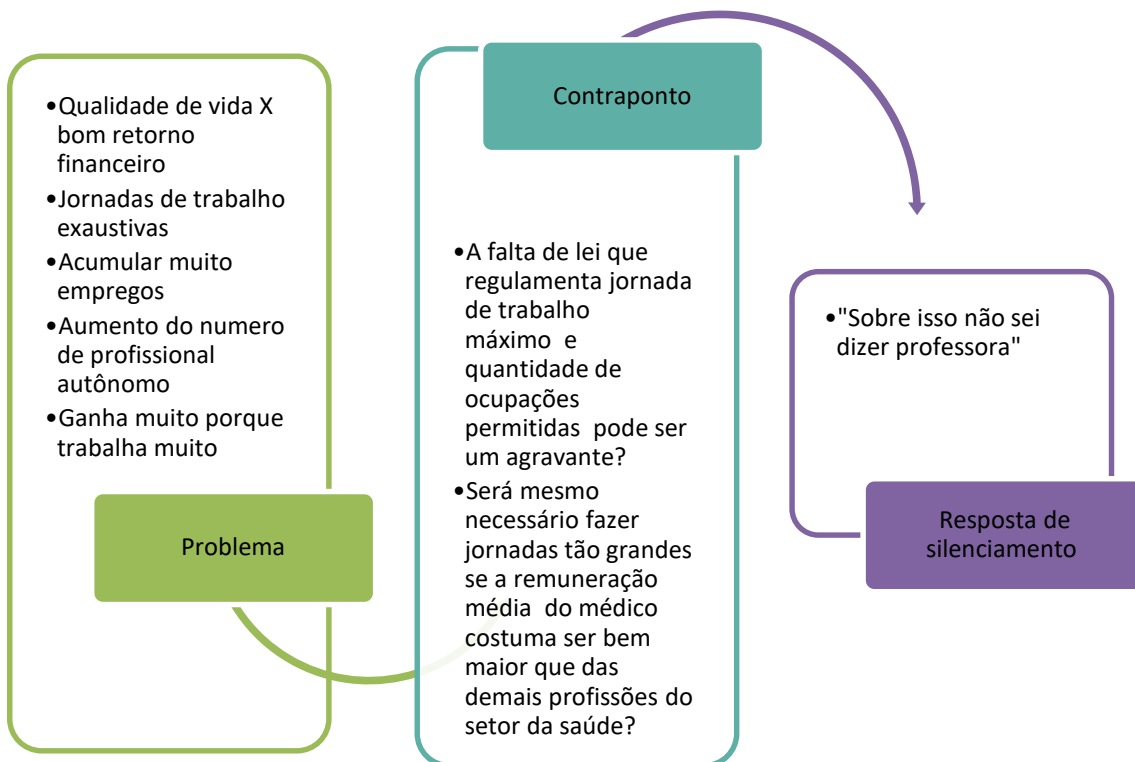
Neste sentido, os elementos que compõem o sofrimento psíquico deste grupo de estudantes advêm, como dito anteriormente, de um processo que inicia-se nos primórdios formativos deste indivíduo e perpetua-se para além de seu período formativo. Ou seja, esta unidade de análise contém em si as contradições entre as ações e pensamentos historicamente fossilizados, e as mudanças requeridas e necessárias do tempo moderno. contém as especificidades da profissão, marcadas pela ideologia dominante, e que antes foi marcada pelo discurso do biopoder, que apresenta em si a contradição entre a biopolítica que assujeita os corpos mascarado pela generosidade ao lidar com vidas humanas. Carrega consigo um conceito de saúde em constantes mutações, e sempre parcializados.

## **6.7 DESENVOLVIMENTO DA CONSCIÊNCIA, DA EMOÇÃO E A TEORIA DA ATIVIDADE NA EDUCAÇÃO MÉDICA**

Iniciamos esta pauta retomando uma das mais evidentes expressões da ausência da formação do pensamento crítico do estudante de medicina a que denominamos de “silêncio”. No diagrama abaixo (Figura 12) esquematizamos algumas falas proferidas no grupo focal II a

respeito das questões ou dilemas trabalhistas da profissão médica e que muitas vezes se apresentam como dilemas do cotidiano e que leva ao desgaste, sofrimento e adoecimento do profissional. Em seguida expusemos os questionamentos realizados pela interlocutora e novamente a resposta obtida.

**Figura 12** - Diagrama representativo do diálogo no GF2 sobre a atividade profissional médica.



Fonte: organizado pela própria autora (2022)

Qual seria o motivo do silenciamento e ausência de resposta? Esse diálogo disposto em esquema nos remete a uma tese: Existe uma carência educacional na formação de pensamento crítico e consciência de classe dentro da educação médica. Esta carência de formação crítica não é restrita à formação médica, mas talvez seja agravada pela ausência de convívio ou de experiências reais com as contradições e desequilíbrios da sociedade capitalista.

A partir dessa hipótese realizamos alguns questionamentos: Existe inculcado na formação médica a ideologia da meritocracia? Será que a formação médica prepara os estudantes a se entenderem como uma classe trabalhadora e que isoladamente, sem integrarem-se de fato com os outros setores sociais continuarão a manter os mesmos padrões? E será que

existe interesse em se entenderem como classe trabalhadora ou há um receio de que essa igualdade ou equidade enquanto classe tirem os “privilégios”, ainda que falsos?

Para a construção deste tópico nos apoiamos em alguns dos estudiosos que mais tratam do tema educação médica em perspectiva crítica e dialética. Tentamos levantar as produções encontradas em ordem cronológica de publicação, juntamente com o apontamentos e menções a diversos autores que abordam a Educação médica à luz do materialismo Histórico-dialético. Nosso objetivo aqui é abordar os conceitos e fundamentos para se compreender a formação médica sob a lógica do capital ao mesmo tempo em que observamos a própria evolução desta compreensão.

Segundo Chauí (2016), no modo de produção capitalista, a sociedade divide-se em dois estratos fundamentais, que se apresentam econômica, política e culturalmente em classes sociais: a classe trabalhadora, que vende sua força de trabalho para o empregador e a burguesia, proprietária dos meios de produção. Assim, a economia determina a existência dessas duas classes, bem como uma disputa entre elas e seu modo de existir tanto na sociedade quanto na política. Contudo, a autora coloca ainda a existência de uma terceira camada intermediária: a classe média. Esta é proprietária de bens móveis e imóveis, ocupa cargos nas burocracias do estado e nas empresas privadas.

Por outro lado, melhorias no setor econômico, bem como programas sociais do governo fizeram crescer o poder de consumo de grande parte dos brasileiros, o que permitiu o surgimento de um “outro” grupo social que vem sendo chamado de “nova classe média”. Entretanto, independente do seu padrão de consumo, se esse grupo está prestando serviços a um terceiro que é o dono da produção, está contribuindo para fazer crescer o capital da empresa em que trabalha. Logo, pertence à classe trabalhadora e não a classe média. E é nesses contextos que podemos ver a negação da sociedade de classes (ASSIS, 2006; GROHMANN, 2013; CHAUI, 2015; 2016).

Por terem um padrão de consumo e estéticas semelhantes aos da burguesia, esses estratos intermediários vão absorver para si a consciência de classe do outro. E é nessa perspectiva que ocorre uma alteração de sentido da classe trabalhadora. Assim, o que estaria crescendo no Brasil, não é uma “nova classe média”, mas sim uma nova classe trabalhadora (CHAUI, 2015; TINEU, 2017).

A desigualdade social ganha contornos mais complexos na medida em que surge uma demanda imaginária, estimulada pelo capitalismo, com o objetivo de retirar o trabalhador da



proteção estatal, propagando a ideologia do “empreendedor” e do “autônomo”. Tal ideologia coloca cada indivíduo como um capital humano, um investimento da família e uma “empresa de si mesmo”, que deve dar lucro (Assis 2006). Logo, cada um deve conseguir, por mérito próprio, as condições para se inserir no mercado e na sociedade. De modo que a vitória ou a derrota estão ligadas ao grau de esforço feito para “vencer na vida”. O que vai definir a classe média, portanto, não é sua renda, escolaridade ou padrão de consumo, mas o modo como ela se insere no sistema da propriedade (CHAUI, 2008; CHAUI, 2015; TV PUC-RIO, 2016).

Ao abordarmos o conceito de classe social no contexto do trabalho médico, percebemos que, historicamente, a medicina está subordinada ao modo de produção vigente, se articulando de diferentes formas. No desenvolver das sociedades, progressivamente, o médico vai desocupando locais religiosos e políticos e assumindo um papel de regulação da produção da força de trabalho e na diminuição das tensões provocadas pelas desigualdades sociais. Tais desigualdades estão na raiz de muitas questões de saúde e, por isso, a ideia de ter atenção médica amenizaria essas diferenças. (GARCIA, 1989)

Conforme viemos discutindo, apoiamo-nos na teoria de que as determinações sociais explicam o processo de formação do psiquismo humano. Com essa mesma fundamentação teórica, Almeida (2018) sustenta a tese de que os transtornos de humor, mais especificamente a depressão e a bipolaridade, estão radicados nos processos críticos da vida social. A depressão e a bipolaridade surgem como expressão das resistências às constrições a que o modelo capitalista de produção submete os sujeitos, o que apontaria uma relação direta entre as relações de produção e as especificidades do psiquismo humano.

Neste sentido, articulamos a esta teoria as peculiaridades na graduação em Medicina. Habitualmente, o estudante de Medicina chega à universidade após um período de grande estresse, representado pelo concurso vestibular, que apresenta um dos mais elevados índices de candidatos por vaga, mas sentindo-se vitorioso pelo sucesso alcançado. O acesso ao ensino médico ocorre, geralmente, num clima de muita pressão e competitividade, mobilizando recursos intelectuais e emocionais do aluno. Eles são os futuros formados de uma profissão idealizada pela população, tanto em relação ao êxito financeiro (que se acredita que venha a possibilitar), como pelas características pessoais que se espera encontrar em um médico – atitudes humanitárias, princípios éticos, dedicação e responsabilidade com os pacientes e familiares, humildade, sensibilidade, paciência e amor ao próximo (QUINTANA *et al.*, 2008; CARDOSO FILHO *et al.*, 2015).

Inicialmente, acreditava-se que a satisfação do aluno estava associada com aprovação em um dos vestibulares mais concorridos, alcançar o sonho de descobrir o corpo humano e cursar medicina, profissão idealizada pela população. Contudo, diversos estudos demonstram que, quando as expectativas em relação à universidade não se concretizam, surgem quadros de depressão, angústia, incerteza, desencanto e frustração dos estudantes já nos primeiros momentos do curso. As causas desses quadros podem inclusive levar a transtornos mentais mais graves, que muitas vezes não conseguem ser enfrentados sozinhos pelos alunos, que procuram ajuda especializada (COSTA; PEREIRA, 2005; BENEVIDES-PEREIRA; GONÇALVES, 2009; BALDASSIN, 2010; PEREIRA, 2014).

Muitos estudos já foram feitos na tentativa de elucidar as causas para sofrimento psíquico e transtornos mentais comuns em estudantes de medicina. De maneira geral, conforme essas pesquisas, as maiores fontes de estresses são a entrada no curso, a distância de casa, número de atividades a ser realizada em curto espaço de tempo, as provas, a falta de organização pessoal o contato com o paciente, o internato, a escolha da especialidade médica, altas expectativas dos pais, com o futuro e desempenho em exames periódicos. Tais pesquisas também observaram alta prevalência de ansiedade, depressão e estresse entre eles e detectou que o sofrimento psíquico é maior do que na população geral, e também significativamente mais elevado entre as alunas (DYRBYE; THOMAS; SHANAFELT, 2005; SHAH *et al.*, 2010; ALMEIDA, 2018). Porém, admitimos nestas considerações, que estas aparentes causas estressantes são reflexos dos processos estruturais hegemônicos.

O surgimento dos sofrimentos psíquicos bem como sua minimização a fatores biologizantes ou naturalizantes como costuma ser apresentado é fruto sem dúvida de um paradigma sobre a profissão dentro da sociedade de classes marcado pelo sistema capitalista. Pode-se dizer que há na educação médica um currículo oculto no qual se aprende a "ser médico", e mais que isso, forma propositalmente trabalhadores médicos desprovidos de consciência social crítica.

Esse trabalho fundamenta-se na tentativa de propiciar uma percepção mais clara de que o sofrimento psíquico frente ao "estudar medicina" não está restrito ao âmbito escolar e seus programas curriculares, e sim ao aprender o "ser médico". Tal "jeito de médico" (enquanto uma ação não revelada) está muito relacionado à complexidade dos processos sociais: de trabalho, de produção dos serviços, as condições do mercado de trabalho, a intervenção do estado, e as ideologias e representações que sustentam o paradigma mercadológico e de status profissional.

Como consequência desse processo de desencontro entre a necessidade do indivíduo e aquilo que ele produz no trabalho tem-se a desrealização do indivíduo, desrealização do ser social, uma vez que o ser social nasce do trabalho (ANTUNES, 2006). Em vez de se humanizar, se efetivar no e pelo trabalho, conforme viemos vendo, na sociedade capitalista o futuro profissional médico passa pelo processo contrário: ele se “desejetiva”, não consegue estabelecer relação alguma com aquilo que produz. Sua prestação de serviço deixa de ser o que era idealizado, qual seja, o cuidado com a vida e o reestabelecimento da saúde de forma integrada e compartilhada em equipe, e passa a ser uma atividade de biopólitica, biopoder e de deliberações.

Retomando as palavras de Albuquerque (2002, 2009), sabemos que há problemas na formação médica. Dentre estas falhas podemos citar o enfoque predominantemente biológico, especializado, escavacado, carente de humanidade, desconsiderando o ser humano em sua totalidade. O ensino ocorre por pedagogias que tendem à perpetuação acrítica de conceitos, técnicas e comportamentos, o que somado ao processo incompleto de análises, não seguidas das sínteses correspondentes, reduzem sobremaneira a capacidade do futuro médico para contribuir com as transformações necessárias ao nível social. Trata-se de um posicionamento político. Numa sociedade de classes, a educação em geral e a educação médica em particular poderá adequar-se mais aos interesses de uma ou de outra classe, nunca aos interesses de ambas, uma vez que, frequentemente, são opostos.

Acontece pois, que independente do interesse a que se forma o profissional médico, o mesmo é formado sem a consciência crítica desta realidade, e depara-se frequentemente com tais contradições. Se por um lado a profissão exige a humanização e a capacidade de atender as demandas sociais, por outro ela se molda seguindo os interesses dominantes. E pior que isto, a classe trabalhadora médica, pela própria formação assume uma característica, elitizada e formatada nos moldes do liberalismo econômico, com a falsa ideia de que este será um profissional autônomo e à parte das relações de trabalho.

O sofrimento psíquico do estudante ocorre ao se estranhar com tais contradições, ao se perder entre o ideal e os exemplos adquiridos, ao se confrontar com uma carga de responsabilidades que lhe é socialmente atribuída, mas que não o é de fato. Ao perceber que saúde é muito mais que medicina. O sofrimento ocorre quando o estudante vai percebendo que a sua própria formação deve seguir a lógica de dominação, calcado na competição, na

hierarquização de saberes, na biologização da vida, na elitização dos costumes. Pertinentemente, Machado e Schroeder (2021 p. 5) explicam:

O processo de individualização dos estudantes, fomentado por um ambiente educacional pautado no sucesso pessoal e na meritocracia, toma fôlego frente à concepção pedagógica neoliberal do aprender a aprender. Tal premissa parte do princípio de que o estudante deve ser o construtor do próprio conhecimento, de forma “autossuficiente”.

E o sofrimento continua quando, uma vez inseridos no mercado de trabalho são movidos pelo sistema capitalista e não têm oportunidade de viver a profissão de maneira genuína, obrigando-os a vivê-la seguindo a lógica da produção, da quantidade, do acúmulo de atividades, do excesso de jornada de trabalho.

Essa não é uma realidade só do profissional da medicina, e ao contrário de tantas outras que o faz para conseguir sobreviver e ter o mínimo necessário às suas necessidades vitais, na medicina, o sofrimento vem pela ideia de acúmulo, pela compra de seus valores em detrimento dos poderes de deliberação sobre a vida, pela falsa ideia de manutenção dos padrões esperados à profissão. Há inclusive um receio oculto em se entenderem classe trabalhadora, e quando o fazem, pela própria característica formativa, sentem dificuldade em unirem esforços com os demais segmentos de trabalhadores da saúde, pelo receio de perderem privilégios.

Pretendeu-se com estes achados e a discussão tomada possibilitar a afirmação da relação entre o desencadeamento dos sofrimentos mentais, a academia médica e o estigma do trabalho e do profissional médico sob os lençóis capitalistas, na constatação paradoxal entre a atividade educacional e de trabalho como fator de humanização, em termos ontológicos, e o trabalho que assume características desumanizadoras. Na relação direta e indissociável entre as condições objetivas de vida e a formação do psiquismo humano reflete-se a relação entre os processos sociais e o desencadeamento do adoecimento psíquico.

Por isso, o desenvolvimento psíquico humano não pode ser descolado das relações de classe e de produção capitalistas, no caso do atual contexto histórico. Se as relações sociais, mediadas por instrumentos e signos, induzem ao desenvolvimento psicológica, em suas formas saudáveis e patológicas, como a próprio estudiosa Zeigarnik (1981) afirma, estas linhas admitem o entendimento de que quanto mais patogênicas forem as relações mais suscetível estará o sujeito à adoecimentos psíquicos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ensino médico que não reflete sobre o ser humano que há no médico participa de modo altamente prejudicial nas deformações adaptativas do futuro profissional (MARTINS, 1991, p. 363).

Ao adotar uma abordagem metodológica que considera a historicidade e a interação constante entre o singular, o particular e o universal, buscamos compreender as complexidades inerentes ao desenvolvimento do pensamento do discente, suas relações sociais e o impacto da formação médica. Destacamos a importância de se considerar o contexto histórico-social na formação do estudante de medicina, ponderando que o sofrimento psíquico é tanto um aspecto singular e particular de suas vivências quanto uma manifestação universal, representativa do gênero humano.

A ênfase na dialética permite a análise das contradições inerentes à atividade médica, explicitando a alienação presente na estruturação da profissão e na relação entre indivíduo e gênero humano. A abordagem crítica propôs desvelar equívocos, como a naturalização de padrões sociais específicos, e apontou para a necessidade de uma psicologia que considere as determinações sociais na constituição da individualidade. Assim, a Teoria Histórico-Cultural emergiu a nós como uma ferramenta valiosa para compreender e superar estigmas e paradigmas na educação médica, promovendo uma análise contextualizada do sofrimento psíquico destes estudantes.

Nossas conjecturas nos permitiram refletir que o sofrimento e o adoecimento psíquico na graduação em medicina envolve uma complexidade e uma teia de elementos tão extensa que o aspecto sofrer e adoecer pareceu quase estar em segundo plano, o que, em muitas ocasiões, nos causou desconforto. Tentamos sanar esse dilema que o próprio itinerário investigativo nos ofereceu e chegamos a algumas considerações.

Recapitulando nossa hipótese, nos empenhamos em reunir argumentações e permitir reflexão para uma percepção mais clara de que o sofrimento psíquico frente ao "estudar medicina" não está restrito ao âmbito escolar e seus programas curriculares, e sim ao aprender o "ser médico". Frente às nossas análises foi possível apreender que esse processo é intrinsecamente enraizado nas complexidades da formação médica, desde suas origens até a prática profissional, destacando a importância de entender tal fenômeno não apenas o objeto final, mas o desdobramento dinâmico do processo, a qual revela uma série de influências que moldam a percepção, motivação e experiência dos estudantes.

Primeiro, dentro das generalizações, o sofrimento e o adoecimento psíquico neste grupo de estudantes já tem sido amplamente discutido, contudo, salvo algumas exceções, é mantido no campo das aparências, cujo desvelar das causas também se mantém e se atém às causas aparentes, às rotinas, aos fluxos e currículos, às jornadas e demais processos que nada mais são que elementos perpetuadores de uma infra estrutura educacional fundamentada em uma super estrutura econômica e política que resguarda conceitos e ações cristalizados. Por outro lado, dentro das particularidades em nossa investigação local, evidenciamos que até o sofrimento psíquico se mantém camuflado em mecanismos adaptativos, em que também este precisou ser desvelado, partindo-se de outras análises para então se chegar a ele novamente.

A análise realizada através das falas do grupo focal nos revelou a complexidade do fenômeno do currículo oculto na formação médica, evidenciando suas ramificações nas percepções e práticas dos estudantes. Ficou nítido, a partir dos desdobramentos dos diálogos a influência da cultura médica na reprodução de valores hegemônicos, sendo o currículo oculto um instrumento que contribui para a inculcação ideológica. A vinculação do currículo oculto à reprodução do trabalho médico capitalista foi discutida, ressaltando como ele se manifesta nas relações interpessoais, influenciando a visão dos estudantes sobre a profissão.

percebemos também um descompasso entre a idealização da medicina e a realidade vivenciada pelos estudantes, destacando a percepção de um perfil elitizado da profissão. A ênfase no conhecimento teórico em detrimento das habilidades humanísticas foi apontada por eles como prejudicial, comprometendo a formação profissional e o cuidado em saúde indicando uma lacuna na formação.

Talvez seja esse o caminho, dissecar a aparência do sofrimento aparente, arrebatar das aparências o que não é restrito e peculiar a esse corpo investigado, divulsionar as camadas superficiais das causas e motivos observáveis, penetrar nos processos históricos e nas articulações culturais, curetar mecanismos de resistência e de silenciamento e, enfim localizar as calcificações paradigmáticas e consolidadas em estigmas e concepções de um corpo em movimento, chegando assim às determinações mais arraigadas do sofrimento.

O sofrimento psíquico emerge da interconexão de fatores, começando nas motivações e estigmas sociais que orientam a escolha pela medicina. Ao longo do percurso acadêmico, as pressões do vestibular, a competitividade entre colegas, as relações conflituosas com professores e a percepção das contradições no exercício profissional contribuem para o adoecimento psíquico. A análise proposta vai além do ambiente escolar, destacando a relação

entre a formação médica, as estruturas sociais e a ideologia dominante, evidenciando a necessidade de uma consciência crítica na educação médica para lidar com essas complexidades. O estudante de medicina se vê diante de uma tensão entre o idealizado e o real, entre a humanização da profissão e as demandas desumanizadoras do sistema capitalista, gerando um conflito que permeia toda a trajetória formativa e profissional.

Analogias linguísticas à parte, ao tratar do sofrimento psíquico em estudantes de medicina à Luz da Teoria Histórico-Cultural percebemos que não haveria outro meio de iniciar qualquer investigação sem antes apreender fatos históricos. A fazê-lo percebemos entraves e discussões ainda maiores do que imaginávamos, o que nos levou a investigar alguns conceitos e epistemologias elementares a discussão: O currículo oculto; as relações e discriminações de gênero e classe; os Hábitos; a medicalização e mercantilização da saúde; as práticas de ensino; os moldes curriculares[C1] e as metodologias de ensino.

Percebemos também que ao se estudar a história da formação médica e da própria medicina enquanto atividade, e da mesma forma, ao aprofundar quaisquer elementos e conceitos citados anteriormente raramente nos deparamos com a abordagem e a associação do sofrimento e adoecimento psíquico dos estudantes associado ao tema. Ao passo que, ao se investigar o sofrimento psíquico deste discente, poucas vezes sua discussão estava articulada a uma análise crítica mais densa e complexa.

Perpetuando a segmentação de saberes e como um reflexo desta, percebemos o quanto a educação médica, em saúde em geral, se mantém distanciada da formação crítica e reflexiva e o quanto a percepção do próprio sofrimento, quando percebido, está distanciada das relações políticas e sociais ao qual estão inseridos.

As relações sociais formadas a partir da sociedade capitalista fomentam o excesso e a sobrecarga, associado ao esvaziamento do trabalho e ou sensação de ineficiência, incompetência ou inapetência da atividade do indivíduo, o que predispõe ao sofrimento psíquico. O sofrimento e o adoecimento psíquico é um fenômeno biológico, mental e social e abrangem as três esferas mutuamente. Os sintomas ou efeitos do sofrimento psíquico geram consequências, ou melhor, produzem alterações, tanto sociais quanto biológicas na formação social da mente.

Diante da análise sobre a formação médica sob a lógica do capital e seu impacto no desenvolvimento da personalidade emergiu uma complexa teia de contradições e desafios que permeiam a escolha e prática da medicina na contemporaneidade. A interseção entre as

motivações dos estudantes, a influência da ordem capitalista e a busca por uma formação humanizada revela um embate entre os ideais de ascensão profissional e a concepção de uma prática médica altruísta.

A exposição das contradições no sistema de saúde, destacando a alienação e desarticulação entre atividade e motivações, ressalta a necessidade de uma reflexão profunda sobre o papel social do médico. A falta de conscientização sobre as desigualdades e a resistência à redução da jornada de trabalho sinaliza para desafios estruturais que demandam uma abordagem crítica e transformadora. Assim, a formação médica, sob a égide do capital, revela-se como um campo de tensões, onde os estudantes buscam articular sua vocação com os paradoxos de uma prática profissional moldada pelas dinâmicas do sistema econômico.

Entendemos que ao mesmo tempo (e não antes ou após, maior ou menor) que temos as manifestações sociais de sensação de alienação, esvaziamento mental, conflitos nas relações interpessoais, entre outros, temos as alterações cognitivas e biológicas, a níveis de áreas corticais de associação e de funções superiores e sistema límbico.

O meio humano é social, histórico e cultural. À nível social/cultural, temos as vivências, os processos de desenvolvimento mental superior desde a infância, as condições e relações sociais, pressões, entre outros e as possibilidades de superação encontradas. Podemos entender o adoecimento psíquico em um contexto que é tão biológico quanto social. Assim como uma atividade física mal instruída e não planejada nas individualidades de cada corpo, ou uma queda, ou ainda, uma sobrecarga de peso que leva a lesões e ao desgaste muscular, da mesma forma, um córtex submetido aos excessos, ao mal acompanhamento, às instruções e obrigações que fogem das suas aptidões ou necessidades e interesses que pode submetê-lo ao sofrimento permanente e progressivo e iminente instalação do adoecimento.

Para o acompanhamento, seja do aluno, do professor, do indivíduo na sociedade, criança, jovem, adulto, vemos ser indispensável considerar que o desenvolvimento das funções psicológicas e a evolução do ser humano em sua unidade enquanto indivíduo imerso, produto e produtor de sociedade é um processo contínuo e como nas palavras de Vigotski (2001, p. 144) "São as reações emocionais que se devem constituir como base do processo educativo. [...] deve suscitar a respectiva emoção do aluno e preocupação com que essa emoção esteja ligada a um novo conhecimento".

Superar o processo de formação da graduação a fim de sanar ou minimizar os desconfortos existenciais destes discentes exige, portanto, o enfrentamento das contradições da



categoria médica. Construir uma nova postura ética e um novo ideal profissional e transformar a prática dos profissionais que estão envolvidos com a educação dos estudantes, admitindo-os como parte dessa tarefa. Os estereótipos contraditórios criados frente à formação e a profissão, como ser um indivíduo atarefado e ser empreendedor; empresariar-se e manter-se ético; desenvolver raciocínio clínico e pensamento integrativo enquanto se baseia em conceitos biologizantes, ser científico e dominar a arte da profissão, ser humanizado e ser assertivo e ágil, ser empático e obter respeito são alguns dos impasses que a categoria tem que enfrentar para construir um outro modelo de atividade.

Formar futuros médicos a perceber que a possibilidade de conquistar melhores condições de trabalho, de jornada e prática profissional dignas não será conquistada se a categoria continuar defendendo seus interesses imediatos acima de quaisquer outros, isolando-se dos outros setores da saúde e de toda a população, que poderiam ser seus aliados. A coesão entre discurso de mudança, o questionamento dos padrões e a superação da prática diante das posturas contraditórias da categoria nos mostra ser fundamental a uma proposta de construção consistente.

Estas análises na qual nos debruçamos até agora apontam que as relações sociais no modelo capitalista favorecem o sofrimento psíquico, mas dentro desta realidade, o acompanhamento deve estar pautado na possibilidade de superação do sofrimento a partir da reflexão e da tomada de consciência crítica, filosófica, humana e até afetiva sobre a realidade da cultura vigente. A valorização e aprofundamento teórico e filosófico do afeto e da emoção no processo ensino-aprendizagem e por último, na consciência da indissociação entre o natural e o social.

## REFERÊNCIAS

ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério de Classificação Econômica Brasil**. 2011. Disponível em: <<http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=301>>. Acesso em: 03/10/2020

ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério de Classificação Econômica Brasil**. 2013. Disponível em: <<http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=301>>. Acesso em: 03/10/2020

ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério de Classificação Econômica Brasil**. 2019. Disponível em: <<http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=301>>. Acesso em: 03/10/2020

ABREU, Nelsio Rodrigues de; BALDANZA, Renata Francisco; GONDIM, Sônia M. Guedes. Os grupos focais on-line: das reflexões conceituais à aplicação em ambiente virtual. **Revista de Gestão da Tecnologia e Sistemas de Informação**, v. 6, p. 23-42, 2009.

AGUIAR, Adriano Amaral de. **A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2004.

ALBUQUERQUE, G.S.C. **Educação e prática médica capitalista: limites e possibilidades**. Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque - Dissertação (mestrado). Curitiba, 2002.

ALBUQUERQUE, Guilherme S. C. **As determinações do capital sobre a formação do trabalhador na saúde: um estudo sobre reformulações curriculares em dois cursos de medicina do Paraná**. 2009. 249f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009.

ALMEIDA, Alessandro de Moura et al. Common mental disorders among medical students. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [s. l.], v. 56, n. 4, p. 245–251, 2007.

ALMEIDA, Leandro S.; FERREIRA, Joaquim Armando. Adaptação e rendimento acadêmico no ensino superior: fundamentação e validação de uma escala de avaliação de vivências acadêmicas. **Psicologia: Teoria, Investigação e Prática**, v. 1, p.157-170, 1999.

ALMEIDA, Leandro S.; FERREIRA, Joaquim Armando. **Questionário de Vivências Acadêmicas**. Braga: Universidade do Minho, 1997.

ALMEIDA, Leandro S.; SOARES, Ana Paula C.; FERREIRA, Joaquim Armando. Questionário de Vivências Acadêmicas (QVA-r): avaliação do ajustamento dos estudantes universitários. **Aval. psicol.**, Porto Alegre , v. 1, n. 2, p. 81-93, nov. 2002 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712002000200002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712002000200002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 29 jul. 2022.

ALMEIDA, Melissa Rodrigues de. **Formação social dos transtornos do humor** (Tese de Doutorado). Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, SP, Brasil.2018

AMARANTE, Paulo (Org.). Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P.. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica** Rio de Janeiro: FIOCRUZ,p. 73-84. 1994.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental E Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ANDRADE, Denisval Pereira et al . Qualidade de vida e transtornos psíquicos menores em seminaristas católicos. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande , v. 9, n. 1, p. 93-110, abr. 2017 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-093X2017000100006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2017000100006&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 24 set. 2023. <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v9i1.562>.

ANDRADE, Issa Mayara Dos Santos. **Contribuições Da Psicologia Histórico-Cultural Para A Compreensão Do Sofrimento/Adoecimento Psíquico Do Adolescente: Discussões Necessárias No Espaço Escolar**. Dissertação (Pós-Graduação em Psicologia). Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 2022. 158p.

ANDRADE, João Brainer Clares de et al. Contexto de formação e sofrimento psíquico de estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s. l.], v. 38, n. 2, p. 231–242, 2014.

ANJOS, Diego Roberto Lima dos; AGUILAR-DA-SILVA, Rinaldo Henrique. Questionário de Vivências Acadêmicas (QVA-R): avaliação de estudantes de medicina em um curso com currículo inovador. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas)**, [s. l.], v. 22, n. 1, p. 105–123, 2017.

ANJOS, Diego Roberto Lima Dos; **Questionário De Vivências Acadêmicas (Qva-R): Avaliação De Estudantes De Medicina Em Um Curso Com Currículo Inovador**.\_Dissertação. Famema Marília/SP, 2015.

ANSELMINI, Luciana Barros; et al. Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública [en linea]**. 2008, 42(2), 26-33[fecha de Consulta 24 de Septiembre de 2023]. ISSN: 0034-8910. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240173005>

ANTOS, Luciana Marques; URT, Sônia da Cunha; VITAL, Soraya Cunha Couto. Readaptação docente: qual o sentido atribuído pelo professor? In: Marilda Gonçalves Dias Facci; Sônia da Cunha Urt. (Org.). **Precarização do trabalho, adoecimento e sofrimento do professor**. 1ª ed.Teresina - PI: EDUFPI, v. 1, p. 73-100, 2017.

ANTUNES, Ricardo (Org.). **Riqueza e Miséria do Trabalho no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2006, 528p. Coleção Mundo do Trabalho.

APÓSTOLO, J. L. A., MENDES, A. C., AZEREDO, Z. A.. Adaptation to Portuguese of the Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). **Revista Latino-americana De Enfermagem**, 14(6), 2006, 863–871. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000600006>.

ASBAHR, Flávia da Silva Ferreira. A pesquisa sobre a atividade pedagógica: contribuições da teoria da atividade. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro , n. 29, p. 108-118, Aug. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-24782005000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782005000200009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 out. 2020.

ASBAHR, Flávia da Silva Ferreira. **Por que aprender isso, professora? Sentido pessoal e atividade de estudo na psicologia histórico-cultural**. Tese. Universidade de São Paulo, Agência USP de Gestao da Informacao Academica (AGUIA), [s. l.], 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/t.47.2011.tde-24032011-094830>. Acesso em: 17 Ago. 2021.

ASBAHR, Flávia da Silva Ferreira; SOUZA, Marilene Proença Rebello de Souza . Buscando compreender as políticas públicas em Educação: Contribuições da Psicologia Escolar e da Psicologia Histórico-cultural. In. Meira, M., & Facci, M, G. D (Orgs.) **Psicologia histórico-cultural: contribuições para o encontro entre a subjetividade e Educação**. São Paulo: Casa do Psicólogo.2007.

ASSIS, Aline Silveira de. Cultura e classe social na pós-modernidade: tensões e perspectivas. **Revista Virtual Textos & Contextos**, n.6, p. 1-15, 2006.

ASSUNÇÃO, Ada A. et al. Working conditions and common mental disorders in physicians in Brazil. **Occupational Medicine** , Oxford, v. 63, n. 3, p. 234-237, 2013.

BALDASSIN S. Ansiedade e depressão no estudante de medicina: revisão de estudos brasileiros. **Cadernos ABEM**, v. 6, p. 19-26, 2010

BARBOZA, DANIELLE CRISTINA FERRAREZI. **Questionário De Vivências Acadêmicas (Qva-R) E Sua Relação Com A Utilização De Métodos Ativos De Ensinoaprendizagem Em Um Curso Médico**. (Dissertação) Faculdade De Medicina De Marília, Sp. 2018

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: 70ª Ed. 1995.

BASAGLIA, F. As instituições da violência. In: \_\_\_\_\_. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985. p. 99-133.

BASTOS, Lijamar de Souza; ALVES, Marcelo Paraíso. As influências de Vigotski e Luria à Neurociência Contemporânea e à Compreensão do Processo de Aprendizagem. **Revista Práxis**. N. 5, 2013.

BELLINATI, Y. C. G; CAMPOS, G. A. L, **Rev. Corpus Hippocraticum**, 2020, v.1 n.1, p.10.

BELMARTINO S, BLOCH C, LUPPI I, QUINTEROS Z & TRONCOSO MC. Mercado de trabajo y médicos de reciente graduación. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (CESS), Asociación Médica de Rosário. OPS, Oficina Regional de la OMS, **Representación de Argentina**, Publicación n. 14, 65 pp, 1990.

BENEVIDES-PEREIRA AMT; GONÇALVES MB. Transtornos emocionais e a formação em medicina: um estudo longitudinal. **Rev Bras Educ Med**, v. 33, n. 1, p. Tese: O sofrimento psíquico na formação médica 103 10-23, 2009.

BEZERRA, Giovani Ferreira; ARAUJO, Doracina Aparecida de Castro. Sobre a linguagem: considerações sobre a atividade verbal a partir da psicologia histórico-cultural. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto , v. 21, n. 1, p. 83-96, jun. 2013 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2013000100006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000100006&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 23 set. 2023. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.1-06>.

BLAGONADEZHINA, L. V. Las emociones y los sentimientos. In: Smirnov, A. A. et al. **Psicologia**. Mexico: Editorial Grijalbo, 1978.

BORGES, L H B e FARIA, Marcília de Araújo Medrado. Transtornos mentais menores entre trabalhadores de uma usina siderúrgica. **Revista Brasileira de Saude Ocupacional**, v. 21, n. ja/mar. 1993, p. 7-18, 1993Tradução . . Acesso em: 24 set. 2023.

BRASIL, Ministério da Educação. Resolução no 3, de 20 de junho de 2014. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências**. Brasília: Ministério da Educação, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea: Volume I**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. instituto nacional de estudos e pesquisas educacionais anísio teixeira (inep). **relatório de curso: Medicina: universidade Federal de mato Grosso: Cuiabá - 44**. Brasília: inep, 2019.

BRASIL. Lei nº 12.711 de 29 de agosto de 2012. Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, Seção 1. 30/08/2012, Páginas 2-3.

BRASIL. Lei nº 13.409 de 28 de dezembro de 2016. Altera a Lei no 12.711, de 29 de 29 agosto de 2012, para dispor sobre a reserva de vagas para pessoas com deficiência nos cursos técnico de nível médio e superior das instituições federais de ensino. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, Seção 1. 29/12/2016, Página 3.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura, 2014.

BRASIL. Organização Panamericana da Saúde. **PROMED Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina/ Ministério da Saúde**. Ministério da Educação. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2002.

BRASIL. Resolução CNE/CES nº3, de 20 de junho de 2014. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. 2014.

BUSSAD, Terezinha de Fátima Sanches. **Leitura com médicos: a educação da sensibilidade pela estética**. Dissertação de Mestrado. Departamento de Letras, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2006. 216p.

CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982.

CARDOSO FILHO, Francisco de Assis Brito et al . Perfil do Estudante de Medicina da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), 2013. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 39, n. 1, p. 32-40, Mar. 2015.

CASTRO, Rafael Fonseca de; ALVES, Clarice Vaz Peres Alves. **Consciência Em Vigotski: Aproximações Teóricas**. 9<sup>a</sup> ANPED SUL, Caxias do Sul, 2012

CASTRO; Mariângela Machado de. SENA MARIANO, André Luiz. Ideologia, escola e conhecimento: da reprodução do currículo oculto às possibilidades de superação a partir da pedagogia histórico-crítica. **Revista HISTEDBR On-line**, Campinas, n. 64, p. 47- 61, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/histedbr/article/view/8641927>>. Acesso em: 12 out. 2019.

CHAGAS, Julia Chamusca. **Atuação da psicologia escolar frente à patologização e medicalização da educação superior**. 2018. xv, 226 f. Tese (Doutorado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde)—Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

Chaui, Marilena de Souza. Ideologia e educação II - Conferência realizada na Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) em 23 de novembro de 1979. **Educação e Pesquisa [online]**. 2016, v. 42, n. 1 [Acessado 30 Julho 2022] , pp. 245-258. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1517-97022016420100400>>. ISSN 1678-4634. <https://doi.org/10.1590/S1517-97022016420100400>.

CHAUI, Marilena de Souza. Ideologia e Educação. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 245-257, jan./mar. 2016.

\_\_\_\_\_. **O que é ideologia?** 2<sup>a</sup> ed. São Paulo: Brasiliense, 2008.

CHAUX, Enrique. Agresión reactiva, agresión instrumental y el ciclo de la violencia. Revista Clark LA, Watson D. Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implication. **J Abnorm Psychol**. 1991;100(3):316-36.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA. **Demografia Médica no Brasil 2020** / Coordenação de Mário Scheffer; equipe de pesquisa: Alex Cassenote, Alexandre Guerra, Aline Gil Alves Guilloux, Ana Pérola Drulla Brandão, Bruno Alonso Miotto, Cristiane de Jesus Almeida, Jackeline Oliveira Gomes e Renata Alonso Miotto. – São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Federal de Medicina, 2020.

COSTA, Luiza Santos Moreira da; PEREIRA, Carlos Américo Alves. O Abuso como Causa Evitável de Estresse entre Estudantes de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, [s. l.], v. 29, n. 3, p. 185–190, 2005.

CRAIG, S. R.; SCOTT, R.; BLACKWOOD, K. Orienting to medicine: scripting professionalism, hierarchy, and social difference at the start of medical school. *Cult Med Psychiatry*. 2018; 42(3):654-83.

CUNHA, MAB, Neves AA de F, Moreira ME, Hehn FJ, Lopes TP, Ribeiro CCF, et al.. Transtornos psiquiátricos menores e procura por cuidados em estudantes de Medicina. *Rev bras educ med [Internet]*. 2009Jul;33(3):321–8. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000300002>

CUNHA, LMA (2007). **Modelos Rasch e Escalas de Likert e Thurstone na Medição de Atitudes**. Tese de Mestrado, Universidade de Lisboa, Lisboa

DAMASCENO, André Luiz de B. et al. Cacuriá: uma ferramenta de autoria para criação de objetos de aprendizagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE INFORMÁTICA NA EDUCAÇÃO, 3., 2014, Dourados. **Anais [...] Dourados: Sociedade Brasileira de Computação**, 2014. Disponível em: <http://www.brie.org/pub/index.php/wcbie/article/view/3174> Acesso em: 22 jul. 2018. <http://www.br-ie.org/pub/index.php/wcbie/article/view/3174>

DANTAS, Nathália Della Santa Melo. **Ideação suicida e empatia**: um estudo correlacional em estudantes de medicina de uma universidade pública. Dissertação (Mestrado em Neuropsicopatologia) - Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2015.

DAVIDOV, V. Problemas do ensino desenvolvimental: a experiência da pesquisa teórica e experimental na Psicologia. Tradução de José Carlos Libâneo e Raquel A. M. da Madeira Freitas, 1986. 273p. de **Estudios Sociales**, [s. l.], n. 15, p. 47-58, jun. 2003.

DE OLIVA COSTA, Edméa Fontes et al. Sintomas depressivos entre internos de medicina em uma universidade pública brasileira. **Revista da Associação Médica Brasileira**, [s. l.], v. 58, n. 1, p. 53–59, 2012. Disponível em: Acesso at: 17 Aug. 2022.

DELARI JR., Achilles. **Dialética da psicologia e dialética do humano como seu objeto**: Em diálogo com a história da psicologia. Curitiba (PR): Coletivo Eras e Dias, 2017.

DELARI JUNIOR, Achilles. A linguagem como constitutiva dos papéis sociais. In: Delari Junior, A. **Consciência e linguagem em Vigotski**: aproximações ao debate sobre a subjetividade. Dissertação de mestrado. Campinas: Universidade de Campinas. p. 135-146. 2000

DEMOGRAFIA MÉDICA NO BRASIL, v. 2 / **Coordenação de Mário Scheffer**; Equipe de pesquisa: Alex Cassenote, Aureliano Biancarelli. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2020.

DIAS, Maria Sara de Lima; PEREIRA, Álaba Cristina . A constituição do sujeito: contribuições de Vigotski. In: DIAS, Maria Sara de Lima (Org.) **Introdução às leituras de Lev Vigotski: debates e atualidades na pesquisa** [recurso eletrônico] / Maria Sara de Lima Dias (Org.) -- Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2019.

DOURADO, V.V. **O Papel da saúde na sociedade Capitalista**: como o médico contribui na reprodução do Capital. Iniciação Científica. CNPq/PIBIC. Campinas: PCM Unicamp, 2012.

DUARTE, Adriana Pereira. A epidemiologia da COVID-19 na definição de políticas públicas à luz da Teoria Sociocultural e Histórica de Vigotski. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 4, p. 8581-8593 jul./aug. 2020.

DUARTE, N. **Os conteúdos escolares e a ressurreição dos mortos**: contribuição à teoria histórico-crítica do currículo. Campinas, SP: Autores Associados, 2016.

DUARTE, Newton. A escola de Vigotski e a educação escolar: algumas hipóteses para uma leitura pedagógica da psicologia histórico-cultural. **Psicologia USP**, v. 7, n. 1-2, p. 17-50, 1996. < [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1678-51771996000100002&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1678-51771996000100002&script=sci_arttext&tlng=en) > Acesso em: 25 set. 2020.

DUARTE, Newton. **Vigotski e o “aprender a aprender”**: crítica às apropriações neoliberais e pós-modernas da teoria Vigotskiana. Campinas: Autores Associados, 2001.

DYRBYE, Liselotte N.; THOMAS, Matthew R.; SHANAFELT, Tait D. Medical Student Distress: Causes, Consequences, and Proposed Solutions. **Mayo Clinic Proceedings**, [s. l.], v. 80, n. 12, p. 1613–1622, 2005.

ESPER, Marina Beatriz Shima Barroco. **Sofrimento/Adoecimento do professor universitário e relações de trabalho**: estudo a partir da psicologia histórico-cultural. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de Psicologia, Programa de PósGraduação em Psicologia, Maringá, PR, 2019.

ESPINOSA, B. – Ética demonstrada à maneira dos geômetras. In: **Os Pensadores**. São Paulo: Nova Cultural, 2004.

Facci, Marilda Gonçalves Dias. O adoecimento do professor frente à violência na escola. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 31, n. 2, p. 130-142, 30 jul. 2019.

FACCI, Marilda Gonçalves Dias. **Valorização ou esvaziamento do trabalho do professor?** Um estudo crítico-comparativo da teoria do professor reflexivo, do construtivismo e da psicologia Vigotskiana. Campinas: Autores Associados, 2004. (B)

FACUNDES, Vera Lúcia Dutra; LUDERMIR, Ana Bernarda. Common mental disorders among health care students. **Brazilian Journal of Psychiatry [online]**. v. 27, n. 3 , pp. 194-200, 2005. Disponível em:<<https://doi.org/10.1590/S1516-44462005000300007>>. Acesso em 4 ago 2021.



Fawzy, M., & Hamed, S. A. (2017). Prevalence of psychological stress, depression and anxiety among medical students in **Egypt. Psychiatry Research**, 255, 186–194. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.05.027>

FERREIRA, Carlos Magno Guimarães; KLUTHCOVSKY, Ana Claudia Garabeli Cavalli; CORDEIRO, Tatiana Menezes Garcia. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e Fatores Associados em Estudantes de Medicina: um Estudo Comparativo. **Revista Brasileira de Educação Médica [online]**, v. 40, n. 2, pp. 268-277, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n2e02812014>>. Acesso em 4 Agosto 2022.

FERREIRA, Priscilla Antunes. **Significados e sentidos de escolarização para famílias e estudantes do Ensino Técnico Integrado ao Médio**: Um estudo à luz da Teoria Histórico-Cultural Dissertação de Mestrado - Universidade Federal de São Paulo, Escola de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Pós-Graduação, Departamento de Educação, Guarulhos, 179 f., 2019.

FIOROTTI Karoline Pedroti et al. Transtornos mentais comuns entre os estudantes do curso de medicina: prevalência e fatores associados. **J Bras Psiquiatr**, v. 59, n. 1, p. 17-23, 2010.

GALLI, Amanda. Argentina: transformación curricular. **Educación Médica y Salud**, 23(4)344-53, 1989.

GAMA, C. N.; DUARTE, N. Concepção de currículo em Dermeval Saviani e suas relações com a categoria marxista de liberdade. **Interface (Botucatu)**, v. 21, n. 62. p. 521-30. 2017.

GARCIA JÚNIOR, Carlos Alberto Severo. Humanidades: Ensino de “nova” dimensão ética na educação médica. **Revista Bioética**, [s. l.], v. 28, n. 3, p. 479–485, 2020. Disponível em: Acesso at: 24 Sep. 2023.

GARCÍA, Juan César. **Pensamento social em saúde na América Latina/ Everardo Duarte Nunes**, org. São Paulo: Cortez, 1989.

GATTI, Bernadete Angelina. **Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. Brasília: Líber Livro, 2005

GAVIOLI, Mariana de Azevedo et al. Formando grupos no internato: critérios de escolha, satisfação e sofrimento psíquico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s. l.], v. 33, n. 1, p. 4–9, 2009.

GLEIZER, M. A. **Espinosa & a afetividade humana**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.

GOMES, Adriana Chalita. **Qualidade de vida e fatores associados à suspeição de transtornos mentais comuns em estudantes de Medicina em universidade de integração latino-americana**. 2019. 141 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

GOMES, Cláudia Aparecida Valderramas. **O afetivo para a psicologia histórico-cultural: considerações sobre o papel da educação escolar.** Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Filosofia e Ciências. 170p. Marília, 2008.

GOMES, Fábio Alves; SILVA, Iolete Ribeiro da; ALFREDO, Raquel Antônio. Análise sócio-histórica de significações produzidas por docentes acerca das diferenças culturais. **Rev. psicol., Santiago**, v. 27, n. 1, p. 175-185, jun. 2018. Disponível em <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0719-05812018000100175&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-05812018000100175&lng=es&nrm=iso)>. acesso: 04 agosto 2022.

GOMES, Sandra Regina. Grupo Focal: uma alternativa em construção na pesquisa educacional. **Cadernos de Pós-Graduação**. São Paulo, v. 4, Educação, p. 39-45, 2005.

Gonçalves DA, Mari JJ, Bower P, Gask L, Dowrick C, Tófoli LF, et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. **Cad Saude Publica**. 2014;30(3):623-32. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014000300623&lng=en.%20http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00158412](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000300623&lng=en.%20http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00158412).

GONÇALVES, Daniel Maffasioli; STEIN, Airton Tetelbon; KAPCZINSKI, Flavio. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 24, n. 2, p. 380–390, 2008.

GONÇALVES, Maria da Graça Marchina. Fundamentos metodológicos da psicologia sócio-histórica. In: BOCK, A. M. B. et al. (Org.). **Psicologia sócio histórica**. São Paulo: Cortez, 2001. p. 113-128

GONDIM SALES, Alberone Ferreira Gondim et al. Transtorno Mental Comum em Estudantes de Medicina: PBL versus Tradicional. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, [s. l.], v. 10, n. 4, p. 131–138, 2020.

GONZÁLEZ REY, Fernando Luis. Educação, subjetividade e a formação do professor de psicologia. **Psicologia Ensino & Formação**, v. 5, n. 1, p. 50-63, 2014.

GRANADO, José Inácio F; SANTOS, Acácia Aparecida A; ALMEIDA, Leandro S; SOARES, Ana Paula; GUISANDE, M. Adelina. Integração acadêmica de estudantes universitários: Contributos para a adaptação e validação do QVA-r no Brasil. **Psicologia e Educação**, Covilhã, v. 12, n. 2, p. 31-43, 2005.

GRASS, Idania B. Peña. O método nas pesquisas educacionais: uma aproximação metodológica ao estudo do desenvolvimento cultural. In: **A QUESTÃO DO MÉTODO E A TEORIA HISTÓRICO-CULTURAL: BASES TEÓRICAS E IMPLICAÇÕES PEDAGÓGICAS**. [S. l.]: Faculdade de Filosofia e Ciências, 2017. p. 39–62. E-book. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.36311/2017.978-85-7983-879-8.p39-62>. Acesso at: 17 Aug. 2022.

Grether EO, Becker MC, Menezes HM, Nunes CRO. Prevalência de transtorno mentais comuns entre estudantes de Medicina da Universidade Regional de Blumenau (SC). **Rev Bras Educ Med** . 2019;43(1):276-85.

GROHMANN, Rafael. O conceito de classe social no Marxismo: correntes e atualidade. **Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas**, Florianópolis, v.14, n.105, p. 3-18, ago/dez 2013.

GRYSCHKEK, Rebeca Jesumary Gonçalves. **Transtorno mental comum nos estudantes de medicina da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP**: uma análise longitudinal. 2014. 83 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2014. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/123871>>.

GUEDES, Carla Ribeiro; NOGUEIRA, Maria Inês; CAMARGO Jr., Kenneth R. de. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2006, v. 11, n. 4 , pp. 1093-1103. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000400030>>. Acesso em: 4 Agosto 2022.

GUIRADO, Gunther; PEREIRA, Nathalia. Uso do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) para determinação dos sintomas físicos e psicoemocionais em funcionários de uma indústria metalúrgica do Vale do Paraíba/SP. **Cadernos Saúde Coletiva**. 24. 92-98, Disponível em: 2016. 10.1590/1414-462X201600010103.

Heller, A. Indivíduo e comunidade: uma contraposição real ou aparente? In **O cotidiano e a história** (6ª ed., pp. 65- 85). São Paulo: Paz e Terra. 2000. <http://journals.openedition.org/revestudsoc/25981>. Acesso em: 10 ago. 2019

IASI, Mauro Luis. Política, Estado e ideologia na trama conjuntural. São Paulo: ICP, 2017.  
IQBAL S, GUPTA S, VENKATARAO E. Stress, anxiety & depression among medical undergraduate students & their socio-demographic correlates. **Indian J Med Res.**;141:354-7, 2015.

KINOSHITA, R. T.; BARREIROS, C. A.; SCHORNM. C.; MOTA, T. D.; TRINO, A. T. Cuidado em saúde mental: do sofrimento à felicidade. In: NUNES, M; LANDIM, F. L. P. (orgs.) **Saúde mental na atenção básica: política e cotidiano**. Salvador: EDUFBA, 2016.

KOPNIN, P. V. **A dialética como lógica e teoria do conhecimento**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978

KUBRUSLY, Marcos et al. Nomophobia among medical students and its association with depression, anxiety, stress and academic performance. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s. l.], v. 45, n. 3, 2021.

LAMPERT, Jadete Barbosa. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil**. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

LAWRENCE, Carlton et al. The hidden curricula of medical education: a scoping review. **Academic Medicine**, [s. l.], v. 93, n. 4, p. 648-656, abr. 2018. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29116981>. Acesso em: 11 ago. 2019.

Leite LC, Dornelas LV, Secchin L de SB. Influence of religiosity on medical students' mental health. **Rev bras educ med [Internet]**. 2021;45(2):e062. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.2-20200446.ING>

LEONTIEV, A. **Actividad, conciencia y personalidad**. Buenos Aires: Ediciones Ciências del Hombre, 1978b.

LEONTIEV, A. N. As necessidades e os motivos da atividade. [1961]. In: LONGAREZI, A. M.; PUENTES, R. V. (orgs.) **Ensino desenvolvimental: antologia**. Livro I. Uberlândia, MG: EDUFU, 2017. p. 39-57.

LEONTIEV, A. N. **Atividade. Consciência. Personalidade**. Bauru, SP: Mirejeva, 2021.

LEONTIEV, A. **O desenvolvimento do psiquismo**. Lisboa: livros Horizonte, 1978a.

LEONTIEV, Alexis Nikolaevich. **Actividad, conciencia e personalidad**. Havana: Editorial Pueblo y Educación, 1983

LERVOLINO, Solange Abrocesi; PELICIONI, Maria Cecilia Focesi. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s. l.], v. 35, n. 2, p. 115–121, 2001.

LIMA MS, BERIA JU, TOMASI E, CONCEICAO AT, MARI JJ. Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. **Int J Psychiatry Med**.26(2):211-22, 1996. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2190/W4U4-TCTX-164J-KMAB>. PMID:8877488.

LIMA, Maria Cristina Pereira; DOMINGUES, Mariana de Souza; CERQUEIRA, Ana Teresa de Abreu Ramos. Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 40, n. 6, p. 1035–1041, 2006.

LIMA, Rogério Silva. **A construção da identidade profissional dos alunos de enfermagem: um estudo à luz da abordagem histórico-cultural**. 2019. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019. doi:10.11606/T.22.2019.tde-10092019-190917. Acesso em: 2023-09-24.

LOVIBOND SH, LOVIBOND PF. Manual for the Depression, Anxiety, Stress Scales Australia. 1995 [updated 10/11/2014]. Disponível em: <http://www2.psy.unsw.edu.au/dass/>. Acesso em: 2 mar. 2019.

LOVIBOND, S. H.; LOVIBOND, P. F. **Manual for the Depression, Anxiety, Stress Scales** Australia. 1995 [updated 10/11/2014]. Disponível em: <http://www2.psy.unsw.edu.au/dass/>.

LU, S.; HU, S, Guan Y, Xiao J, Cai D, Gao Z, et al. **Measurement Invariance of the Depression Anxiety Stress Scales-21 across gender in a sample of Chinese university students.** *Front Psychol.* 2018.

LURIA, A. R. A psicologia experimental e o desenvolvimento infantil. In: VIGOTSKI, L. S.; LURIA, A. R.; LEONTIEV, A. N. **Linguagem, Desenvolvimento e Aprendizagem.** 11. ed. São Paulo: Ícone, 1998. p. 82-105.

LURIA, Alexander Romanovich. **Curso de psicologia geral.** v. 1 3ªed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991

MACÊDO, Shirley. Sofrimento Psíquico e Cuidado Com Universitários: Reflexões e intervenções fenomenológicas. **Estudos Contemporâneos da Subjetividade.** Vol. 8, n. 2, 2018.

MACHADO, Clarisse Daminelli Borges e SCHROEDER, Edson. O aprender a aprender na Educação Médica: reflexões a partir de aportes da Teoria Histórico-Cultural. **Rev. bras. educ. med.** [online] vol.45, n.3, 2021.

MARI JJ, WILLIAMS P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. **Br J Psychiatry.** 148:23-6, 1986.

MARI JJ, WILLIAMS P. **Misclassification by psychiatric screening questionnaires.** *JChron Dis.*1986; 39:371-8.

MARI, J. J. Psychiatric morbidity in three primary medical care clinics in the city of São Paulo: issues on the mental health of the urban poor. **Soc Psychiatry.**1987;22(3):129-38. <http://dx.doi.org/10.1007/BF00583847>. PMID:3498220.

MARINO FILHO, A. **Relações de poder e dominação no processo educativo.** 2007. 265 f. Dissertação (Mestrado em Educação) — Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Marília, 2007. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/91270>.

MARINO FILHO, ARMANDO . Humanização e sofrimento psicológico no processo educativo: Integração e desintegração da personalidade.. **REVISTA IBERO-AMERICANA DE ESTUDOS EM EDUCAÇÃO** , v. 17, p. 627-642, 2022.

MARINO FILHO, Armando. Atividade, significação e sentido: bases do sofrimento psicológico e a especificidade do adoecimento do professor. In: FACCI, Marilda Gonçalves Dias; URT, Sonia da Cunha (Orgs.) **Quando os professores adoecem [recurso eletrônico]** : demandas para a psicologia e a educação /– Campo Grande, MS : Ed. UFMS, 2020.

MARINO FILHO, Armando. Processo educativo e personalidade: cuidado e superação do sofrimento psicológico. **Educação, [S. l.]**, v. 44, p. e71/ 1–21, 2019. DOI: 10.5902/1984644435065. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reeducacao/article/view/35065>. Acesso em: 24 set. 2023.

MARTINS, André. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 8, n. 14, p. 21–32, 2004.

MARTINS, Bianca Gonzalez et al . Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse: propriedades psicométricas e prevalência das afetividades. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro , v. 68, n. 1, p. 32-41, Mar. 2019 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852019000100032&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852019000100032&lng=en&nrm=iso)>. access on 01 Mar. 2021. Epub May 13, 2019. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000222>.

MARTINS, L. M. A natureza histórico-social da personalidade. **Caderno CEDES**, Campinas, SP, v. 24, n. 62, p. 82-99, 2004.

MARTINS, Ligia Márcia. **A formação social da personalidade do professor: um enfoque vigotskiano**. 2. ed. ed. Campinas, SP: Autores Associados, 2015.

MARX, K. **Cadernos de Paris & manuscritos econômicos-filosóficos de 1844**. São Paulo: Expressão Popular, 2015.

MARX, K. **Manuscritos econômico-filosóficos**. Título original: Early Writings. Tradução Artur Morão. Lisboa: Ed. 70, 1993.

Marx, K. O processo global da produção capitalista. in: K. Marx **O capital: crítica da economia política** v. III t. 2. São Paulo: Nova Cultural, 1986.

MARX, K. Processo de trabalho e processo de valorização. In: Marx, K. **O capital: crítica da economia política** (vol. 1, pp. 297-315). São Paulo: Nova Cultural. 1996.

MARX, Karl. **Manuscritos Econômicos-Filosóficos**. Tradução portuguesa do Inglês por Artur Mourão. Lisboa: Edições 70, 1989.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A Ideologia Alemã**. São Paulo: Ed. Moraes, 1984/2009

MELLO FILHO, Julio de (Ed.). **Identidade Médica** (pp. 59-160). São Paulo: Casa do Psicólogo. 2006.

MELLO, Denise Ribeiro Barreto. **O Cenário Contemporâneo De Formação Em Medicina E Seus Efeitos À Saúde Mental Do Estudante**. Tese. UFRJ, Rio De Janeiro/RJ, 2017.

MELLO, Matheus & Cruz, Leonardo. Documentação metodológica de um grupo focal virtual sobre hackers e ciberpiratas. **Acta Scientiarum**. Human and Social Sciences. 40. 40527. 10.4025/actascihumansoc.v40i2.40527. 2018

MERTON, Robert King. Some preliminaries do a sociology of medical education, appendix A, “Socialization: a terminological note”. In: **The student-physician introductory studies in the sociology of medical education** (R.K. Merton), pp 289- 293, Cambridge: Harvard University Press, 1957.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 21ed. 2002.

MOUTINHO ILM, MADDALENA NCP, ROLAND RK, LUCCHETTI ALG, TIBIRIÇÁ SHC, EZEQUIEL OS, et al. Depression, stress and anxiety in medical students: A cross-sectional comparison between students from different semesters. **Rev Assoc Med Bras.**;63(1):21-8, 2017.

MOYSES, M. A. A.; COLLARES, C. A. L. Controle e medicalização da infância. **Desidades**, n. 1, p. 11–21, 2013.

NETO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social**. Uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. São Paulo: Cortez, 2009.

Nikolaeva, V. V. B. W. (2011). Zeigarnik and Pathopsychology. **Psychology in Russia**, 4, 176-192. <https://doi.org/10.11621/>

NUCCI, G. K. V. **Ambiente educacional e transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, 2017.

OLIVEIRA, Betty. A dialética do singular-particular-universal. In A. A. Abrantes, N. R. Silva, & S. T. F. Martins (Orgs.), **Método histórico-social na psicologia** (pp. 25-51). Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

OLIVEIRA, Suellen Magalhães Dias; HASSE, Mariana; TEIXEIRA, Flávia do Bonsucesso. Fluxo do esgotamento: interrogando o processo de produção do tempo/cansaço no internato médico. **Revista Brasileira de Educação Médica [online]**. 2021, v. 45, n. 01. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.1-20200243>>. Acessado 3 Agosto 2022.

PADOVANI, Ricardo da Costa et al . Vulnerabilidade e bem-estar psicológicos do estudante universitário. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 1, p. 02-10, jun. 2014. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872014000100002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872014000100002&lng=pt&nrm=iso)>.

PAES, Paulo Cesar Duarte. **Vigotski, fundamentos e práticas de ensino. Crítica às Pedagogias Dominantes**. Appris editora. Curitiba – PR. 2020

PASQUALINI, Juliana Campregher; MARTINS, Lígia Márcia. Dialética Singular-Particular-Universal: Implicações Do Método Materialista Dialético Para A Psicologia. **Psicologia & Sociedade, [s. l.]**, v. 27, n. 2, p. 362–371, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-03102015v27n2p362>>. Acessado 6 Julho 2021.

PATIAS ND, MACHADO WL, BANDEIRA DR, DELL'AGIO DD. Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) – short form: adaptação e validação para adolescentes brasileiros. **Psico-USF.**;21(3):459-69, 2016

PATTO, Maria Helena Souza. **A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia.** São Paulo: T.A. Queiroz, 1990.

PEREIRA, Maria Amélia Dias. **O sofrimento psíquico na formação médica: percepções e enfrentamento do estresse por acadêmicos do curso de Medicina.** 2014. 174 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014.

PÔRTO, Ana Carolina Carvalho de Araújo. **Quem são eles?** Uma análise do perfil socioeconômico e racial dos estudantes de medicina da Universidade Federal Fluminense. 2019. 91 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2019.

PRESTES, Zoia Ribeiro. **Quando não é a mesma coisa: análise de traduções de Lev Semionovitch Vigotski no Brasil: repercussões no campo educacional.** 2010. 295 f. Tese (Doutorado em Educação)- Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

QUINTANA AM, RODRIGUES AT, ARPINI DM, SANTOS MS. A angústia na formação do estudante de Medicina. **Rev. bras. educ. med;** 32(1):7-14, 2008.

RAMOS-CERQUEIRA, Ana Teresa de Abreu; LIMA, Maria Cristina Pereira. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação,** [s. l.], v. 6, n. 11, p. 107–116, 2002. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832002000200008>> Acesso em 30 Julho 2021.

RATNER, C. A loucura. In: RATNER, C. **A psicologia sócio-histórica de Vigotski: aplicações contemporâneas.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 206-262.

REGO, Teresa Cristina. **Vigotski: Uma perspectiva histórico-cultural da educação.** Petrópolis, RJ: Editora Vozes. 1995.

REY, Fernando González. **Sujeito e subjetividade.** São Paulo: Pioneira, 2003.

RIBEIRO MGS, et al. Reflexões sobre o papel do docente no sofrimento psíquico do estudante de Medicina da UFMG. **Rev Med Minas Gerais;** 26.(Suppl.8):S291-S296, Dez, 2016.

Ribeiro MMF, Melo JDC, Rocha AMC. Avaliação da Demanda Preliminar de Atendimento Dirigida pelo Aluno ao Núcleo de Apoio Psicopedagógico ao Estudante da Faculdade de Medicina (Napem) da Universidade Federal de Minas Gerais. **Rev bras educ med [Internet].** 2019;43(1):91–7. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190042>

ROCHA, Emmanuelle Santana; SASSI, André Petraglia. Transtornos mentais menores entre estudantes de medicina. **Rev. bras. educ. med.,** Rio de Janeiro , v. 37, n. 2, p. 210-216, June 2013 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022013000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022013000200008&lng=en&nrm=iso)>. access on 03 Mar. 2021.



ROCHA, Manoel Otávio da Costa; PEDROSO; Enio Roberto Pietra. Limitações do professor no desenvolvimento do currículo na graduação em medicina. **Rev Med Minas Gerais**. v. 22 n.4 p.:411-7, 2012

RODRIGUES, Joelson Tavares. A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. **Psicologia em Estudo**, [s. l.], v. 8, n. 1, p. 13–22, 2003.

RODRIGUES, Vinícius Santos; BATISTA, Cássia Beatriz; VECCHIA, Marcelo Dalla. Corpos Anatomizados e Educação Médica: Identificando Intersecções entre Cultura, Formação e Prática Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica [online]**, v. 44, n. 03. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.3-20190339>>. Acesso 29 Maio de 2022.

SALVADOR, Isadora Nicastro. **O sofrimento psíquico de sujeitos inseridos na universidade**. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Londrina – PR, 2020.

SANTOS, Maria Luísa Rita Reis.. **Saúde mental e comportamentos de risco em estudantes universitários** (Tese de doutorado). Universidade de Aveiro, Portugal. 2011 SANTOS ET AL. (2011) retirar o et AL - SANTOS 2011

SANTOS, Victor Hugo dos et al. Currículo oculto, educação médica e profissionalismo: uma revisão integrativa. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**. , v. 24, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.190572>>. Acessado 29 Maio 2022.

SANTOS, Victor Hugo dos et al. Currículo oculto, educação médica e profissionalismo: uma revisão integrativa. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**. , v. 24, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.190572>>. Acessado 29 Maio 2022.

SAVIANI, Dermeval. **Pedagogia histórico-crítica: primeiras aproximações**. 11. ed. Campinas: Autores Associados, 2013.

SCHRAIBER, Lilia Blima. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 29, n. 1, p. 63–74, 1995. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101995000100010>. Acesso em: 15 Ago. 2020.

SECRETARIA DE ASSUNTOS ESTRATÉGICOS, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Relatório de definição da classe média no Brasil**, 2013. Disponível em:<http://www.sae.gov.br/documentos/publicacoes/relatorio-dedefinicao-da-classe-media-no-brasil/>.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico [livro eletrônico]**. 1. ed. São Paulo : Cortez, 2013.

SHAH M, et al. Perceived stress, sources and severity of stress among medical undergraduates in a Pakistani Medical School. **BMC Med Educ**. 10:2, 2010.

SHUARE, M. **La psicología soviética tal como yo la veo**. Moscú: Editorial Progreso, 1990.

SILVA, Adriano Gonçalves; CERQUEIRA, Ana Teresa de Abreu Ramos; LIMA, Maria Cristina Pereira. Social support and common mental disorder among medical students. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 229–242, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1415-790X201400010018ENG>. Acesso em: 16 jun. 2021.

SILVA, Anna Clara Santos **Da. Relação Entre Vivência Acadêmica E Ansiedade Em Estudantes Universitários**. Dissertação. UFSJ São João Del Rei/MG, 2021.

SILVA, Claudia Lopes da. **Concepção histórico-cultural do cérebro na obra de Vigotski**. Tese. (Doutorado) Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Educação. Área de Concentração: Psicologia e Educação. São Paulo, 2012, p. 277.

SILVA, Flávia Gonçalves da. O adoecimento psíquico na psicologia histórico-cultural: a patopsicologia. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 25, n. 2, ago. 2021. ISSN 1981-8076. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/71721/44636>>. Acesso em: 24 set. 2023. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/riep.v25i2.71721>.

SILVA, J. R. S.; ASSIS, S. M. B. Grupo focal e análise de conteúdo como estratégia metodológica clínica qualitativa em pesquisas nos distúrbios do desenvolvimento. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v.10, n.1, p.146-152, 2010.

SILVA, Juliana de Lima da. **Sentidos e Significados da reprovação para estudantes universitários do Amazonas**. Porto Velho, 2016. 100 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Psicologia). Fundação Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, 2016.

SILVA, Maria Aparecida Santiago da. **Compreensão Do Adoecimento Psíquico: De L. S. Vigotski à Patopsicologia Experimental De Bluma V. Zeigarnik**. [Dissertação]. Universidade Estadual de Maringá. 2014.

SILVA, Maria Aparecida Santiago da; TULESKI, Silvana Calvo. Patopsicologia Experimental: Abordagem histórico-cultural para o entendimento do sofrimento mental. **Estudos de Psicologia (Natal)** [online]. 2015, v. 20, n. 4, pp. 207-216. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/1678-4669.20150022>>. Acesso em: 30 Julho 2022

SILVA, Natasha Magalhaes; **O Sofrimento Psíquico Ao Longo Da Formação Médica: A Escuta De Estudantes De Medicina**. Dissertação. USP. São Paulo/SP, 2019.

SILVEIRA, Luhilda Ribeiro; NASCIMENTO, Geraldo Melônio do. Normal, anormal e patológico nas teses sobre a sanidade e a loucura em O Alienista de Machado de Assis. **Nau Literária**, [s. l.], 2015. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/NauLiteraria/article/view/53572>. Acesso em: 30 jul. 2021.

SMEHA, L. N. Aspectos epistemológicos subjacentes a escolha da técnica do grupo focal na pesquisa qualitativa. **Revista de Psicologia da IMED**, vol.1, n.2, 2009. p. 260-268.

SMÍRNOV, A. A.; LEONTIEV, A.N.; RUBINSTEIN, S.L. & TIEPLOV, B.M. **Psicologia**. Havana: Imprensa Nacional de Cuba, 1961.

SOUZA FILHO, Edmundo Fernandes. **Significados e sentidos do acesso e permanência no ensino superior**: um estudo sobre as cotas raciais partir da teoria histórico-cultural. Guarulhos, 130 f., 2018.

SPINOZA, **Benedictus de. Ética**. Belo Horizonte: Ed. Autêntica, 2009.

Stallman, H. M. Prevalence of psychological distress in university students: Implications for service delivery. **Australian Family Physician**, 37(8),673-677. Brisbane, Austrália. 2008.

TANAKA, Márcia Miki et al. Adaptação de Alunos de Medicina em Anos Iniciais da Formação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s. l.], v. 40, n. 4, p. 663–668, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e00692015>. Acesso em: 11 Ago. 2022.

TEIXEIRA, Larissa de Araújo Correia et al. Saúde mental dos estudantes de Medicina do Brasil durante a pandemia da coronavirus disease 2019. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [s. l.], v. 70, n. 1, p. 21–29, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000315> Acesso em: 11 Ago 2021.

Tenório LP, Argolo VA, Sá HP de, Melo EV de, Costa EF de O. Saúde Mental de Estudantes de Escolas Médicas com Diferentes Modelos de Ensino. **Rev bras educ med [Internet]**. 2016Oct;40(4):574–82. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e00192015>

Terra, Lílian Soares Vidal e Campos, Gastão Wagner de Souza **ALIENAÇÃO DO TRABALHO MÉDICO: TENSÕES SOBRE O MODELO BIOMÉDICO E O GERENCIALISMO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**. Trabalho, **Educação e Saúde [online]**. 2019, v. 17, n. 2 [Acessado 26 Maio 2022] , e0019124. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00191>>. Epub 18 Mar 2019. ISSN 1981-7746. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00191>.

TESSER, 2009) Tesser CD. **Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde**: contribuições poucos exploradas. Cad Saúde Pública [Internet]. 2009Aug;25(8):1732–42. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000800009>

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

TINEU, Rogerio. Ensaio sobre a teoria das classes sociais em Marx, Weber e Bourdieu. **Aurora: revista de arte, mídia e política**, São Paulo, v.10, n.29, p. 89-107, 2017

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. **Psicol Estud [Internet]**. 2001Jul;6(2):49–56. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722001000200007>

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 39, n. 3, p. 507–514, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025>. Acesso em: 10 Ago. 2022.

TV PUC-RIO: “**Acreditar em ameaça do comunismo é falta de senso histórico**”, diz Chaui. Tv PUC-Rio. 2016, 11:46, son., color. Disponível em: . Acesso em: 02 fev. 2019.

UNIFIMES - CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MINEIROS. **Medicina [Online]**, 2015. Disponível Em: <[Http://Unifimes.Edu.Br/Avada\\_Portfolio/Medicina/](Http://Unifimes.Edu.Br/Avada_Portfolio/Medicina/)> Acesso Em: 05 Out 2020.

VALSECHI, Daniel et Al.. Currículo oculto na escola médica: um mecanismo de reprodução do trabalho médico no capitalismo. Anais do XI Seminário Nacional do HISTEDBR, **IV Seminário Internacional Desafios do Trabalho e Educação no Século XXI e I Seminário Internacional do HISTEDBR – 2019**, 2020.

VERA, Mariana dos Reis. **A medicalização do sofrimento psíquico**: uma análise sob a perspectiva da teoria da subjetividade. 2017. 104 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2017.

VIGNOLA, Rose Claudia Batistelli. **Escala de depressão, ansiedade e estresse (DASS)**: adaptação e validação para o português do Brasil. 2013. 80 f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Santos, 2013.

VIGOTSKI, L. S. El desarrollo del pensamiento del adolescente y la formación de conceptos (1931). In: \_\_\_\_\_. **Obras escogidas** 2. ed. Madrid: Visor y Antonio Machado Libros, 2006. Tomo IV, p. 47-116.

VIGOTSKI, Lev Semenovich; LURIA, Aleksandr Romanovich. **Estudos sobre a historia do comportamento**: o macaco, o primitivo e a criança. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

VIGOTSKI, Lev Semyonovich. A construção do pensamento e da linguagem. 5ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001

VIGOTSKI, Lev Semyonovich. **A formação social da mente**. 6. ed. São Paulo: Livraria Martins Fontes, 2007.

VIGOTSKI, Lev Semyonovich. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

VIGOTSKI, Lev Semyonovich. **A formação social da mente**: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

VIGOTSKI, Lev Semyonovich. O significado histórico da crise da Psicologia. In Vigotski, L. S. **Teoria e método em psicologia** (pp. 203-417). São Paulo: Martins Fontes. 1996.

VIGOTSKI, Lev Semyonovich. **Obras Escogidas**. Tomo III. Madri: Visor, 1995.

VIGOTSKI, Lev Semyonovich. **Teoria e método em psicologia**. 3a ed. São Paulo: Martins Fontes; 2004.

VIGOTSKI, Lev Semyonovich. Manuscrito de 1929. **Educação & Sociedade**. 2000.

VIGOTSKI, LS. O significado histórico da crise da Psicologia. In Vigotski, L. S. **Teoria e método em psicologia** (pp. 203-417). São Paulo: Martins Fontes. 1996.

VIGOTSKI, LS. **Pensamento e Linguagem**. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

VITAL, Soraya Cunha Couto; URT, Sônia da Cunha. Formação de professores e educação integral: palavras docentes acerca de suas concepções / Teacher training and integral education: sweet words about your conceptions. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 5, n. 9, p. 16865–16884, 2019. DOI: 10.34117/bjdv5n9-217. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/3488>. Acesso em: 23 sep. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A user's guide to the Self Reporting Questionnaire**. Geneva: WHO; 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Mental Health Report: Transforming mental health for all**. Geneva: World Health Organization; 2022.

Zanella AV. Sujeito e alteridade: Reflexões a partir da Teoria Histórico-Cultural. **Psicologia & Sociedade**. 2005;17(2):99-104.

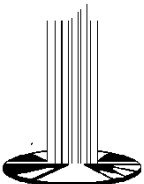
ZANELLA, Andréa Vieira et al. Questões de método em textos de Vigotski: contribuições à pesquisa em psicologia. **Psicologia & Sociedade**, [s. l.], v. 19, n. 2, p. 25–33, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/psoc/v19n2/a04v19n2.pdf>. Acesso em 19 de jun. de 2020.

ZEIGARNIK, B. W. **Introducción a la patopsicología**. La Habana: Editorial CientíficoTécnica, 1979.

ZEIGARNIK, B. W. **Psicopatologia**. Madri: Akal Editor, 1981

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - FORMULÁRIO DO PROJETO DE PESQUISA DIRECIONADO AO COLEGIADO DA UFMS

	<b>UFMS</b> <b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL</b> <b>PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO</b>	Formulário <b>PROJETO DE PESQUISA</b>
---	---	--

#### TÍTULO DO PROJETO:

**"EU NÃO SOU BOM COMO DEVERIA": DESVELANDO O SOFRIMENTO PSÍQUICO DO ALUNO DE MEDICINA À LUZ DA PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL**

#### I – Dados pessoais do DISCENTE

1) CPF 010.470.201-06	2) Nome completo, sem abreviação Adaline Franco Rodrigues	3) RGA 5375247 SPTC GO	
4) Data de nascimento 22/06/1991	5) Gênero ( ) masc. ( X )	6) Nacionalidade Brasileira	7) Endereço eletrônico adalinefranco@gmail.com
8) Titulação: ( ) Graduado ou Especialista ( X ) Mestre		9) Bolsista _____ Não bolsista ( X )	

#### II – Origem ou local de trabalho do ORIENTADOR

10) Campus, Centro, Faculdade ou Instituto – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - Campo Grande, MS – Faculdade de Educação – FAED - PPGEDU

11) Situação funcional ( X ) Docente ( ) Técnico administrativo ( ) Outro	12) Regime de trabalho ( X ) Aposentado ( ) Dedicção exclusiva - DE ( ) Outro Vigência do Contrato:
13) Carga horária semanal destinada à execução deste projeto: ( ) h	

#### III – Enquadramento da solicitação

14) Subárea CNPq ou órgão? 7.08.04.02-8	15) Vigência Início: outubro 2019 Término: setembro 2022	16) Solicitou ou recebeu apoio financeiro de outra instituição ( ) Sim ( X ) Não
--	--	---

---

17) Grupo de Pesquisa no CNPq: GEPPE - Grupo de Estudos e Pesquisa em Psicologia e Educação.

---

18) Linha de pesquisa: Processos Formativos, Práticas Educativas, Diferenças


---

19) Requer parecer do comitê de ética: ( ) Não (X) Humanos ( ) Animais ( ) Bio-segurança

---

20) Situação atual do projeto: (X) Em andamento ( ) Interrompido ( ) Cancelado ( ) Não iniciado

---

Local	Data	Assinatura do DISCENTE
Campo Grande	06 de novembro de 2020	 Adaline Franco Rodrigues

---

---

**IV – APROVAÇÃO DA INSTITUIÇÃO**

---

**ACEITE DO ORIENTADOR**

Data Nome e assinatura do ORIENTADOR

06 de novembro de 2020

  
Sonia da Cunha Urt

---

**(\*) OBSERVAÇÕES:**

---

**COORDENADORIA DE PESQUISA**

Data Parecer Coordenadoria Carimbo e assinatura do COORDENADOR (A) DE PESQUISA

(X) Favorável  
( ) Favorável com ressalvas\*  
( ) Desfavorável

**COLEGIADO DO PROGRAMA**

Data Resolução número Nome e assinatura do PRESIDENTE DO CONSELHO

---

**(\*) OBSERVAÇÕES:**

---

## APÊNDICE B - OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO PARA AUTORIZAÇÃO DE COLETA DE DADOS À REITORIA



Serviço Público Federal  
Ministério da Educação  
**Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul UFMS**



Mineiros, 08 de março de 2021

À  
Ilma Sra.  
**Juliane Rezende Cunha**  
Reitora  
Centro Universitário de Mineiros/GO - UNIFIMES

**Assunto:** Autorização de Coleta de Dados para pesquisa de doutorado  
Senhora Reitora,

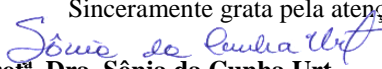
**Adaline Franco Rodrigues**, aluna do Programa de Doutorado em Educação da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul - PPGedu/UFMS, em Campo Grande - MS, está matriculada sob minha orientação na linha de pesquisa "Processos Formativos, Práticas Educativas, Diferenças" com o projeto de Tese a ser desenvolvido intitulado: "O SOFRIMENTO PSÍQUICO DO ALUNO DE MEDICINA À LUZ DA PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL"

Sua proposta é investigar e discutir os processos e determinantes do sofrimento psíquico em alunos de medicina da UniFimes à luz da psicologia histórico-cultural, por isso, solicito gentilmente a autorização de coleta de dados por meio de três etapas: aplicação de questionários e escalas disponibilizados em plataformas digitais (*Google Forms* ou similar, ou ainda utilizando o Sistema SEI), grupo de discussão (Grupo Focal) com os alunos interessados a ser desenvolvido dentro da própria instituição ou de modo virtual a depender do cenário pandêmico no momento da pesquisa e pesquisa documental no Núcleo de atendimento Psicopedagógico. A estimativa para a aplicação do questionário é para o fim do primeiro semestre de 2021 e para o grupo de discussão e pesquisa documental estima-se realização no segundo semestre de 2021 e/ou primeiro semestre de 2022.

Em tempo, ressalvo a importância da pesquisa em investigar os determinantes dos sofrimentos psíquicos e alavancar a percepção dos desencadeadores de estresse, desmotivação e perda da qualidade de vida desses acadêmicos de modo a permitir também uma reflexão sobre os paradigmas profissionais, a autorreflexão a respeito da vocação e personalidade e, por fim, propiciar meios e momentos coletivos e individuais de estratégias para minimizar os sintomas psicopatologizantes. Saliento que os acadêmicos serão resguardados quanto à sua identidade e não sofrerão nenhum risco à exposição física ou moral.

Sem mais para o momento, coloco-me à disposição para quaisquer informações pelos telefones da orientadora: (67) 99998-7301 e da doutoranda (64) 999198789.

Sinceramente grata pela atenção,

  
**Prof.ª Dra. Sônia da Cunha Urt**

Professora Titular Aposentada da UFMS - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.  
Professora Pesquisadora Sênior dos Programas de Pós-Graduação em Educação (PPGedu/UFMS)  
Professora Pesquisadora Sênior dos Programas de Pós-Graduação em Psicologia (PPGpsi/UFMS)  
Diretora da ABEP - Associação Brasileira de Ensino de Psicologia em Mato Grosso do Sul  
Coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisa em Educação e Psicologia - GEPPE/UFMS.

E-mail: [surt@terra.com.br](mailto:surt@terra.com.br)

Curriculo Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/5338193871900977>>

Orcid: <<https://orcid.org/0000-0002-0309-3498>>

Contato: (67) 99998-7301 - Campo Grande / MS



## APÊNDICE C - OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO PARA AUTORIZAÇÃO DE COLETA DE DADOS À COORDENAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA



Serviço Público Federal  
Ministério da Educação  
**Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul UFMS**



Mineiros, 08 de março de 2021

Ao

Ilmo Sr.

**Orseni José R. dos Santos**

Coordenador do Curso de Medicina

Centro Universitário de Mineiros/GO - UNIFIMES

**Assunto:** Autorização de Coleta de Dados para pesquisa de doutorado  
Senhor Coordenador,

**Adaline Franco Rodrigues**, aluna do Programa de Doutorado em Educação da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul - PPGedu/UFMS, em Campo Grande - MS, está matriculada sob minha orientação na linha de pesquisa "Processos Formativos, Práticas Educativas, Diferenças" com o projeto de Tese a ser desenvolvido intitulado: "O SOFRIMENTO PSÍQUICO DO ALUNO DE MEDICINA À LUZ DA PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL"

Sua proposta é investigar e discutir os processos e determinantes do sofrimento psíquico em alunos de medicina da UniFimes à luz da psicologia histórico-cultural, por isso, solicito gentilmente a autorização de coleta de dados por meio de aplicação de questionários e escalas disponibilizados em plataformas digitais (*Google Forms* ou similar, ou ainda utilizando o Sistema SEI) e posteriormente, grupo de discussão com os alunos interessados a ser desenvolvido dentro da própria instituição ou de modo virtual a depender do cenário pandêmico no momento da pesquisa. A estimativa para a aplicação do questionário é para o fim do primeiro semestre de 2021 e o grupo de discussão estima-se realização no segundo semestre de 2021 e/ou primeiro semestre de 2022.

Em tempo, ressalvo a importância da pesquisa em investigar os determinantes dos sofrimentos psíquicos e alavancar a percepção dos desencadeadores de estresse, desmotivação e perda da qualidade de vida desses acadêmicos de modo a permitir também uma reflexão sobre os paradigmas profissionais, a autorreflexão a respeito da vocação e personalidade e, por fim, propiciar meios e momentos coletivos e individuais de estratégias para minimizar os sintomas psicopatologizantes. Saliento que os acadêmicos serão resguardados quanto à sua identidade e não sofrerão nenhum risco à exposição física ou moral.

Sem mais para o momento, coloco-me à disposição para quaisquer informações pelos telefones da orientadora: (67) 99998-7301 e da doutoranda (64) 999198789.

Sinceramente grata pela atenção,

**Profª Dra. Sônia da Cunha Urt**

Professora Titular Aposentada da UFMS - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Professora Pesquisadora Sênior dos Programas de Pós-Graduação em Educação (PPGedu/UFMS)

Professora Pesquisadora Sênior dos Programas de Pós-Graduação em Psicologia (PPGpsi/UFMS)

Diretora da ABEP - Associação Brasileira de Ensino de Psicologia em Mato Grosso do Sul

Coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisa em Educação e Psicologia - GEPPE/UFMS.

E-mail: [surt@terra.com.br](mailto:surt@terra.com.br)

Curriculo Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/5338193871900977>>

Orcid: <<https://orcid.org/0000-0002-0309-3498>>

Contato: (67) 99998-7301 - Campo Grande / MS

## APÊNDICE D - CONVITE PARA A PESQUISA E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AO ALUNO



Serviço Público Federal  
Ministério da Educação

Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



### SOLICITAÇÃO

Solicitação de participação na pesquisa intitulada: **DESVELANDO O SOFRIMENTO PSÍQUICO DO ALUNO DE MEDICINA À LUZ DA PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL**”.

*Querid@ acadêmic@,*

Convidamos você a participar da pesquisa intitulada **DESVELANDO O SOFRIMENTO PSÍQUICO DO ALUNO DE MEDICINA À LUZ DA PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL**, desenvolvida pela Doutoranda Adaline Franco Rodrigues do curso de Doutorado do Departamento de Educação da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul sob a orientação da Profa. Dra. Sônia da Cunha Urt. Para isso, peço que inicialmente leia e assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE):

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidad@ como voluntári@ a participar do estudo **DESVELANDO O SOFRIMENTO PSÍQUICO DO ALUNO DE MEDICINA À LUZ DA PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL** cujo objetivo é Investigar e discutir os processos e determinantes do sofrimento psíquico em alunos de medicina de duas instituições de Ensino Superior de Mineiros - GO à luz da psicologia histórico-cultural e materialismo histórico-dialético.

Acreditamos que esta pesquisa seja importante porque muitas vezes é percebido as crises de certezas que desalojam o estudante de medicina e apresentam frequentemente traços implícitos e explícitos de insatisfação com o curso, com o excesso de atividades, com as metodologias aplicadas, com a relação professor-aluno e aluno-aluno, entre outros, evidenciando um alto nível de estresse, crises de desânimo e por vezes até hiperatividade. Neste sentido, esperamos compreender o contexto histórico-cultural e a influência da formação mercadológica sobre os processos que se organizam no desenvolvimento do sofrimento psíquico do estudante de medicina.

#### **PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO**

A sua participação no referido estudo é voluntária. Após assinar este documento, caso aceite participar desta pesquisa, você irá responder a alguns questionários disponibilizados a partir de **Formulário Eletrônico, em meio virtual e não presencial, considerando a atual conjuntura de isolamento social frente à Pandemia Covid-19**, sendo estes o **questionário de caracterização socioeconômico e cultural**, e três **questionários/escalas/inventários para coleta de dados sobre adoecimento psíquico**.

A etapa seguinte deste projeto consiste na participação de encontros na modalidade de **Grupos Focais, no formato virtual, não presencial, podendo ocorrer de forma síncrona ou assíncrona**, totalizando, no máximo cinco encontros, onde discutiremos temas relacionados à qualidade de vida, motivos e desencadeadores de sofrimento psíquico e perfil e vocação médica. Para este momento da pesquisa você será acionado a participar previamente, com data e horário a serem definidos de acordo com a disponibilidade dos participantes e pesquisador. Os links de acesso para participação do grupo será enviado individualmente via e-mail ou outra forma de correio eletrônico. Os encontros serão gravados por meio de vídeos e gravações de áudio, fotos e anotações. Relembramos que não iremos divulgar nenhuma gravação ou imagens. Utilizaremos somente como fonte de informação ao pesquisador. As anotações e comentários expostos durante estas reuniões poderão ser transcritos em textos divulgados respeitando sempre o sigilo dos participantes da pesquisa com a utilização de pseudônimos.

#### **SIGILO E PRIVACIDADE**

Esteja ciente de que sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, identificar-lhe, será mantido em sigilo. Nós pesquisadores, nos responsabilizaremos pela guarda e confidencialidade dos dados, bem como a não exposição da ligação entre os

dados da pesquisa e a identificação pessoal. O projeto será realizado de acordo com os aspectos éticos recomendados pela Resolução 466/12 e a de nº 510 de 2016..

Sua participação é de extrema importância para o entendimento da saúde física, mental e social dos acadêmicos de medicina, desenvolvimento de recursos que visem a melhora da qualidade de vida da população estudada.

#### **RISCOS E BENEFÍCIOS**

Este estudo emprega técnicas e métodos de pesquisa em que não se realiza nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participam no estudo, por utilizar questionários nos quais não se identifique nem seja invasivo à intimidade do indivíduo. Dentre os riscos mínimos consideramos: ocupação do tempo de outras atividades dos acadêmicos em questão, bem como constrangimento ou dúvidas quanto às respostas.

Benefícios: Os resultados obtidos por meio desta análise serão a base para a geração reflexões e desenvolvimento de intervenções na dinâmica acadêmica dos alunos desta instituição, visando atenuar o sofrimento psíquico destes, bem como permitir autorreflexão e melhora da qualidade de vida e conseqüentemente seu aprendizado. Isso beneficiará a formação de um profissional saudável, apto para desenvolver suas habilidades em benefício da sociedade como um todo.

#### **AUTONOMIA**

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como lhe será garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas conseqüências, enfim, tudo o que queira saber antes, durante e depois da sua participação.

Também poderá se recusar a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e se desejar sair da pesquisa, não sofrerá qualquer prejuízo à assistência que está recebendo.

#### **RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO**

Não haverá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela sua participação. No que se diz respeito ao ressarcimento financeiro, **NÃO HAVERÁ** nenhum gasto por parte dos indivíduos envolvidos na pesquisa, pois este custo será de responsabilidade do pesquisador responsável.

#### **APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA**

Os resultados desta pesquisa serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e no formato de tese.

#### **CONTATO**

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Adaline Franco Rodrigues, Doutoranda do Programa de Pós-graduação de Educação e Dra. Sônia da Cunha Urts, Professora Pesquisadora Sênior da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus Campo Grande. Com eles, você poderá manter contato pelo e-mail: [adalinefranco@gmail.com](mailto:adalinefranco@gmail.com) e pelo telefone (64) 9 9919-8789. Este termo é redigido em formato eletrônico sendo enviado comprovante ao participante da pesquisa e direcionado ao pesquisador.

#### **DECLARAÇÃO**

Declaro que li e entendi todas as informações presentes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tive a oportunidade de discutir as informações deste termo. Todas as minhas perguntas foram respondidas e eu estou satisfeito com as respostas. Entendo que receberei uma via assinada e datada deste documento e que outra via assinada e datada será arquivada nos pelo pesquisador responsável do estudo.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

P.S: Este termo será disponibilizado via plataforma virtual junto aos questionários e será enviado também por e-mail para que seja assinado mediante assinatura digitalizada e encaminhada ao pesquisador.

**PESQUISADORA: ADALINE FRANDO RODRIGUES**  
**CPF: 010.470.201-06**

Campo Grande, 25 de março de 2021

**Caso concorde em participar desta pesquisa, assinale abaixo:**

**[ ] DECLARO QUE FUI DEVIDAMENTE ESCLARECIDO E CONCORDO EM PARTICIPAR VOLUNTARIAMENTE DESTA PESQUISA.**

**Manifestação sobre coleta de dados por meio de observação ou gravação em áudio:**

MARQUE ESTA OPÇÃO SE VOCÊ CONCORDA QUE DURANTE SUA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA SEJA REALIZADA GRAVAÇÃO EM ÁUDIO.

MARQUE ESTA OPÇÃO SE VOCÊ NÃO CONCORDA QUE DURANTE SUA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA SEJA REALIZADA GRAVAÇÃO EM ÁUDIO.

Nome do participante da pesquisa: \_\_\_\_\_

RG OU CPF: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

## ANEXOS

### ANEXO A - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO SOFRIMENTO MENTAL SRQ 20 – SELF REPORT QUESTIONNAIRE

#### QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO SOFRIMENTO MENTAL SRQ 20 – SELF REPORT QUESTIONNAIRE

Agora, por favor, leia as instruções antes de preencher as questões abaixo. É muito importante que tod@s que estão preenchendo o questionário sigam as mesmas instruções. Instruções estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias.

Embora algumas das questões sejam parecidas, há diferenças entre elas e deverá responder a cada uma como uma questão diferente. A melhor maneira de fazê-lo é responder a cada questão rapidamente. Ou seja, não se preocupe em se lembrar o número de vezes que se sentiu de determinada maneira. Em vez disso, assinale a alternativa que lhe pareça uma estimativa razoável.

1. Você tem dores de cabeça frequente?

[ 0 ].Nunca

[ 1 ].Quase Nunca

[ 2 ].Às Vezes

[ 3 ].Pouco Frequente

[ 4 ] Muito Frequente

2. Tem falta de apetite?

[ 0 ].Nunca

[ 1 ].Quase Nunca

[ 2 ].Às Vezes

[ 3 ].Pouco Frequente

[ 4 ] Muito Frequente

3. Dorme mal?

[ 0 ].Nunca

[ 1 ].Quase Nunca

[ 2 ].Às Vezes

[ 3 ].Pouco Frequente

[ 4 ] Muito Frequente

4. Assusta-se com facilidade?

[ 0 ].Nunca

[ 1 ].Quase Nunca

[ 2 ].Às Vezes

[ 3 ].Pouco Frequente

[ 4 ] Muito Frequente

5. Tem tremores nas mãos?

[ 0 ].Nunca

[ 1 ].Quase Nunca

[ 2 ].Às Vezes

[ 3 ].Pouco Frequente

[ 4 ] Muito Frequente

6. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)

[ 0 ].Nunca

[ 1 ].Quase Nunca

[ 2 ].Às Vezes

[ 3 ].Pouco Frequente

[ 4 ] Muito Frequente

7. Tem má digestão?

[ 0 ].Nunca

[ 1 ].Quase Nunca

[ 2 ].Às Vezes

[ 3 ].Pouco Frequente

[ 4 ] Muito Frequente

8. Tem dificuldades de pensar com clareza?

[ 0 ].Nunca

[ 1 ].Quase Nunca

[ 2 ].Às Vezes

[ 3 ].Pouco Frequente

[ 4 ] Muito Frequente

9. Tem se sentido triste ultimamente?

[ 0 ].Nunca

[ 1 ].Quase Nunca

[ 2 ].Às Vezes

[ 3 ].Pouco Frequente

[ 4 ] Muito Frequente

10. Tem chorado mais do que de costume?

[ 0 ].Nunca

[ 1 ].Quase Nunca

[ 2 ].Às Vezes

[ 3 ].Pouco Frequente

[ 4 ] Muito Frequente

11. Encontra dificuldades para fazer com satisfação suas atividades diárias?

[ 0 ].Nunca

[ 1 ].Quase Nunca

[ 2 ].Às Vezes

[ 3 ].Pouco Frequente

[ 4 ] Muito Frequente

12. Tem dificuldades para tomar decisões?

[ 0 ].Nunca

- [ 1 ].Quase Nunca
- [ 2 ].Às Vezes
- [ 3 ].Pouco Frequente
- [ 4 ] Muito Frequente

13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho causa-lhe sofrimento?)

- [ 0 ].Nunca
- [ 1 ].Quase Nunca
- [ 2 ].Às Vezes
- [ 3 ].Pouco Frequente
- [ 4 ] Muito Frequente

14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?

- [ 0 ].Nunca
- [ 1 ].Quase Nunca
- [ 2 ].Às Vezes
- [ 3 ].Pouco Frequente
- [ 4 ] Muito Frequente

15. Tem perdido o interesse pelas coisas?

- [ 0 ].Nunca
- [ 1 ].Quase Nunca
- [ 2 ].Às Vezes
- [ 3 ].Pouco Frequente
- [ 4 ] Muito Frequente

16. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?

- [ 0 ].Nunca
- [ 1 ].Quase Nunca
- [ 2 ].Às Vezes

- [ 3 ].Pouco Frequente
- [ 4 ] Muito Frequente

17. Tem tido ideia de acabar com a vida?

- [ 0 ].Nunca
- [ 1 ].Quase Nunca
- [ 2 ].Às Vezes
- [ 3 ].Pouco Frequente
- [ 4 ] Muito Frequente

18. Sente-se cansado(a) o tempo todo?

- [ 0 ].Nunca
- [ 1 ].Quase Nunca
- [ 2 ].Às Vezes
- [ 3 ].Pouco Frequente
- [ 4 ] Muito Frequente

19. Você se cansa com facilidade?

- [ 0 ].Nunca
- [ 1 ].Quase Nunca
- [ 2 ].Às Vezes
- [ 3 ].Pouco Frequente
- [ 4 ] Muito Frequente

20. Tem sensações desagradáveis no estômago?

- [ 0 ].Nunca
- [ 1 ].Quase Nunca
- [ 2 ].Às Vezes
- [ 3 ].Pouco Frequente
- [ 4 ] Muito Frequente

## ANEXO B - TESTE DASS 21 DE ESCALA DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE

### ESCALA DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE TESTE DASS 21

Agora você irá responder um teste de depressão, ansiedade e stress que mede os níveis desses transtornos a partir de comportamentos e sensações experimentados nos últimos sete dias. Por favor, leia cada afirmativa e marque a resposta que indique quanto ela se aplicou a você durante a última semana.

**1. Achei difícil me acalmar**

- Não se aplicou de maneira alguma
- Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo
- Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo
- Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo

**2. Senti minha boca seca**

- Não se aplicou de maneira alguma
- Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo
- Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo
- Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo

**3. Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo**

- Não se aplicou de maneira alguma
- Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo
- Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo
- Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo

**4. Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico)**

- Não se aplicou de maneira alguma
- Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo
- Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo
- Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo

**5. Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas**

- Não se aplicou de maneira alguma
- Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo
- Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo
- Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo

**6. Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações**

- Não se aplicou de maneira alguma
- Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo
- Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo
- Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo

**7. Senti tremores (ex. nas mãos)**

- Não se aplicou de maneira alguma
- Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo
- Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo
- Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo

**8. Senti que estava sempre nervoso**

- Não se aplicou de maneira alguma
- Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo
- Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo
- Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo

**9. Preocupe-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo (a)**

- Não se aplicou de maneira alguma
- Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo
- Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo
- Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo

**10. Senti que não tinha nada a desejar**

- Não se aplicou de maneira alguma
- Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo

- Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo  
 Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo
- 11.Senti-me agitado**  
 Não se aplicou de maneira alguma  
 Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo  
 Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo  
 Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo
- 12.Achei difícil relaxar**  
 Não se aplicou de maneira alguma  
 Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo  
 Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo  
 Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo
- 13.Senti-me depressivo (a) e sem ânimo**  
 Não se aplicou de maneira alguma  
 Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo  
 Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo  
 Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo
- 14.Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo**  
 Não se aplicou de maneira alguma  
 Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo  
 Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo  
 Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo
- 15.Senti que ia entrar em pânico**  
 Não se aplicou de maneira alguma  
 Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo  
 Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo  
 Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo
- 16.Não consegui me entusiasmar com nada**  
 Não se aplicou de maneira alguma  
 Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo  
 Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo  
 Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo
- 17.Senti que não tinha valor como pessoa**  
 Não se aplicou de maneira alguma  
 Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo  
 Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo  
 Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo
- 18.Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais**  
 Não se aplicou de maneira alguma  
 Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo  
 Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo  
 Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo
- 19.Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca)**  
 Não se aplicou de maneira alguma  
 Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo  
 Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo  
 Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo
- 20.Senti medo sem motivo**  
 Não se aplicou de maneira alguma  
 Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo  
 Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo  
 Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo
- 21.Senti que a vida não tinha sentido**  
 Não se aplicou de maneira alguma  
 Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo  
 Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo  
 Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo





## ANEXO C - QVA-r QUESTIONÁRIO DE VIVÊNCIA ACADÊMICA

### QUESTIONÁRIO DE VIVÊNCIA ACADÊMICA

*QVA-r*

Mantenha a calma, estamos quase chegando ao fim!

Agora você irá responder um questionário que procura avaliar as dimensões pessoais, relacionais e institucionais da sua adaptação ao contexto universitário.

#### 1. Gênero:

- Masculino
- Feminino
- Homem transgênero
- Mulher Transgênero
- Homem Transexual
- Mulher Transexual
- Não sei responder
- Prefiro não responder
- Outros

#### 2. Orientação sexual:

- heterossexual
- homossexual
- bissexual
- assexual
- outros
- não se classifica
- prefiro não responder

#### 3. Idade: \_\_\_\_\_

#### 4. Curso atual: \_\_\_\_\_

#### 5. Período em que está matriculado: \_\_\_\_\_

#### 6. Ano de entrada na instituição: \_\_\_\_\_

#### 7. Além de estudar, você exerce alguma atividade profissional remunerada? sim não.

##### Se exerce, esta atividade ocupa:

- apenas um período do dia
- períodos alternados, final de semana ou sem horário fixo
- tempo integral

#### 8. Este curso e universidade em que entrei corresponde à minha:

- 1ª opção  2ª opção  3ª opção  Outra

#### 9. Neste momento, minha intenção é:

Continuar o curso atual  sim  não.

Manter-me aqui, no Campus?  sim  não.

#### 10. Já se transferiu de curso ou instituição superior? sim não.

#### 11. Vim para a universidade para/porque (escolha apenas UMA alternativa)

- preparar-me para uma profissão.
- tornar-me uma pessoa culta e com mais formação.
- os meus pais esperavam isso de mim.
- ter mais oportunidades sociais.
- os meus amigos também estão no Ensino Superior.

- conhecer-me melhor.  
 Outra (especifique) \_\_\_\_\_

**12. A entrada no ensino superior implicou a minha saída de casa?**

- sim  
 não

**Se sim, atualmente você reside**

- numa república/pensão (casa ou apartamento com estudantes)  
 sozinho  
 com familiares

**13. Aqui na universidade desempenho algum tipo de função acadêmica ou associativa?**

- sim  
 não

**Se sim, qual/quais?**

- Representante de estudantes (Centro Acadêmico, Atlética, DCE, outros).  
 Monitoria ou projeto de extensão/pesquisa (PET, Pibic, Pibit, etc.)

**2ª PARTE do questionário:**

Por meio deste questionário, pretende-se conhecer suas opiniões e sentimentos em relação a diversas situações e vivências acadêmicas. Algumas delas têm a ver com situações dentro da sua Universidade, outras, com acontecimentos fora dela. Todas procuram abranger as suas experiências cotidianas enquanto estudante do Ensino Superior. Assegurando a confidencialidade das respostas, solicitamos que preencha o questionário de acordo com sua trajetória e o atual momento acadêmico. Agradecemos a total honestidade nas suas respostas. Responda de acordo com sua opinião ou sentimento da seguinte maneira: - CIRCULE, numa escala de até 5 pontos, a alternativa que achar mais adequada, sendo:

- [1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.  
 [2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.  
 [3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.  
 [4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.  
 [5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**IMPORTANTE:** - Não deixe nenhuma questão sem responder. - Antes de começar, certifique-se que compreendeu o que pretendemos e a forma de responder. - Não existe um tempo limite para o preenchimento, entretanto, procure não dedicar muito tempo para responder.

**1. Faço amigos com facilidade na minha Universidade.**

- [1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.  
 [2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.  
 [3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.  
 [4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.  
 [5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**2. Acredito que posso concretizar meus valores na profissão que escolhi.**

- [1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.  
 [2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

- [3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.  
 [4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.  
 [5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**3. Mesmo que pudesse não mudaria de Universidade.**

- [1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.  
 [2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.  
 [3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.  
 [4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.  
 [5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**4. Costumo ter variações de humor.**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**5. Olhando para trás, consigo identificar as razões que me levaram a escolher este curso.**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**6. Nos estudos não estou conseguindo acompanhar o ritmo dos meus colegas de turma.**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**7. Escolhi bem o curso que frequento.**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**8. Tenho boas qualidades para a área profissional que escolhi.**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**9. Sinto-me triste ou abatido(a).**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**10. Administro bem meu tempo.**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**11. Ultimamente me sinto desorientado(a) e confuso(a).**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**12. Gosto da Universidade em que estudo.**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**13. Há situações em que sinto que estou perdendo o controle.**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**14. Sinto-me envolvido com o meu curso.**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**15. Conheço bem os serviços oferecidos pela minha Universidade.**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**16. Gostaria de concluir o meu curso na instituição que agora frequento.**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**17. Nos últimos tempos me tornei mais pessimista.**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**18. O curso que estou fazendo foi determinado, sobretudo, pela facilidade de acesso**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**19. Meus colegas têm sido importantes para meu crescimento pessoal.**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**20. Minha trajetória universitária corresponde às minhas expectativas profissionais.**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**21. Sinto cansaço e sonolência durante o dia.**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**22. Acredito que o meu curso me possibilitará realização profissional.**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**23. Sinto confiança em mim próprio(a).**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**24. Acredito possuir bons amigos na universidade.**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**25. Sinto-me saudável e com um bom ritmo de trabalho.**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**26. Sinto-me mais isolado(a) das outras pessoas de algum tempo para cá.**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**27. Tenho desenvolvido amizades satisfatórias com os meus colegas de curso.**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**28. Tenho momentos de angústia.**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**29. Utilizo a biblioteca da Universidade.**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**30. Tenho dificuldades em achar um(a) colega que me ajude num problema pessoal.**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**31. Não consigo me concentrar numa tarefa durante muito tempo.**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**32. Faço um planejamento diário das coisas que tenho para fazer.**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**33. Tenho boas relações de amizade com colegas de ambos os sexos.**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**34. Consigo manter o trabalho escolar sempre em dia.**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**35. A minha incapacidade para gerir bem o tempo leva-me a ter más notas.**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**36. Quando conheço novos colegas, não sinto dificuldade em iniciar uma conversa.**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**37. Escolhi o curso que me parece mais de acordo com as minhas aptidões e capacidades.**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**38. Sou visto como uma pessoa amigável e simpática.**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**39. Penso em muitas coisas que me deixam triste.**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**40. Procuro conviver com os meus colegas fora dos horários das aulas.**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**41. Sei estabelecer prioridades no que diz respeito à organização do meu tempo.**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**42. Tomo a iniciativa de convidar os meus amigos para sair.**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**43. Minhas relações de amizade são cada vez mais estáveis, duradouras e independentes.**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**44. Faço boas anotações das aulas.**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**45. Sinto-me fisicamente debilitado(a).**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**46. A instituição de ensino que frequento não me desperta interesse.**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**47. Consigo ser eficaz na minha preparação para as provas.**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**48. A biblioteca da minha Universidade está bem equipada**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**49. Procuo sistematizar/organizar a informação dada nas aulas.**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.



[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**50. Simpatizo com a cidade onde se situa a minha Universidade.**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**51. Tenho dificuldades em tomar decisões.**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**52. Sinto-me desiludido(a) com o meu curso.**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**53. Tenho capacidade para estudar.**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**54. Meus gostos pessoais foram decisivos na escolha do meu curso.**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**55. Tenho me sentido ansioso(a).**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**56. Estou no curso que sempre sonhei.**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**57. Sou pontual na chegada às aulas.**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**58. A minha Universidade tem boa infraestrutura**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**59. Não consigo estabelecer uma boa proximidade com meus colegas.**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**60. Mesmo que pudesse, não mudaria de curso.**

[1] Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.

[2] Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.

[3] Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.

[4] Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.

[5] Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

**ANEXO D - QUESTIONÁRIO PARA CRITÉRIO PADRÃO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA - BRASIL**

<b>QUESTIONÁRIO DE CLASSIFICAÇÃO SÓCIOECONÔMICA</b>	
<p>Estamos na reta final! Este é o último questionário e pretende somente realizar a sua caracterização socioeconômica seguindo o Critério Padrão de Classificação Econômica – Brasil/2019.  <b>É importante destacar que as resposta deste e dos demais questionários serão mantidos em sigilo e não influenciarão em nenhum aspecto na sua relação acadêmica (acessos, bolsas, benefícios, notas ou frequência).</b></p>	
<p><b>1 - Religião:</b> _____                      Com que frequência participa de atividades religiosas:  <input type="checkbox"/> nunca participa  <input type="checkbox"/> menos de uma vez por semana  <input type="checkbox"/> uma vez por semana  <input type="checkbox"/> mais de uma vez por semana</p> <p><b>2 - Profissão da mãe</b> (ou responsável/chefe da família): _____</p> <p><b>3- Grau de escolaridade da mãe (ou responsável/chefe da família):</b>  <input type="checkbox"/> analfabeto / ensino fundamental 1 incompleto (1ª a 4ª série)  <input type="checkbox"/> ensino fundamental 1 completo (1ª a 4ª série) / ensino fundamental 2 (5ª a 8ª série) incompleto  <input type="checkbox"/> ensino fundamental completo / ensino médio incompleto</p>	<p><input type="checkbox"/> ensino médio completo / superior incompleto  <input type="checkbox"/> superior completo</p> <p><b>4- Profissão do pai</b> (ou responsável/chefe da família): _____</p> <p><b>5- Grau de escolaridade do pai</b> (ou responsável/chefe da família):  <input type="checkbox"/> analfabeto / ensino fundamental 1 incompleto (1ª a 4ª série)  <input type="checkbox"/> ensino fundamental 1 completo (1ª a 4ª série) / ensino fundamental 2 (5ª a 8ª série) incompleto  <input type="checkbox"/> ensino fundamental completo / ensino médio incompleto  <input type="checkbox"/> ensino médio completo / superior incompleto  <input type="checkbox"/> superior completo</p>
<p>Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.</p> <p style="text-align: center;"><b>VAMOS COMEÇAR?</b></p> <p>Para cada item (linha) da tabela abaixo, assinale o número correspondente à quantidade que existe em sua casa DE ORIGEM (CASA DA SUA FAMÍLIA):</p>	
<p><b>6. Televisão (imagem colorida)</b>  <input type="checkbox"/> não tem  <input type="checkbox"/> tem 1  <input type="checkbox"/> tem 2  <input type="checkbox"/> tem 3  <input type="checkbox"/> tem 4 ou mais</p> <p><b>7. Banheiro</b>  <input type="checkbox"/> não tem  <input type="checkbox"/> tem 1  <input type="checkbox"/> tem 2  <input type="checkbox"/> tem 3  <input type="checkbox"/> tem 4 ou mais</p> <p><b>8. Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular</b>  <input type="checkbox"/> não tem  <input type="checkbox"/> tem 1  <input type="checkbox"/> tem 2  <input type="checkbox"/> tem 3  <input type="checkbox"/> tem 4 ou mais</p>	<p><b>9. Empregado(a) mensalista (considerar apenas aquele que trabalha pelo menos 5 dias por semana)</b>  <input type="checkbox"/> não tem  <input type="checkbox"/> tem 1  <input type="checkbox"/> tem 2  <input type="checkbox"/> tem 3  <input type="checkbox"/> tem 4 ou mais</p> <p><b>10. Máquina de lavar (não considerar o “tanquinho” elétrico).</b>  <input type="checkbox"/> não tem  <input type="checkbox"/> tem 1  <input type="checkbox"/> tem 2  <input type="checkbox"/> tem 3  <input type="checkbox"/> tem 4 ou mais</p> <p><b>11. Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca</b>  <input type="checkbox"/> não tem</p>

- tem 1
- tem 2
- tem 3
- tem 4 ou mais

**12. DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel**

- não tem
- tem 1
- tem 2
- tem 3
- tem 4 ou mais

**13. Geladeira simples (não duplex)**

- não tem
- tem 1
- tem 2
- tem 3
- tem 4 ou mais

**14. Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)**

- não tem
- tem 1
- tem 2
- tem 3
- tem 4 ou mais

**15. Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones**

- não tem
- tem 1
- tem 2
- tem 3
- tem 4 ou mais

**16. Quantidade de lavadora de louças**

- não tem
- tem 1
- tem 2
- tem 3
- tem 4 ou mais

**17. Quantidade de fornos de micro-ondas**

- não tem
- tem 1
- tem 2
- tem 3
- tem 4 ou mais

**18. Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional**

- não tem
- tem 1
- tem 2
- tem 3

- tem 4 ou mais

**19. A água utilizada neste domicílio é proveniente de?**

- Rede geral de distribuição
- Poço ou nascente
- Outro meio Considerando o trecho da rua do seu domicílio,

**20. Você diria que a rua é:**

- Asfaltada/Pavimentada
- Terra/Cascalho

**21. Em que seu pai trabalha ou trabalhou, na maior parte da vida?**

- Na agricultura, no campo, em fazenda ou na pesca.
- Na indústria.
- Na construção civil.
- No comércio, banco, transporte, hotelaria ou outros serviços.
- Médico em serviço público ou privado.
- Outra formação da área da saúde
- professor DA REDE PÚBLICA OU PRIVADA,
- Funcionário público do governo federal, estadual ou municipal DE OUTRAS ÁREAS.
- Profissional liberal de outras áreas, técnico ou de nível superior.
- Trabalhador fora de casa em atividades informais (pintor, eletricista, encanador, feirante, ambulante, guardador de carros, catador de lixo etc.).
- Trabalha em sua casa em serviços (alfaiataria, cozinha, aulas particulares, artesanato, carpintaria, marcenaria etc.).
- Trabalhador doméstico em casa de outras pessoas (faxineiro, cozinheiro, mordomo, motorista particular, jardineiro, vigia, acompanhante de idosos/as etc.),
- No lar (sem remuneração).
- Não trabalha.
- Não sei.

**22. Em que sua mãe trabalha ou trabalhou, na maior parte da vida?**

- Na agricultura, no campo, na fazenda ou na pesca.
- Na indústria.
- Na construção civil.
- No comércio, banco, transporte, hotelaria ou outros serviços.
- Médico em serviço público ou privado.
- Outra formação da área da saúde
- professor DA REDE PÚBLICA OU PRIVADA,
- Funcionário público do governo federal, estadual ou municipal DE OUTRAS ÁREAS.
- Profissional liberal de outras áreas, técnico ou de nível superior.

Trabalhadora fora de casa em atividades informais (feirante, ambulante, guardadora de carros, catadora de lixo etc.).

Trabalha em sua casa em serviços (costura, aulas particulares, cozinha, artesanato etc.).

Como trabalhadora doméstica em casa de outras pessoas (cozinheira, arrumadeira, governanta, babá, lavadeira, faxineira, acompanhante de idosos/as etc.).

No lar (sem remuneração).

Outro.

Não trabalha.

Não sei.

**23. Somando a sua renda com a renda das pessoas que moram com você, quanto é, aproximadamente, a renda familiar? (Considere a renda de todos que moram na sua casa, incluindo trabalho e renda por propriedades.)**

Até 1 salário mínimo (até R\$ 1.100,00 inclusive).

De 1 a 2 salários mínimos (de R\$ 1.100,00 até R\$ 2.200,00 inclusive).

De 2 a 5 salários mínimos (de R\$ 2.200,00 até R\$ 5.500,00 inclusive).

De 5 a 10 salários mínimos (de R\$ 5.500,00 até R\$ 11.000,00 inclusive).

De 10 a 30 salários mínimos (de R\$ 11.000,00 até R\$ 33.000,00 inclusive).

De 30 a 50 salários mínimos (de R\$ 33.000,00 até R\$ 55.000,00 inclusive).

Mais de 50 salários mínimos (mais de R\$ 55.000,00).

Sem nenhuma renda.

**24. Como você se considera:**

Branco(a).

Pardo(a).

Preto(a).

Amarelo(a).

Indígena.

**25. Você trabalha, ou já trabalhou, ganhando algum salário ou rendimento?**

Trabalho, estou empregado com carteira de trabalho assinada.

Trabalho, mas não tenho carteira de trabalho assinada.

Trabalho por conta própria, não tenho carteira de trabalho assinada.

Já trabalhei, mas não estou trabalhando.

Nunca trabalhei.

Nunca trabalhei, mas estou procurando trabalho.

**26. Você trabalhou ou teve alguma atividade remunerada durante seus estudos?**

Sim, todo o tempo.

Sim, menos de 1 ano.

Sim, de 1 a 2 anos.

Sim, de 2 a 3 anos.

Sim, mais de 3 anos.

Não.

**27. Quantas horas você trabalhava durante seus estudos?**

Sem jornada fixa, até 10 horas semanais.

De 11 a 20 horas semanais.

De 21 a 30 horas semanais.

De 31 a 40 horas semanais.

Mais de 40 horas semanais.

**28. Com que finalidade você trabalhava enquanto estudava? (Marque apenas uma.)**

Para ajudar meus pais nas despesas com a casa, sustentar a família.

Para meu sustento e o de minha família (esposo/a, filhos/as etc.)

Para ser independente (ter meu sustento, ganhar meu próprio dinheiro).

Para adquirir experiência.

Para ajudar minha comunidade.

Outra finalidade.

Nunca trabalhei enquanto estudava.

**29. Se você trabalhou durante seus estudos, com que idade você começou a exercer atividade remunerada?**

Antes dos 14 anos.

Entre 14 e 16 anos.

Entre 17 e 18 anos.

Após 18 anos.

Nunca trabalhei enquanto estudava.

**30. Se você está trabalhando atualmente ou possui alguma renda por propriedades ou qualquer fonte de renda, qual a sua renda ou seu salário mensal?**

Até 1 salário mínimo (até R\$ 1.100,00 inclusive).

De 1 a 2 salários mínimos (de R\$ 1.100,00 até R\$ 2.200,00 inclusive).

De 2 a 5 salários mínimos (de R\$ 2.200,00 até R\$ 5.500,00 inclusive).

De 5 a 10 salários mínimos (de R\$ 5.500,00 até R\$ 11.000,00 inclusive).

De 10 a 30 salários mínimos (de R\$ 11.000,00 até R\$ 33.000,00 inclusive).

De 30 a 50 salários mínimos (de R\$ 33.000,00 até R\$ 55.000,00 inclusive).

Mais de 50 salários mínimos (mais de R\$ 55.000,00).

Não estou trabalhando.



## ANEXO E - Autorização para Pesquisa pelo Pró-Reitor de Ensino da UNIFIMES



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MINEIROS**  
**PRÓ-REITORIA DE ENSINO, DE PESQUISA E DE EXTENSÃO**

Mineiros, GO, 19 de março de 2021.

Ofício 006/PROEPE/2021

Ilma. Sr<sup>(a)</sup>. Profa. Dra. Sônia da Cunha Urt e pós-graduanda Adaline Franco Rodrigues

Ref. Autorização para pesquisa de doutorado em Educação na UNIFIMES/GO

Inicialmente quero cumprimentar a Profa. Dra. Sônia da Cunha Urt (orientadora) e a doutoranda Adaline Franco Rodrigues, parabenizando-as pelo projeto de pesquisa. Neste ofício resposta venho registrar minha autorização para a realização do estudo em tela, considerando a natureza que o mesmo possui, bem como as contribuições que a investigação poderá oferecer.

Gostaria que os resultados da pesquisa, após finalizada, além de publicar os dados em ambientes científicos, fossem discutidos com a instituição, com o intuito de colaborar com ações institucionais relativas aos "processos formativos e práticas educativas", que por sinal são aspectos centrais da linha de pesquisa a qual está vinculada no Programa de Pós-Graduação em Educação.

Atenciosamente,

Prof<sup>o</sup> Dr. Evandro Salvador A. Oliveira  
Pró-Reitor de Ensino, Pesquisa e Extensão  
PROEPE | UNIFIMES

*Evandro Salvador A. Oliveira*  
Prof. Dr. Evandro Salvador Alves de Oliveira  
Pró-Reitor de Ensino, de Pesquisa e de Extensão  
UNIFIMES

**ANEXO F – Autorização de pesquisa pelo Coordenador do Curso de Medicina.**



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MINEIROS  
CURSO DE MEDICINA



Mineiros, 17 de março de 2021.

Ofício Nº 022/2021/Medicina

À ADALINE FRANCO RODRIGUES

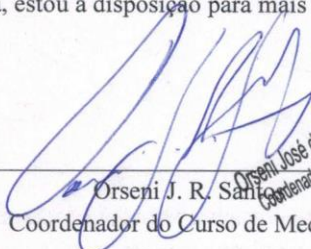
Ref.: Autorização de Pesquisa

Prezada Adaline,

É com muita satisfação que recebemos a sua solicitação junto ao Curso de Medicina desta IES, para pesquisa proposta no Programa de Doutorado em Educação da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul - PPGedu/UFMS, em Campo Grande - MS, na linha de pesquisa "Processos Formativos, Práticas Educativas, Diferenças" com o projeto de Tese a ser desenvolvido intitulado: "O SOFRIMENTO PSÍQUICO DO ALUNO DE MEDICINA À LUZ DA PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL".

Venho, através deste, informar que a coordenação do Curso de Medicina da UNIFIMES, unidade Mineiros, não vê nenhuma restrição para a realização da pesquisa proposta, sendo que no tocante a esta coordenação de curso tem aval, no entanto, sugiro que obtenha as demais autorizações junto à Pro-Reitoria de Ensino, Pesquisa e Extensão - PROEPE e junto à Reitoria.

Qualquer dúvida, estou à disposição para mais esclarecimentos.

  
Orseni J. R. Santos  
Coordenador do Curso de Medicina

Orseni José dos Reis dos Santos  
Coordenador do Curso de Medicina



## ANEXO G - APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA PELO COLEGIADO DA UFMS

05/11/2020

SEI/UFMS - 2234923 - Resolução



Serviço Público Federal  
Ministério da Educação  
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



RESOLUÇÃO Nº 209, DE 05 DE NOVEMBRO DE 2020.

A PRESIDENTE DO COLEGIADO DOS CURSOS DE MESTRADO E DOUTORADO EM EDUCAÇÃO da Faculdade de Educação da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, no uso de suas atribuições legais resolve, **ad referendum**:

Art. 1º Tornar público o resultado da Análise do Projeto de Pesquisa do Processo Seletivo para o Curso de Doutorado em Educação (Dinter), conforme Edital nº 4, de 06 de outubro de 2020.

ADALINE FRANCO RODRIGUES - APROVADA  
AMAURI OLIVEIRA SILVA - APROVADO  
CLEIA SIMONE FERREIRA - APROVADA  
DIOVANA FERREIRA DE OLIVEIRA THIAGO - APROVADA  
IRENE SILVA DE ABREU - APROVADA  
JOÃO CHARLESDAN AMORIM SILVA - REPROVADO  
KATYA BONFIM ATAIDES SMILJANIC - APROVADA  
KELLY CRISTINA DA SILVA RUAS - APROVADA  
MAXLEI VINICIUS CÂNDIDO DE FREITAS - APROVADO  
SABRINA BORGES RAMOS DE CARVALHO - APROVADA  
SAMANTHA FERREIRA DA COSTA MOREIRA - APROVADA  
STELAMARA SOUZA PEREIRA - APROVADA  
WANDA PEREIRA DE LIMA - APROVADA

FABIANY DE CÁSSIA TAVARES SILVA

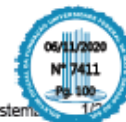


Documento assinado eletronicamente por Fabiany de Cassia Tavares Silva, Coordenador(a) de Curso de Pós-graduação, em 05/11/2020, às 09:12, conforme horário oficial de Mato Grosso do Sul, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

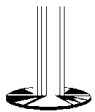


A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufms.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufms.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador 2234923 e o código CRC 0547FEDB.

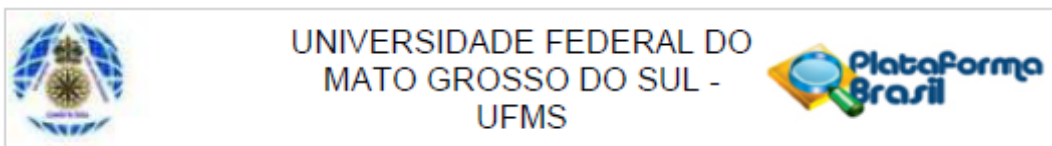
[https://sei.ufms.br/sei/controlador.php?acao=documento\\_imprimir\\_web&acao\\_origem=arvore\\_visualizar&id\\_documento=2724414&infra\\_sistema](https://sei.ufms.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=2724414&infra_sistema)



**ANEXO H - Cronograma De Execução Física Do Projeto**

 <b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL/ PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO</b> <b>CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO FÍSICA DO PROJETO</b>	ANO: 2020												ANO: 2021											
	MÊS DE EXECUÇÃO												MÊS DE EXECUÇÃO											
	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Realização das disciplinas exigidas pelo doutorado e Elaboração do Projeto de Pesquisa	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X														
Submissão para aprovação em colegiado PPGEduc																								
Submissão Comitê de Ética UFMS																								
Solicitação de autorização para realização da pesquisa na UniFimes													X	X										
Contato com os discentes - convite a participar da pesquisa - questionários e escalas via plataformas virtuais														X	X	X								
Elaboração de artigos com dados bibliográficos														X	X									
Grupos focais																X	X	X						
Análise e tabulação dos dados																			X					
Elaboração dos capítulos da Tese																			X					
Elaboração de artigos/capítulos de livros oriundos dos dados coletados																			X	X	X			
Correção do texto da Tese para qualificação																				X	X	X	X	
	ANO: 2022												ANO: 2022											
	MÊS DE EXECUÇÃO												MÊS DE EXECUÇÃO											
	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
										X														
Qualificação da Tese													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Correção pós qualificação																								
Defesa da Tese																								X
Entrega do relatório – Tese após correção e considerações da banca de avaliação																								X

## ANEXO I - Parecer Consubstanciado do CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** "EU NÃO SOU BOM COMO DEVERIA": DESVELANDO O SOFRIMENTO PSÍQUICO DO ALUNO DE MEDICINA À LUZ DA PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL

**Pesquisador:** Adaline Franco Rodrigues

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 45433621.0.0000.0021

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.754.357

#### Apresentação do Projeto:

O estudo pretende investigar e discutir os processos e determinantes do sofrimento psíquico em alunos de medicina de uma instituição de Ensino Superior de Mineiros - GO à luz da psicologia histórico-cultural.

#### Objetivo da Pesquisa:

##### OBJETIVO GERAL

Investigar e discutir os processos que compreendem o sofrimento psíquico no aluno de Medicina de uma instituição de Ensino Superior de Mineiros - GO à luz da psicologia histórico-cultural.

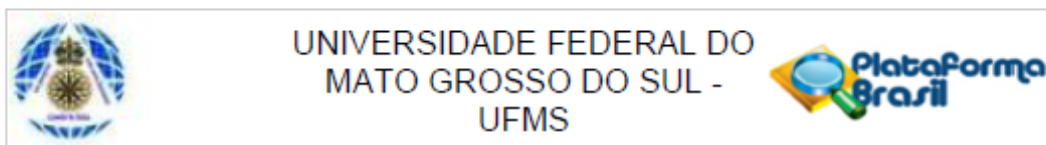
##### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Inventariar o percurso e os paradigmas na formação e na profissão médica partindo-se do método investigativo histórico-cultural de Vigotski.
- Relacionar a ideologia correspondente acerca do elitismo da profissão médica e formação mercadológica inerente ao capitalismo.
- Caracterizar socioeconomicamente os acadêmicos de Medicina das instituições observadas.
- Levantar as condições de adoecimento e sofrimento mental dos estudantes observados.
- Apreender conceitos, ideias, opiniões, sentimentos, preconceitos, ações e valores individuais e

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ç Prédio das Pró-Reitorias çHércules Maymone ç 1º andar  
Bairro: Pioneiros CEP: 70.070-900  
UF: MS Município: CAMPO GRANDE  
Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: cepconep.propp@ufms.br

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ç Prédio das Pró-Reitorias çHércules Maymone ç 1º andar  
Bairro: Pioneiros CEP: 70.070-900  
UF: MS Município: CAMPO GRANDE  
Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: cepconep.propp@ufms.br

Página 06 de 07



Continuação do Parecer: 4.754.357

Outros	RAO_DE_CLASSIFICACAO_ECONOMI CA.pdf	13:51:28	Rodrigues	Aceito
Orçamento	orcamento_pesquisa_adaline.pdf	22/03/2021 13:46:52	Adaline Franco Rodrigues	Aceito
Folha de Rosto	CEP_Adaline_Franco_Rodrigues.pdf	22/03/2021 13:39:46	Adaline Franco Rodrigues	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CAMPO GRANDE, 04 de Junho de 2021

---

**Assinado por:**  
**Juliana Dias Reis Pessalacia**  
(Coordenador(a))