

Grupos reflexivos com estudantes de medicina da liga de saúde mental como estratégia de mudanças

Reflexive groups with medical students from the mental health league as a strategy for change

Denise Ribeiro Barreto Mello (<https://orcid.org/0000-0002-4875-6769>)¹

Francisco Ortega (<https://orcid.org/0000-0002-5039-9449>)²

Manuela Rodrigues Müller (<https://orcid.org/0000-0002-7851-9000>)³

Paulo Cavalcante Apratto Júnior (<https://orcid.org/0000-0001-7919-2292>)⁴

Abstract *This paper set out to present the outcomes of qualitative research conducted with medical students of a Mental Health and Psychiatry League (LASMP). Its objectives were to sensitize them to perceive themselves as people and provide them with other rationales different from biomedical ways of thinking. The reflexive groups, within the culture circle, provided an opportunity for an exchange of ideas, time for reflection and sharing of fully formed daily experiences. They were configured as a strategy of change and awakening to rethink models of health more focused on healthcare than on diseases. Participant observation enabled revealing, through the narratives, particularities of the experiences, discourses and culture of the group itself. The analyses were carried out using the reflexivity method (Bourdieu, 2001; 2004), as it permits the systematic deepening of the contents of the narratives. Without any pretension of synthesis, the reflexive course on the narratives started from the assumptions of thought and actions to arrive at the constructed and shared meanings. They offered possibilities of transforming the way of perceiving the world of work, themselves, and the people around them; of changing the understanding of mental health beyond the individual level.*

Key words *Students, Medicine, Mental health*

Resumo *O trabalho apresenta os resultados de uma pesquisa qualitativa realizada com estudantes de medicina de uma Liga de Saúde Mental e Psiquiatria (LASMP). Teve como objetivos sensibilizá-los para perceber a si mesmos como pessoas e instrumentalizá-los com outras racionalidades distintas das formas de pensamento biomédicas. Os grupos reflexivos, por meio do círculo de cultura, ofereceram espaço de livre circulação da palavra, tempo para reflexões e compartilhamento de experiências cotidianas vividas em plena formação. Configuraram-se como estratégia de mudança e um despertar para repensar modelos de saúde mais voltados para o cuidado do que para doenças. A observação participante permitiu descortinar, por meio das narrativas, particularidades das experiências, dos discursos e da cultura do próprio grupo. As análises foram realizadas pelo método da reflexividade (Bourdieu, 2001; 2004), por permitir o aprofundamento sistemático dos conteúdos das narrativas. Sem pretensão de síntese, o percurso reflexivo sobre as narrativas partiu dos pressupostos do pensamento e das ações para chegar aos sentidos construídos e partilhados. Ofereceram possibilidades de transformação do modo de ver o mundo do trabalho, a si mesmos e as pessoas a sua volta; de mudança na compreensão da saúde mental para além do plano individual.*

Palavras-chave *Estudantes, Medicina, Saúde mental*

¹ UniRedentor. Av. Pres. Dutra 1155, Cidade Nova. 28300-000 Itaperuna RJ Brasil. deniserbmello@gmail.com

² Institució Catalana de Recerca i Estudis Avançats. Barcelona Espanha.

³ Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro RJ Brasil.

⁴ Universidade do Grande Rio (Unigranrio). Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introdução

A saúde mental foi definida pela Organização Mundial de Saúde¹, em uma dimensão positiva, como bem-estar subjetivo, auto eficácia percebida, autonomia, competência, pertencimento, auto realização, englobando também dimensões psicológicas, sociais, ambientais, culturais, econômicas.

Percebe-se nessa definição uma polarização que não dá espaço para sofrimento, adversidades, superação de dificuldades, esforço para contornar obstáculos, necessidades adaptativas, resiliência ou outras questões que fazem parte do cotidiano das pessoas e que não são propriamente doenças. Mal-estar, angústia ou incômodo também se referem à saúde mental.

Na atualidade, os problemas referidos ao adoecimento psíquico crescem acentuadamente no Brasil e no mundo. A pandemia por SAR-CoV-2 aumentou a visibilidade do mal-estar coletivo, denunciando o caráter social dos sintomas psíquicos, geralmente decorrentes de estilos de vida desfavoráveis à produção de saúde. Já há algum tempo diferentes aspectos da saúde mental tem sido investigados², desenvolvendo estudos que se dirigem a diferentes públicos e faixas etárias, sejam eles no plano social, individual ou global³⁻⁸.

Um tema que tem despertado interesse é a saúde mental de estudantes de medicina⁹⁻¹¹, pois se entende que quem cuida de pessoas precisa cuidar-se, ser cuidado pelo semelhante, especialmente para internalizar formas de cuidado efetivas e dignas¹².

Embora existam em muitas instituições de ensino superior (IES) serviços destinados ao atendimento e assistência aos estudantes, ainda se percebe uma lacuna entre teoria e prática: o que se aprende na graduação não condiz com a realidade que eles encontrarão no campo de trabalho quando profissionais, tendendo a reproduzir modelos e condutas já cronificados¹³.

Nas últimas duas décadas, assistiu-se a esforços para oferecer uma formação para o SUS e também a uma maior atenção aos acadêmicos. Pelas questões implícitas e inerentes ao campo, tem-se verificado que a trajetória discente é potencialmente capaz de afetar esses jovens de diferentes formas e acaba por produzir efeitos psíquicos nocivos^{14,15}.

Há uma necessidade de se pensar a saúde mental como tal e não como doença. Isso significa romper com uma tradição de priorizar sinais, sintomas, diagnósticos e desconsiderar o contexto familiar e social envolvidos nos estados de saúde ou adoecimento.

Visando redimensionar a atenção para o cuidado com as pessoas, diferentes caminhos pedagógicos têm sido propostos e trilhados¹⁶⁻¹⁸, na tentativa de dirimir problemas recorrentes que alimentam antigas dicotomias entre saberes de diferentes áreas, teoria e prática, ensino e serviço. Entende-se que mudanças na forma de ensinar e aprender são necessárias para implementar uma nova lógica de atenção e cuidados em saúde¹³ e formar médicos de pessoas¹⁹.

Ao invés de pensar nessa proposta como uma maneira inovadora de cuidar, sabe-se que se trata de um retorno a uma forma de cuidado, na qual o lugar do doente como alguém que sabia sobre si e seu sintoma era garantido pelo saber do médico; modelo que esteve presente desde o princípio no surgimento da clínica²⁰.

Esse movimento de retorno tornou-se fundamental para ativar as mudanças em direção à efetivação de políticas de saúde propostas no cenário brasileiro. Para isso, os cursos deveriam oferecer uma sólida formação para o Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os Cursos de Medicina determinaram esse modelo^{21,22}.

Apesar dessa prerrogativa legal, a concretização dessas mudanças constitui um projeto em desenvolvimento, pois, geralmente, a estrutura dos cursos ainda procura superar o enfoque no ensino das patologias e o preparo para o trabalho no hospital, passando a estar mais voltado para as pessoas e a promoção da saúde integral.

Neste contexto, Mello *et al.*^{14,23,24} examinam as conexões entre a formação em medicina e seus impactos à saúde mental dos estudantes ressaltando a contradição entre propostas inovadoras, tais como práticas nas comunidades e os modelos vigentes.

Como contornar essas dificuldades? Um caminho que pode ser frutífero é o reconhecimento de que existem jovens estudantes que desejam mudar, mesmo em meio a um cotidiano de ambiguidades entre um discurso de integralidade condizente com os ideais do SUS e uma valorização de princípios hospitalocêntricos.

Com tantos desafios colocados durante a formação de novos médicos, uma extensa carga horária sobre doenças e tratamentos farmacológicos ou cirúrgicos, há pouco espaço para discussão de temáticas que ajudam a ampliar a compreensão de realidades, dos contextos promotores de saúde ou doença, dos determinantes que afetam as pessoas, produzem desigualdades e, consequentemente, muitos obstáculos a práticas efetivas de prevenção de doenças e promoção da saúde.

Estima-se que a oferta de conhecimentos relevantes, extracurriculares, que apresente aos estudantes uma outra racionalidade e uma lógica diferente da biomedicina²⁵, especialmente, durante a graduação, quando a identidade profissional ainda está em formação, pode colaborar para garantir a subjetivação do ato de cuidar e, conseqüentemente, a construção de uma identidade médica que lhes permita ver-se como pessoas, exercer sua cidadania com base de políticas de reconhecimento e alteridade, potencialmente capazes de produzir uma maior justiça social.

Com base nesses pressupostos, desenvolveu-se um trabalho com grupos reflexivos, formados por 15 estudantes da Liga Acadêmica de Saúde Mental e Psiquiatria (LASMP) de uma universidade no interior do Estado do Rio de Janeiro, tendo como objeto de estudo as narrativas obtidas nas reuniões realizadas.

Este artigo apresenta a análise dos resultados obtidos no trabalho de campo que teve como principais objetivos: oferecer aos estudantes de medicina um espaço reflexivo para discutir temáticas relevantes a sua formação, mas que não fazem parte do currículo mínimo, como a saúde mental na perspectiva aqui proposta; sensibilizá-los para a pertinência da percepção de si mesmos como pessoas; instrumentalizá-los com outras racionalidades distintas das formas de pensamento biomédicas, e lhes mobilizar para a promoção da saúde e práticas efetivas de cuidado.

Método

As necessárias transformações do ensino médico tiveram um movimento mais acentuado a partir da Conferência de Alma-Ata (1978), embora as críticas à medicina – de que tenha abandonado a arte e o humanismo, e se concentrado na ânsia por curar doenças²⁶ – estivessem presentes desde a segunda metade do século XIX¹⁹, estendendo-se até os dias atuais e se acirrando com os movimentos das décadas 2000 e 2010, que culminaram com a promulgação das DCN de 2001²⁰ e 2014²¹.

Embora esse estudo tenha sido construído no bojo dessas transformações, o recorte temporal foi mais relevante para aprofundar o estudo do que propriamente para delimitá-lo, considerando a “temporalidade humana, não a abolindo, senão aprofundando os níveis de temporalização. Menos distendidos e mais intencionais!”²⁷.

A pesquisa qualitativa foi escolhida por levantar “suposições de que os indivíduos procuram

entender o mundo em que vivem e trabalham [...] desenvolvem significados dirigidos para alguns objetos ou coisas subjetivas de suas experiências, significados”²⁸. As narrativas apresentam uma ponte, ligação ou mediação que colocou em relação o discurso e a experiência vivida²⁷.

O trabalho com os grupos reflexivos foi compreendido como espaço para a produção do discurso atravessado por aspectos políticos, inconscientes, históricos e institucionais. Proporcionou um movimento transversal favorável a desconstrução de ideias e valores, abrindo-se a possibilidade de busca de ressignificações, novos sentidos ou construção daqueles necessários, mas ainda inexistentes²⁹.

Esta concepção coadunou-se com o método do Círculo de Cultura proposto por Paulo Freire³⁰ como estratégia dialógica, dialética, capaz de gerar uma dinâmica crítica entre as pessoas, suas bagagens, saberes e poderes para a transformação política, social e educacional. Para ele, na impossibilidade da neutralidade, a livre circulação da palavra de interesse coletivo promove um movimento sem direção predefinida e sem uma orientação diretiva, propiciando a interação crítica e ética.

Essa articulação metodológica foi amalgamada pela observação participante como estratégia de investigação, metodologia de trabalho de campo e coleta de dados para observar a postura dos estudantes diante de formas de pensar diferentes do seu cotidiano, em função do contexto e das exigências que lhes sobrevêm. Assim, um processo reflexivo pode ser estabelecido e tecido pela situação social face a face com o que foi observado³¹.

O método de análise da reflexividade proposto por Bourdieu^{32,33} foi escolhido para o tratamento das narrativas por permitir o aprofundamento sistemático de um percurso que partiu dos pressupostos do pensamento e das ações do grupo, para chegar aos sentidos construídos e partilhados³⁴; um trabalho essencial para desnaturalizar realidades colocadas como “ordenamentos naturais”³⁵.

A reflexividade, enquanto método de análise, colaborou para o alcance dos objetivos propostos, ao permitir a construção de novos objetos de conhecimento, a compreensão de novas dimensões e a imersão no mundo dos sujeitos, como caminho para uma melhoria efetiva da vida cotidiana, por meio da maximização dos recursos disponíveis durante a pesquisa³⁵.

Seguiu-se todos parâmetros que regem os aspectos éticos das pesquisas com seres humanos,

pela aprovação do projeto pelo CEP/CONEP/CAEE Nº 4.408.350, segundo a Resolução CNS nº 466/2012. A participação na pesquisa foi precedida pela leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para que os sujeitos da pesquisa pudessem conhecer os objetivos e a metodologia, consentindo, ou não, em participar e ter garantidos sigilo, privacidade e encaminhamento de suas demandas. Todos os participantes formalizaram o aceite por meio da assinatura do TCLE.

Resultados

A pesquisa consistiu na realização de um trabalho de grupo que ocorreu em encontros mensais previamente agendados, com conteúdos extracurriculares diferentes dos que geralmente são estudados na graduação: “Juramento de Hipócrates”³⁶ e “Complexo de deus”³⁷; saúde mental e violência silenciosa; Desigualdades Sociais e Saúde Mental Global (SMG). Importante ressaltar que não foi intenção da pesquisa aprofundar os conceitos trabalhados, mas apresentar a saúde mental fora do plano puramente individual ou reduzida a doenças.

Como aconteceu em plena pandemia, os encontros foram realizados por meio de plataforma digital durante um semestre letivo, gravados e, posteriormente, transcritos. Os métodos adotados propiciaram um espaço reflexivo e uma abertura para a circulação de culturas em forma de discursos, no caso, as narrativas, que possibilitaram aos estudantes posicionarem-se com liberdade, tanto oralmente, abrindo seus microfones, ou pelo *chat*, permitindo a coleta de dados e compilação do material.

De acordo com o que afirmaram os participantes, a motivação pela participação na LASMP, pode ser agrupada em três categorias: “pretensão de fazer residência em psiquiatria” (8,3%), “interesse por ampliar conhecimentos sobre saúde mental” (escolha da maioria do grupo, 83,3%) e “ser a única liga disponível” (8,3%).

Em relação ao público alvo, o trabalho contou a participação de 15 acadêmicos afiliados à Liga de um curso de medicina de uma universidade no interior do estado do Rio de Janeiro, cujo participante mais jovem tinha 21 anos e o mais velho, 30. A Tabela 1 ilustra o perfil do grupo.

Tabela 1. Perfil dos Participantes.

Características	%
Gênero	
Feminino	66,7
Masculino	33,3
Faixa econômica	
Não declarado	16,7
Renda menor que R\$ 5.000,00 (5 mil reais) mês	33,3
Renda maior que R\$ 5.000,00 (5 mil reais) mês	50
Auxílio estudantil	
Não possuíam auxílio estudantil	25,1
Possuíam auxílio estudantil (bolsa da prefeitura, Prouni, FIES, Prodes)	74,9
Residente na cidade onde faz o curso	
Sim	16,7
Não	83,3
Pretende fazer psiquiatria	
Sim	25,0
Não	75,0

Fonte: Autores.

Discussão

A opção pelos estudantes de medicina como público alvo apoiou-se na consideração de Minayo³⁸ de que a categoria médica vive o conflito entre o ideal de uma missão humanista de salvar vidas e a lógica de mercado que faz da saúde e do ato médico um produto a ser comercializado. Com isso, acaba por prevalecer uma hierarquia imaginária nas relações de cuidado, obstaculizando os ideais humanísticos inerentes à profissão.

O risco de apagamento da subjetividade³⁹ é uma realidade mediante a imposição da apreensão de conhecimentos de uma única racionalidade, a biomedicina²⁵, cujos pressupostos – mecanicismo, generalismo e reducionismo⁴⁰ – vem demonstrando limitações para compreender e tratar o indivíduo contemporâneo. As formas polarizadas de concepção do mundo, das coisas ou do ser humano são potencialmente capazes de reduzi-los ou naturalizá-los, seja nas concepções epistemológicas, clínicas ou existenciais.

Para os estudantes de medicina, tal risco acaba por ter implicações significativas na sua relação consigo mesmo e com o outro, podendo comprometer o exercício da clínica em sua essência e potência transformadora.

O grupo reflexivo proporcionou-lhes um espaço de convivência e livre pensar, diferente da

sala de aula, sem preocupações com notas, erros ou acertos, traduzidos nas narrativas dos sujeitos em seus atravessamentos institucionais e socio-culturais, bem como seus modos de ser, viver, pensar e atuar no cotidiano. Revelaram representações construídas historicamente, repletas de sentidos presentes na dimensão existencial pela imersão no coletivo.

O pensamento reflexivo foi fundamental para provocar alguns questionamentos quanto aos modelos de saúde vigentes e das formas de cuidado em saúde mental. Aliás é importante salientar que a própria escolha desses estudantes por filiares-se a essa Liga demonstra uma diferenciação do grupo participante, pois se trata de uma Liga pouco procurada, geralmente com sobra de vagas, retratando, em alguma medida, o lugar que a saúde mental ocupa na medicina e na sociedade em geral.

Ainda que expressas em primeira pessoa, as experiências não são redutíveis às narrativas⁴¹, mas através delas, enquanto formações discursivas, pode-se tecer novas ideias, mudar concepções, desconstruir conceitos e reconstruir formas de pensar. Revelaram a riqueza de um universo intersubjetivo, que de outra forma não poderia ser descortinado⁴².

Para fomentar a discussão, os temas escolhidos e trabalhados a cada encontro traziam algum elemento, campo de conhecimento ou aspectos ainda desconhecidos para o grupo. A começar pelo instigante tema “Complexo de deus”³⁶ que foi abordado apoiando-se na discussão proposta por Bezerra Jr, buscando pontos de ressonância com o Juramento de Hipócrates⁴³ proferido em algumas formaturas de cursos de medicina: “Juro, por Apolo médico [filho de Zeus, deus do sol, da poesia, da música e da cura], por Esculápio [deus da medicina], Higeia [deusa da limpeza do ambiente e da saúde] e Panaceia [deusa de intervenções curativas], e tomo por testemunhas todos os deuses e todas as deusas”⁴⁴.

As versões atuais do juramento retiraram esses deuses gregos – considerados como seres humanos com habilidades superiores – por “Juro por Deus”, uma menção ao Deus judaico-cristão, com características plenamente divinas, de poder absoluto (onipotência), de sabedoria plena sobre todas as coisas (onisciente) e que está em todos os lugares (onipresente).

Para Eksterman⁴⁵, essa substituição traz dupla consequência, na sociedade e no próprio médico, à medida que as concepções em torno de sua figura no imaginário social correlacionam-se com algumas posturas profissionais, estabele-

cendo uma relação cíclica: a sociedade exige, o médico corresponde e, com isso, aumenta cada vez mais o nível de exigência sobre suas condutas que, por sua vez, resulta em uma cobrança maior e mais exacerbada.

Padrão esse que tende a se perpetuar na formação de novos médicos, dando continuidade há um paradigma que tem se mostrado limitado e adoeecedor para acadêmicos, residentes e médicos⁴⁶.

O relato de um estudante demonstra o quanto se sentem pressionados desde a graduação:

A sociedade é que tem uma visão completamente errada de tudo e a gente fala assim “meu deus do céu, como é que o pessoal tem uma visão tão errada da realidade?”. A gente é só humano, cheio de problema, de coisa que tem que lidar no dia a dia. E é uma profissão que às vezes a gente para e pensa toda hora “será que é isso mesmo que eu quero?”, porque é tanta coisa para estudar, tanto tempo depreendido, é tanta cobrança... Eu tento desconstruir sempre...

Um estudante comentou como esse imaginário se reverte em uma pressão social que eles sofrem, apenas por serem estudantes de medicina:

[...] a sociedade também contribui pra isso, você começa a estudar medicina e já te perguntam sobre exames, remédios e te olham meio torto quando você diz que não sabe muita coisa [...] Ninguém acha que chega e ninguém quer largar essa sensação de superioridade... só imaginário, ilusão... loucura.

O Complexo de deus³⁶ seria, assim, uma reação à crença social de que o médico pode todas as coisas, possui todos os saberes, pode estar em todos os lugares e que, de algum modo, acaba sendo um sentimento incorporado que se apresenta nas agendas sobrepostas, na dificuldade para lidar com a limitação do tempo (em especial, a morte), e pela crença de que, para ser eficiente, o médico deve possuir todo o saber e nunca errar.

Outro participante demonstrou indignação com a forma que a mídia exalta e naturaliza o esforço sobre-humano para passar no vestibular, cursar a graduação e se formar:

Tipo aquelas reportagens da pessoa que ficou dez mil horas estudando, não saiu, não viveu e passou em trezentas faculdades de medicina e as pessoas achando lindo... também ajuda nesse complexo.

Para trabalhar o tema “Saúde Mental e Violência Silenciosa”, utilizou-se a publicação de Mello¹⁴ para dar materialidade aos conceitos. A autora desenvolveu sua pesquisa apoiando-se nas concepções de Silva Filho⁴⁷, Serpa Jr e Leal⁴⁸, Souza⁴⁹ e Amarante² para sustentar que, apesar

da saúde mental abarcar um conceito multidimensional e complexo, ainda persistem certas confusões: por vezes é compreendida como sinônimo de transtorno psiquiátrico; uma condição referida a um plano puramente individual ou biológico; um reducionismo a um sintoma que pode ser medicado; ou como ausência de doença mental.

A autora¹⁴ definiu saúde mental como uma dinâmica entre bem-estar/mal-estar, ao investigar a saúde mental de estudantes de medicina. Intrigou-se com o fato de que muitos estudantes chegavam ao curso com saúde, mas que, pelas pressões cotidianas, começavam a se sentir mal e logo obtinham diagnósticos de transtornos mentais¹⁴.

Em uma análise mais detida, os sintomas revelavam o mal-estar comum entre os estudantes de medicina, mas que foram individualizados, colocados como um problema particular do aluno, da sua estrutura de personalidade ou da sua história de vida¹⁴.

A narrativa desse participante evidencia o quanto os estudantes de medicina se veem impedidos de se posicionarem subjetivamente diante das situações:

Você falou desse processo, de esquecer da dor do outro... antes de entrar, aqui nessa faculdade eu fazia o 2º semestre numa faculdade de Medicina, em outro estado... antiga, tradicional, lá tem muito a cultura do trote... quando você entra, tem que fazer uma série de circuitos do calouro, pra poder ser aceito na faculdade. Então, se deixa de fazer alguma daquelas atividades, já é tipo, olhado com outro olhar. Então é excluído, ninguém vai querer falar com você.

Ainda é preciso considerar que a referência à saúde mental como uma única polaridade referida ao bem-estar subjetivo faz surgir um outro problema: ao reduzir a subjetividade a uma abstração imaterial desconsidera-se que a saúde mental abarca condições subjetivas e objetivas, o que seria fundamental para não reduzir o problema a uma questão meramente biológica ou sinônimo unilateral de felicidade, equilíbrio ou estabilidade.

O conceito, portanto, deve operar no nível das condições concretas de existir e viver dos sujeitos no cotidiano de suas vidas, no qual ganham e perdem, caem e se levantam. amam e odeiam, relacionam-se e se isolam.

Os próprios estudantes relataram que se viam pressionados a estar bem e suportar as pressões como, por exemplo, o medo de fazer perguntas nas aulas:

[...] algumas amigas falam que vão ver no livro depois da aula... porque tem vergonha de perguntar, mas se nós estamos aqui para aprender, por que não perguntar? É claro, e por que não errar? Olha, se tem um momento de errar é agora, pergunta e erra. Um desperdício!

Em relação à violência silenciosa^{14,37}, faz-se necessário, de início, estabelecer uma diferença entre esse conceito e o de violência simbólica⁵⁰, esta última considerada como estrutural e fenômeno de fundo aos outros tipos de violência, como uma flutuação que paira sob certas condutas, fatos e realidades que, historicamente, foram banalizadas e, por isso, tendem a se reproduzir, repetir e perpetuar.

A violência silenciosa, por sua vez, tem na simbólica o palco no qual ela pode se apresentar na superfície como a própria cena, pode acontecer em qualquer lugar, não escolhe a quem afetar, simplesmente está ali quando o direito à dignidade é violado, quando um fato faz com que uma realidade assuma um caráter diferente daquilo que se propunha, uma ação contraditória, mas nem por isso é questionada ou problematizada e, ao invés disso, deixa atrás de si um rastro invisível que se faz perceptível pelo sofrimento psíquico. Não se recorre a uma violência aberta ou visível, mas a formas mais sutis, surdas, dissimuladas⁵¹.

Com alguma disposição subjetiva, a violência silenciosa pode ser identificada e trabalhada, pois suas raízes são locais e, uma vez percebida, pode ser enfrentada: “A palavra recalcada está intimamente vinculada à violência e à dor. Não se fala o que dói e a violência silencia”⁵².

Um exemplo da banalização da saúde mental, um típico processo de violência silenciosa, foi relatado por um participante do grupo:

Eu fico pra morrer quando alguém fala “hoje em dia as coisas são muito chatas, é muito mimi-mi”. Quando na verdade o que as pessoas estão tentando mostrar é a importância de se colocar no lugar do outro... é tudo que um aluno como nós deseja... que tenha uma alma boa que compreenda que o que é exigido de nós é impraticável...

O aumento relevante de problemas psíquicos nas últimas décadas em todo mundo tornou urgente e prioritário um olhar global sobre os problemas de saúde mental e, em consequência, o desenvolvimento de investigações e busca por evidências científicas para o planejamento e oferta de cuidados mais adequados.

Um campo de estudo, pesquisa e propostas de intervenção denominado Saúde Mental Global (SMG) tem se estruturado desde meados dos anos 2000, visando fortalecer as questões em tor-

no da saúde mental, ocupando-se da formação de práticas e conhecimentos, a partir de estudos em escala global³⁻⁸.

O aumento da prevalência de transtornos mentais foi associado às desigualdades sociais. Ainda assim, as dificuldades para reconhecer os problemas referidos e oferecer assistência em saúde se relacionam às diferenças culturais de expressão do sofrimento percebidas por meio das análises dos idiomas do sofrimento⁵³.

As diferenças culturais demonstram o quão complexas e essenciais são as formas de trabalhar com a promoção da saúde mental no nível global. O modelo de saúde ocidental tem sido tomado como ideal e incorporado tanto nos continentes ao sul quanto ao norte do globo, mesmo diante das discrepantes diferenças sociais, econômicas e, sobretudo, culturais, conferindo validade universal às categorias psicopatológicas e formas de tratamento⁵⁴.

Em outras palavras, o Sul Global parece ter que absorver os padrões criados pelo Norte Global, trazendo um prejuízo incalculável quanto aos cuidados em saúde mental: uma crise humanística de violação de direitos humanos que não causa um impacto social como outras, o que reforça que as concepções e os problemas de saúde mental são ainda entendidos mais como uma invenção do que uma realidade⁵⁵.

Summerfield (apud Bemme)⁵⁵ reflete sobre a limitação do modelo explicativo ocidental da saúde mental e, além disso, considera a doença mental como um “fardo oculto”⁵³ que, não sendo percebido como problema prioritário, é visto sobre as lentes das categorias ocidentais e medidas psiquiátricas consideradas universais.

Neste ponto da discussão, os participantes levantaram a questão da banalização da saúde mental, da atenção básica e de sua complexidade em meio às desigualdades sociais, durante a formação:

Ou só trabalha no postinho né? Não é médico de verdade... é invertido... pois são mais complexos os casos na básica... [referindo-se aos níveis de complexidade em saúde] ...complexidade em nível de tecnologia, mas não dos casos...

É muito mais fácil descredibilizar o SUS do que mudar e fazer dar certo!

As experiências dos estudantes nas práticas de campo durante os dois primeiros anos do curso, realizadas nas comunidades e nas visitas domiciliares foram articuladas ao tema da SMG. Apesar da ênfase curricular na atenção básica²², a opção pela Medicina de Família e Comunidade ou interesse pela Saúde Coletiva, não está presen-

te entre as especialidades mais comumente escolhidas pelos alunos:

Tem gente que entra no curso de medicina falando da especialidade que vai fazer... Sem nem ter cursado nada ainda... orto, cardio, gineco... uma vez ou outra, psiquiatria e eu digo “calma, gente, nem bem começamos o curso...”.

A “lacuna de tratamento” em saúde mental (*treatment gap*), referida ao número de pessoas que precisam de tratamento em saúde mental e não o recebem, foi outro conceito trabalhado nos encontros. Alguns críticos sinalizam que essas lacunas expressam uma forçosa e fracassada tentativa de fazer valer para a população do Sul Global o mesmo modelo de cuidado do Norte Global⁵⁶.

Em resposta, a SMG propõe parcerias colaborativas que possam contribuir para o trânsito de conhecimentos e práticas entre o sul e o norte, favoráveis a inclusão das diferenças culturais no planejamento das intervenções.

A noção de idiomas do sofrimento (*idioms of distress*), de acordo com Nitcher⁵⁷, tem auxiliado na compreensão das diferenças na experiência de adoecimento, por indicar que há diversas formas de expressar preocupação, culturalmente constituídas, associadas a valores e normas relativas à saúde que se configuram em contextos específicos.

Sobre a importância de obter esse conhecimento para compreender melhor o que o paciente diz sobre o seu adoecimento, um participante considerou:

...é difícil a pessoa se formar e exercer a profissão da maneira adequada, sem que passe por este diálogo ...hoje em dia, é muito fácil você se formar, até porque, vocês mesmos falam, os professores, que o MEC mudou de uns tempos para cá... essa visão biopsicossocial, que antigamente só focava na fisiologia, na anatomia, e esses problemas sociais não eram levados em consideração. E aí a gente não conseguiu, os médicos que eram formados, eles não conseguiam ver esse outro lado.

Faz-se necessário considerar que o limite entre saúde e doença mental é muito tênue. Além disso, a variação cultural precisa ser considerada por estar intimamente ligada aos estados mentais, uma vez que há uma ausência de biomarcadores e de um embasamento científico sólido para estabelecer uma base puramente biológica universal para os problemas mentais.

Sustentar que o diagnóstico das doenças mentais deve considerar os inúmeros atravessamentos, incluindo as expressões culturais e a determinação social da saúde mental, torna-se um caminho bastante promissor para apoiar uma va-

lidade intercultural; para considerar que o DSM e a CID são descrições relacionadas às culturas europeias e norte americanas, provocando certas complicações ao reunir todas as pessoas com sintomas comuns a uma única categoria⁵².

Os objetos da SMG são diversos; ocupa-se da garantia de acesso a saúde mental para todos, por meio da ampliação das políticas e intervenções em saúde mental integrados à atenção primária de modo equânime.

Reconhecendo a importância de se ter acesso a esses conhecimentos extracurriculares que tanto esclarecem a realidade de serviços e usuários, um participante declarou:

Imagina aplicar esses conceitos na Medicina! seria um pedaço do céu na terra! Ver tudo isso de outra forma, a saúde mental que a gente quer... essas falhas estruturais que você falou... adoecer ou piora as coisas... a gente tem que saber disso [...] nunca vai ter um método único. Tem que ter isso que a gente estava falando, a vontade, primeiro. Eu acho que a gente tá iniciando... que também consegue fazer muita coisa só com a maneira de tratar as pessoas...

A participação nesses encontros permitiu aos alunos vislumbrar novas leituras para temas importantes na formação médica, em termos pessoais e também da futura prática profissional. O efeito das interações dialógicas, das reflexões do grupo, pode ter contribuído para o fortalecimento de suas identidades, sua capacidade de resiliência e criação diante das adversidades. Entendendo que a resiliência é resultado de processos dinâmicos de adaptação e transformação social no nível individual, comunitário e de sistemas sociais mais amplos, a oferta de grupos de reflexão sobre temas de interesse dos estudantes pode potencializar não só a própria formação, mas

também o desenvolvimento pessoal e o fortalecimento do grupo como um todo^{53,58}.

Considerações finais

“Se nada a minha volta me ajuda, eu tenho algum recurso dentro de mim”. O relato desse participante parece retratar que a adesão a outros modelos de saúde que não sejam o hegemônico ainda é um projeto, uma pretensão e desafio. Parece demonstrar também que há uma força potente de resistência entre jovens estudantes que desejam, acreditam e fazem acontecer as mudanças, como esse pequeno e resiliente grupo que participou da pesquisa.

Coloca-se premente a criação de espaços reflexivos nas escolas médicas a fim de re-situar a medicina como uma técnica e uma arte que valoriza a pluralidade dos sujeitos e das racionalidades.

Destarte é necessário considerar que a produção de conhecimento em torno da formação de médicos, especialmente em suas conexões com a promoção da saúde dos estudantes, constitui-se como um domínio cuja exploração encontra-se ainda em curso por distintas questões.

Uma delas, e para este trabalho, fundamental, é o grande potencial de escolha do estudante, ao ser provocado e instigado a romper com os modelos vigentes e com sua reprodução, podendo decidir entre este e um modelo de cuidado voltado para incluir as pessoas no projeto terapêutico.

Especialmente para pessoas e coletividades imersas em circunstâncias de violação de direitos, faz-se urgente a formação de profissionais implicados, com amplo domínio de saberes, associados ao desenvolvimento de habilidades e competências para questionar práticas consonantes ao presente e às que ele deseja desenvolver.

Colaboradores

DRB Mello realizou a pesquisa de campo, compilou os dados obtidos, realizou as análises e foi responsável pelas revisões de português e de digitação. F Ortega orientou toda a pesquisa, participou das análises e revisou o texto. MR Müller e PC Apratto Júnior colaboraram nas análises e na revisão geral do texto.

Referências

- Krug EG, Dahlberg LL. Violência: um problema global de saúde pública. *Cien Saude Colet* 2007; 11(Supl.):1163-1178.
- Amarante P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
- Wenceslau LD, Ortega F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(55):1121-1132.
- Ortega FJG, Wenceslau LD. Dilemas e desafios para a implementação de políticas de saúde mental global no Brasil. *Cad Saude Publica* 2015; 31(11):2255-2257.
- Menezes ALA, Muller MR, Soares TRA, Figueiredo AP, Correia CRM, Corrêa LM, Ortega F. Paralelos entre a produção científica sobre saúde mental no Brasil e no campo da Saúde Mental Global: uma revisão integrativa. *Cad Saude Publica* 2018; 34(11):e00158017.
- Menezes ALA, Athie K, Favoreto CAO, Ortega F, Fortes S. Narrativas de sofrimento emocional na Atenção Primária: contribuições para uma abordagem integral culturalmente sensível em Saúde Mental Global. *Interface (Botucatu)* 2019; 23:e170803.
- Biehl J. Theorizing global health. *Med Anthropol Theory* 2018; 3(2):127-142.
- Chase LE. Psychosocialisation in Nepal: notes on translation from the frontlines of Global Mental Health. *Med Anthropol Theory* 2021; 8(1):1-29.
- Miguel AQC, Tempiski P, Kobayasi R, Mayer FB, Martins MA. Predictive factors of quality of life among medical students: results from a multicentric study. *BMC Psychol* 2021; 9(1):36.
- Perotta B, Arantes-Costa FM, Enns SC, Figueiro-Filho EA, Paro H, Santos IS, Lorenzi-Filho G, Martins MA, Tempiski PZ. Sleepiness, sleep deprivation, quality of life, mental symptoms and perception of academic environment in medical students. *BMC Med Educ* 2021; 21(1):111.
- Bhutto M, Bhayo NH, Dong J, Umar M, Akram H. Understanding Students' Psychological Stress: A Case of Sukkur Iba University. *Br J Educ* 2019; 7(6):38-52.
- Campos EP. *Quem cuida do cuidador?* Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes; 2016.
- Feuerwerker LCM. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo, Londrina, Rio de Janeiro: Hucitec, Rede Unida, Associação Brasileira de Educação Médica; 2002.
- Mello DRB. *O cenário contemporâneo de formação em medicina e seus efeitos à saúde mental do estudante* [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2017.
- Oliveira RZ, Gonçalves MB, Belini LM. Acadêmicos de medicina e suas concepções sobre o 'ser médico'. *Rev Bras Ed Med* 2011; 35(3):311-318.
- Alves LP. Portfólios como instrumentos de avaliação dos processos de ensinagem. In: Anastasiou LGC, Alves LP, organizadores. *Processo de ensinagem na universidade*. 3ª ed. Joinville: Univille; 2004.
- Alvarenga GM, Araujo ZR. Portfólio: conceitos básicos e indicações para utilização. *Estud Aval Educ* 2006; 17(33):137-148.
- Bonnet O. *Os médicos da pessoa: um olhar antropológico sobre o surgimento da medicina de família no Brasil e na Argentina*. Rio de Janeiro: 7letras; 2014.
- Cotta RMM, Silva LS, Lopes LL, Gomes KO, Cotta FM, Lugarinho R, Mitre SM. Construção de portfólios coletivos em currículos tradicionais: uma proposta inovadora de ensino-aprendizagem. *Cien Saude Colet* 2012; 17(3):787-796.
- Foucault M. *O nascimento da clínica*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2004.
- Brasil. Resolução CNE/CES nº 4/2001. *Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Graduação em Medicina*. Brasília: CNE; 2001.
- Brasil. Parecer CNE/CES nº 116/2014. *Institui as Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Graduação em Medicina*. Brasília: CNE; 2014.
- Mello DRB, Leite LC, Campos MGSC, Alves Filho RC. Alçando voo: a experiência de ampliar o diálogo entre psicologia e medicina. *Rev Bras Educ Med* 2012; 36(2):234-242.
- Mello DRB, Leite LC. Challenges of the dialog between humanization of health and medicine for the assistance to woman health in the Brazilian scenario. *Health* 2013; 5(9):1386-1393.
- Tesser CD. A verdade na Biomedicina, reações adversas e efeitos colaterais: uma reflexão introdutória. *Physis* 2007; 17(3):465-484.
- Malbid LC. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. *Rev Psicanal* [Internet] 2022 [acessado 2022 maio 5]; 19(1). Disponível em: <https://revista.sppa.org.br/RPdaSPPA/article/view/601>.
- Campos RO, Furtado JP, Passos E, Benevides R, organizadores. *Pesquisa qualitativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Hucitec; 2008.
- Creswell JW. *Projeto de Pesquisa: métodos qualitativos, quantitativo, misto*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- Luna IJ. Uma proposta teórico-metodológica para subsidiar a facilitação de grupos reflexivos. *Nova Perspect Sist* 2020; 29(68):46-60.
- Freire P. Quatro cartas aos animadores de Círculos de Cultura de São Tomé e Príncipe. In: Bezerra A, Brandão C, organizadores. *A questão política da educação popular*. São Paulo: Brasiliense; 1980.
- Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2008.
- Bourdieu P. *Science de la science et réflexivité*. Paris: Raisons d'Agir; 2001.
- Bourdieu P. *Coisas ditas*. São Paulo: Brasiliense; 2004.
- Caria TH. História, reforma e lucidez em ciência: A reflexividade científica segundo Pierre Bourdieu. *Rev Crit Cien Soc* 2019; 79:133-149.
- Peters G. Habitus, reflexividade e neo-objetivismo na teoria de Pierre Bourdieu. *RBCS* 2013; 28(83):47-71.
- Novaes PE. Tópicos de mitologia (I); mitologia, medicina e saúde. *Rev Higei@ UNIMES* 2016; 1(1):1-9.
- Bezerra Jr B. *Complexo de deus: por que os médicos são assim?* [vídeo na Internet]. [acessado 2021 maio 13]. Disponível em: <https://vimeo.com/233979023>.
- Minayo MCS. Dilemas do setor saúde diante de suas propostas humanistas. *Cien Saude Colet* 2004; 9(1):17-20.
- Uhr D. *O apagamento do sujeito na clínica contemporânea: o exemplo da psiquiatria biológica* [tese]. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro; 2014.

40. Leal EM, Serpa Jr OD. Acesso à experiência em primeira pessoa na pesquisa em Saúde Mental. *Cien Saude Colet* 2013; 18(10):2939-2948.
41. Camargo Jr KR. A Biomedicina. *Physis* 2005; 15(Supl.): 177-201.
42. Sade C, Barros LMR, Melo JJM, Passos E. O uso da entrevista na pesquisa-intervenção participativa em saúde mental: o dispositivo GAM como entrevista coletiva. *Cien Saude Colet* 2013; 18(10):2813-2824.
43. Scartezini N. Introdução ao método de Pierre Bourdieu. *Cad Campo* 2010/2011; 14-15:25-37.
44. Cairus HF, Ribeiro Jr WA. *Textos hipocráticos: O doente, o médico e a doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
45. Eksterman A. Antropologia Médica [palestra]. In: *Congresso de Humanidades Médicas*. São Paulo: CRM; 2011.
46. Andrade JBC, Sampaio JJC, Farias LM, Melo LP; Sousa DP, Mendonça ALB, Moura Filho FFA, Cidrão ISM. Contexto de Formação e Sofrimento Psíquico de Estudantes de Medicina. *Rev Bras Ed Med* 2014; 38(2):231-242.
47. Silva Filho JF. Saúde mental, seu saber seus desafios. In: Silva Filho JF, organizador. *1968 e a saúde mental*. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2008.
48. Serpa Jr OD, Leal EM. Psicopatologia e reforma psiquiátrica: uma experiência de ensino protagonizada por quem vivencia o sofrimento psíquico. In: Lopes AM, organizador. *Caderno Saúde Mental. Seminário universidade e reforma Psiquiátrica: interrogando a Distância*. Belo Horizonte: ESP-MG; 2009. p. 57-65.
49. Souza ARND. *Formação médica, racionalidade e experiência: o discurso médico e o ensino da clínica* [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1998.
50. Bourdieu P. *O poder simbólico*. 10ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2007.
51. Michaud Y. *A violência*. São Paulo: Ática; 1989.
52. Marin ISK. *Violências*. São Paulo: Escuta/Fapesp; 2002.
53. Kim AW, Kaiser BBE, Shahbazian K, Mendenhall E. Idioms of resilience among cancer patients in urban South Africa: An anthropological heuristic for the study of culture and resilience. *Transcult Psychiatry* 2019; 56(4):720-747.
54. Ortega F, Müller MR. Global mental health and pharmacology: The case of attention deficit and hyperactivity disorders in Brazil. *Frontiers Sociol* 2020; 5:535125.
55. Bemme D, D'Souza NA. Global mental health and its discontents: An inquiry into the making of global and local scale. *Transcult Psychiatry* 2014; 51(6):850-874.
56. Pathare S, Brazinova A, Levav I. Care gap: a comprehensive measure to quantify unmet needs in mental health. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2018; 27(5):463-467.
57. Nichter M. Idioms of distress: Alternatives in the expression of psychosocial distress: A case study from South India. *Cult Med Psychiatry* 1981; 5(4):379-408.
58. Njeze C, Bird-Naytowhow K, Pearl T, Hatala AR. Intersectionality of resilience: a Strengths-Based case study approach with Indigenous youth in an urban Canadian context. *Qual Health Res* 2020; 30(13):2001-2018.

Artigo apresentado em 10/05/2022

Aprovado em 01/09/2022

Versão final apresentada em 03/09/2022

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva