

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA - IPUB

MÔNICA GOMES DE ANDRADE

A SAÚDE MENTAL DOS ESTUDANTES DE MEDICINA: Uma experiência de
cuidado em oficinas de arte e filosofia

RIO DE JANEIRO

2018

Mônica Gomes de Andrade

A SAÚDE MENTAL DOS ESTUDANTES DE MEDICINA: Uma experiência de cuidado em oficinas de arte e filosofia

Dissertação de Mestrado submetida ao Corpo Docente do Programa de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial – MEPPSO do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau de Mestre em Atenção Psicossocial.

Orientador: Octavio Domont de Serpa Junior

Doutor em Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental

UFRJ

RIO DE JANEIRO

2018

CIP - Catalogação na Publicação

A553s Andrade, Mônica Gomes de
A saúde mental dos estudantes de medicina: uma
experiência de cuidado em oficinas de arte e
filosofia / Mônica Gomes de Andrade. -- Rio de
Janeiro, 2018.
158 f.

Orientador: Octavio Domont de Serpa Junior.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do
Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria, Programa
de Pós-Graduação em Atenção Psicossocial, 2018.

1. Saúde Mental. 2. Promoção da Saúde. 3. Educação
Médica. 4. Currículo. 5. Photovoice. I. Serpa
Junior, Octavio Domont de, orient. II. Título.

Mônica Gomes de Andrade

A SAÚDE MENTAL DOS ESTUDANTES DE MEDICINA: Uma experiência de cuidado em oficinas de arte e filosofia

Dissertação de Mestrado submetida ao Corpo Docente do Programa de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial – MEPPSO do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau de Mestre em Atenção Psicossocial.

Aprovada em

Octavio Domont de Serpa Junior, Doutor em Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental, UFRJ

Núria Malajovich Munoz, Doutora em Teoria Psicanalítica, UFRJ

Mariana Bteshe, Doutora em Informação e Comunicação em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz

Aos meus pais, Luiz e Tide, cujo cuidado amoroso e apoio constantes conduziram-me até aqui.

AGRADECIMENTOS

Ao finalizar o percurso do mestrado, torna-se evidente quanta ajuda foi-me ofertada por diferentes atores e que não teria sido possível chegar até aqui sem auxílio. Sinto-me profundamente grata e honrada pelo suporte recebido! Agradeço eternamente:

Ao meu amado, Frederico Guedes, pela parceria na vida, pelo carinho e mimos cotidianos.

À minha família, pelo afeto, disponibilidade e compreensão. Ao João, áureo afilhado, que enche meu coração de alegria a cada encontro.

Ao meu orientador, Octavio Domont de Serpa Junior, pelo exemplo, por tantos ensinamentos, pela relação empática, respeitosa e paciente.

À querida amiga e professora, Cristine Mattar, estudiosa do Cuidado de si, pela inestimável contribuição na discussão deste trabalho, pelas críticas e sugestões, pelo acolhimento.

Às professoras doutoras, Nuria Malajovich Munoz, Mariana Bteshe, Maria Paula Cerqueira Gomes e Issa Damous, que graciosamente aceitaram compor a banca avaliadora e contribuir para a minha formação.

À admirada professora Erotildes Leal, pela sabedoria compartilhada e pelo entusiasmo transmitido.

À fotógrafa e amiga Ana Nogueira pelo compartilhamento afetivo de sua arte e técnica fotográfica.

À Vanelli Dundegi Feittoza, minha mãe do coração, pelo colo, pelo incentivo e pela grande colaboração na revisão da literatura.

À Virgínia Maria da Silva Gomes, professora e tia do coração que gentilmente fez a revisão da língua portuguesa deste trabalho.

À Maria Amélia Borges Guedes, minha honorável sogra e professora de inglês, pelo convívio alegre e amistoso e pela tradução do resumo.

Aos professores, secretária, colegas e amigos(as) do mestrado profissional, pelas trocas, aprendizados e convívio fértil. Agradeço sobretudo às caríssimas Leiliana, Alessandra e Tatiana que foram verdadeiros anjos-da-guarda nessa caminhada.

À amiga da vida inteira, Gisele Azeredo, pela presença, pela estima e pela gentileza no interesse e discussão deste trabalho.

À doce amiga, Claudia Miarelli, pelo humor e pela disponibilidade em ouvir e acolher.

Ao amigo e professor, José Luiz Martins Lessa, pela sabedoria e apaziguamento.

Aos meus médicos e terapeutas, Anna Alice Mendes, Míria de Amorim, Geraldo Barreto e Angela Fuzaro, pelo cuidado afetivo, pelo exemplo e inspiração.

Às pessoas que estiveram sob meus cuidados ao longo da trajetória profissional, por terem contribuído na construção da médica que sou e dos médicos que ajudo a formar.

Aos estudantes de medicina pela troca sincera, pela curiosidade, pela vitalidade, pelo afeto, pelo incentivo, pela inspiração.

Ao encontro com o divino que há em mim.

RESUMO

ANDRADE, Mônica Gomes de. **A saúde mental dos estudantes de medicina: uma experiência de cuidado em oficinas de arte e filosofia.** Rio de Janeiro, 2018. Dissertação (Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial) – Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

O presente estudo investiga os efeitos de uma iniciativa de cuidado com a saúde mental dos estudantes de um curso de graduação em medicina de uma universidade pública. A metodologia qualitativa participativa, *Photovoice* (WANG, 1999) que utiliza fotografia e narrativas, verificou as experiências de participação na Oficina do Cuidado a partir do relato dos próprios estudantes, conferindo-lhes voz e autoria neste trabalho. Para a condução da análise qualitativa dos resultados, sob a perspectiva fenomenológica, utilizou-se a metodologia *Systematic Text Condensation* (MALTERUD, 2012). Os resultados das experiências relatadas pelos participantes foram agrupados em três principais categorias temáticas: 1) Encontro e de um espaço de acolhimento e cuidado na formação médica; 2) Abertura à reflexão; 3) Transformação e ampliação de possibilidades dos modos de ser e estar no mundo. Os resultados encontrados convocam à necessidade de repensar a formação médica desde a consolidação do modelo biopsicossocial de saúde e ensino, a discussão das relações de saber-poder na medicina e na Academia, até a adoção de medidas de prevenção e promoção em saúde mental para os estudantes de medicina ao longo da graduação.

Palavras-chave: Saúde Mental; Promoção da Saúde; Educação médica; Currículo; *Photovoice*.

ABSTRACT

ANDRADE, Mônica Gomes de. **A saúde mental dos estudantes de medicina: uma experiência de cuidado em oficinas de arte e filosofia.** Rio de Janeiro, 2018. Dissertação (Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial) – Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

The mental health of medical students: an experience of care in workshops of art and philosophy. The present study investigates the effects of a mental health care initiative of undergraduate medical students from a public university. The participatory qualitative methodology, Photovoice (WANG, 1999) that uses photography and narratives, verified the experiences of participation in the *Oficina do Cuidado* from the students' own reports, giving them voice and authorship in this work. Systematic Text Condensation (MALTERUD, 2012) was used to conduct the qualitative analysis of the results, from the phenomenological perspective. The results of the experiences reported by the participants were grouped into three main thematic categories: 1) Meeting and a space of welcome and care in medical training; 2) Openness to reflection; 3) Transformation and expansion of the possibilities of the ways of being and being in the world. The results found call for a rethinking of medical training since the consolidation of the biopsychosocial model of health and teaching, the discussion of knowledge-power relations in medicine and in the Academy, to the adoption of prevention and promotion measures in mental health for medical students throughout graduation.

Keywords: Mental Health; Health Promotion; Education, Medical; Curriculum; Photovoice.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO -----	11
CAPÍTULO I – CAMINHOS DA FORMAÇÃO EM MEDICINA -----	16
1.1 A história da formação em Medicina no século XX – O modelo flexneriano -----	16
1.2 Consequências desta formação: sofrimento e estresse do estudante de medicina -----	19
CAPÍTULO II – O MAL-ESTAR NA CONTEMPORANEIDADE: Intensificação do sofrimento do estudante de medicina e estratégias de enfrentamento -----	27
2.1 O mal-estar na contemporaneidade -----	27
2.2 A geração Y: contexto histórico-cultural dos estudantes de medicina ----	33
2.3 Estratégias de enfrentamento para o sofrimento do estudante de medicina -----	36
2.3.1 As diretrizes curriculares nacionais para o curso de graduação em medicina -----	37
2.3.2 A psicologia médica -----	42
2.3.3 Estratégias de cuidado -----	43
CAPÍTULO III – A OFICINA DO CUIDADO: Um fruto além-mar do cuidado de si -----	51
3.1 Oficina do Cuidado: cuidado que (trans)forma -----	51
3.2 O cuidado de si na Antiguidade -----	61
CAPÍTULO IV – COM A PALAVRA: OS ESTUDANTES DE MEDICINA -----	66
4.1 Metodologia -----	66
4.1.1 Reunião de apresentação e orientação -----	68

4.1.2	Entrevistas individuais -----	71
4.1.3	Reunião de discussão em grupo -----	72
4.1.4	Reunião de encerramento -----	73
4.1.5	Análise qualitativa -----	75
4.2	Resultados -----	75
	FOTOS -----	79
4.3	Discussão -----	117
4.3.1	Encontro de um espaço de acolhimento e cuidado na formação médica -----	119
4.3.2	Abertura à reflexão -----	126
4.3.3	Transformação e ampliação de possibilidades dos modos de ser e estar no mundo e com o outro -----	128
	A – Cuidado de si -----	130
	B – Mudanças no modo de se relacionar com os outros -----	133
	C – Mudanças no modo de perceber, experimentar e atuar no mundo -	135
	CONCLUSÃO -----	139
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	146
	Anexo A -----	150
	Apêndice A -----	152
	Apêndice B -----	153
	Apêndice C -----	154
	Apêndice D -----	155
	Apêndice E -----	157
	Apêndice F -----	158

INTRODUÇÃO

A temática deste trabalho surgiu a partir das experiências da autora enquanto estudante de medicina, enquanto médica recém-formada que necessitava lidar com as questões em ebulição na atuação profissional, enquanto psiquiatra, psicoterapeuta e, mais recentemente, enquanto preceptora e professora no curso de medicina da UFRJ – *campus* Macaé.

É inegável a influência da trajetória profissional no direcionamento do campo de interesse de estudo e pesquisa. Objetivando referendar sua implicação com a temática em questão, um fragmento da história da autora será narrado com vistas a conhecer o modo como foi tecida a teia que conduziu ao tema do presente estudo:

“ Durante a graduação, a clínica médica acenava como a área que me despertava maior interesse, sobretudo a geriatria. Além da afinidade que encontrei em cuidar da clientela idosa, esta faixa etária encarnava uma dialética (aspecto humano que sempre me fascinou) específica: a da potência da sabedoria e da fragilidade da biologia. Clientela cujo ciclo de vida é acentuadamente marcado pelo tempo, que se revela um senhor soberano que tanto pode ofertar, quanto ceifar.

Seguindo no intento de ser geriatra, ao me formar, ingressei no programa de residência em Clínica Médica da UERJ, em 2003. Foi um ano bastante árduo. A carga de trabalho de sessenta horas semanais, a enorme responsabilidade e insegurança para um recém-formado, a cobrança sobre-humana dos staffs, a velocidade das atualizações de diagnósticos e terapêuticas em clínica médica, a gravidade dos pacientes que se internavam no Hospital Pedro Ernesto eram intensos. Nunca antes havia experimentado tanto estresse e ansiedade na vida. E um cansaço, que eu nominava secular. Aluguei um apartamento a uma quadra do hospital, para me facilitar a logística. Por vezes, saía da enfermaria às cinco da tarde, chegava em casa em três minutos, tomava um banho e dormia até às seis da manhã do dia seguinte. Apesar disso tudo, seguia em frente.

Mas havia um desconforto de fundo, que estava embaçado pela fumaça acima descrita. Demorei alguns meses para identificar do que se tratava. Foi em setembro, numa conversa com Denise (nome fictício), uma mulher de vinte e um anos que internara com um quadro grave inflamatório agudo com sinais de ascite, pleurite e dermatite, sinalizando critérios para o diagnóstico de Lúpus Eritematoso Sistêmico, que pude compreender o que me afligia. Numa tarde, Denise pediu que eu fosse ao

seu leito, pois desejava me fazer uma pergunta: “Doutora, você acha que estou com esta doença porque no dia das mães deste ano, tocou a campanha da minha casa uma mulher e disse que era amante do meu marido?” Durante a conversa, Denise pôde falar do impacto daquela notícia sobre ela: “Meu mundo caiu!”. Afirmou que decidiu permanecer no casamento porque tinha três filhos pequenos e não via alternativa. O questionamento de Denise traduziu o meu desconforto.

Na enfermaria de clínica médica onde eu atuava como residente havia dois leitos da reumatologia, de modo que o contato com pessoas com graves doenças autoimunes e seus tratamentos tão agressivos, ou mais, quanto as patologias, me afetavam sobremaneira e me acoassavam com perguntas como: que medicina é essa? Será que só temos isso a oferecer às pessoas? Como se dá o mecanismo de adoecimento? De que modo o estresse psicológico pode ser determinante? Seria possível atuar antes do sofrimento ser tão intenso a ponto de se inscrever no corpo e na alma das pessoas?

A partir daí, comecei a entender que seria necessário realizar uma mudança na trajetória profissional. O meu coração apontava outra direção. Decidi fazer o concurso de residência médica em psiquiatria no IPUB/UFRJ, uma vez que esta havia sido uma outra área que me interessara durante a graduação e imaginei que, ali, tais questões poderiam ser respondidas. No ano seguinte, 2004, ingressei naquele programa de residência médica. Fato é que, apesar de ter me encontrado e encantado na atuação profissional no campo da saúde mental, foi somente em 2014, quando fui convidada a atuar como docente na UFRJ, que pude começar a vislumbrar respostas àqueles questionamentos.

O campo da prevenção e promoção em saúde mental era o que eu buscava, desde aquele momento à beira do leito de Denise, a pessoa que me indagou sobre a possibilidade de ser o sofrimento psíquico o gatilho para a manifestação do seu grave adoecimento clínico. Embora a oportunidade de atuação neste campo, da prevenção e promoção em saúde, só tenha aparecido quando me deparei com a docência.

Atuando na formação médica, na disciplina de saúde mental, compreendi que poderia ajudar o(a)s futuro(a)s médico(a)s a cuidarem da sua própria saúde mental, de modo a se prepararem para lidar com as tensões da vida, da formação e com a futura atuação profissional.”

A necessidade do cuidado com a saúde mental do estudante de medicina durante a graduação é um tema atual, bastante conhecido e debatido na área da

educação médica. A literatura científica está recheada de artigos que abordam o sofrimento psíquico do estudante de medicina. Em sua maioria, os artigos apontam os sinais e sintomas mais frequentemente encontrados nos discentes, bem como os diagnósticos mais comuns e sua epidemiologia (Rotenstein e cols, 2016; Barreto e cols, 2015; Andrade e cols, 2014; Pereira e cols, 2014; Alves, 2014). Tais artigos costumam concluir que ações devem ser empreendidas pelas universidades, seja no suporte ao estudante de medicina que adocece, ofertando tratamento, seja na necessidade de mudanças curriculares visando minimizar o sofrimento discente. Nas últimas três edições do COBEM, Congresso Brasileiro de Ensino Médico, promovido pela ABEM, Associação Brasileira de Ensino Médico, a temática da saúde mental do estudante de medicina esteve presente em diversas oficinas, mesas, fóruns e painéis.

Embora o problema do sofrimento psíquico do estudante de medicina seja exaustivamente levantado, observa-se uma escassez de estratégias em execução que possam saná-lo, ou ao menos, minimizá-lo.

O presente trabalho se propõe a colocar uma experiência empírica de cuidado com a saúde mental dos estudantes de graduação em medicina, a Oficina do Cuidado realizada na UFRJ/Macaé, em diálogo com a Academia, pelo instrumento da pesquisa científica, com vistas a analisar, sistematizar e divulgar este trabalho. Sua relevância está, em primeiro lugar, no mapeamento das práticas de cuidado que vêm sendo realizadas no Brasil junto a estudantes de medicina, reunindo-as em uma descrição a fim de dar-lhes visibilidade. Em segundo, na aposta que faz em uma estratégia que vem se mostrando bem-sucedida, a das Oficinas do Cuidado para estudantes de medicina, cuja proposta é oferecer um espaço de escuta, diálogo, reflexão, arte e filosofia, na esteira da noção antiga do cuidado de si. Nesta, é necessário cuidar de si para cuidar do outro e do mundo. Tal cuidado era, na Antiguidade, segundo Mattar (2016), uma preparação para a vida, para as situações com as quais o sujeito se depararia, e se dava através de exercícios espirituais: meditação, memorização, escrita, diálogo e outras. Tratava-se de ocupar-se consigo, prática comum na Antiguidade, sobretudo nos séculos I e II. Seria como ser “o médico de si mesmo”, onde a filosofia era uma terapia das paixões da alma. As Oficinas do Cuidado se revelam como um espaço onde o mal-estar do estudante de Medicina possa aparecer, ser tematizado e cuidado a partir daí. Trata-se de um espaço onde narrativas podem ser produzidas para além da instrumentalização do discente no saber médico-

científico. Outro fator relevante no trabalho é a possibilidade do enfrentamento da resistência no meio médico e da formação médica em abrir espaços nos quais não se precise o tempo todo provar força, invulnerabilidade e competência. Não é fácil sustentar espaços como estes, junto aos próprios pares, partidários da formação conteudista, mas os resultados obtidos, como serão vistos, fazem com que este esforço valha a pena.

Devido à riqueza dessa experiência e ao *feedback* dos estudantes, em sessões tutoriais, avaliando de maneira muito positiva as oficinas, colocam-se as seguintes questões que demandam uma investigação mais sistemática: quais são os efeitos e as contribuições desta Oficina do Cuidado para os estudantes de graduação em Medicina da UFRJ - *campus* Macaé, a partir do relato dos próprios estudantes? Ou seja, qual o diferencial que essa experiência tem trazido para a vida e a formação desses discentes? Uma vez que se confirme que esta experiência traz contribuições importantes para a formação em medicina, como trazer o cuidado com a saúde mental do estudante longitudinalmente para o curso, chamando a atenção para a necessidade de que o acadêmico cuide de si? Como entrar em diálogo com outros professores? Com vistas a responder a estas questões, propõe-se como objetivos:

OBJETIVO GERAL: analisar a experiência dos estudantes de medicina da UFRJ - Macaé enquanto participantes das Oficinas do Cuidado na disciplina de Saúde Mental do oitavo período do curso de graduação.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS: apontar os fatores que levam ao estresse e ao sofrimento psíquico durante a formação médica; realizar um levantamento das práticas que vêm sendo empreendidas no cuidado com a saúde mental dos estudantes de medicina no cenário nacional; sensibilizar a comunidade acadêmica quanto à relevância do cuidado com a saúde mental discente na formação médica, através da divulgação dos resultados deste trabalho.

Segue-se uma breve descrição do que o leitor irá encontrar nesta dissertação. A organização dos capítulos se deu a partir do caminho percorrido pela autora, o qual, como se poderá notar, inicia com uma reflexão teórica acerca de aspectos históricos relacionados ao tema, e vai se desenvolvendo de forma a trazer a voz dos próprios estudantes sobre as atividades da Oficina do Cuidado e seus efeitos.

No capítulo I, *Caminhos da formação em medicina*, será tematizada a formação médica, com ênfase no último século, o modo como o modelo biomédico predominou neste cenário e o sofrimento psíquico do estudante de medicina como uma das consequências donatárias do paradigma biomédico.

No capítulo II, *O mal-estar na contemporaneidade: intensificação do sofrimento do estudante de medicina e estratégias de enfrentamento*, serão colocados em questão: as formas de produção de mal-estar na contemporaneidade, com ênfase na discussão que Bauman (1999) faz acerca da sociedade de consumo; as vicissitudes da geração Y e a discussão de como o ensino médico tem respondido em termos de estratégias de enfrentamento para o sofrimento psíquico do estudante. Para tal, foi realizada uma revisão bibliográfica.

No capítulo III, *Oficina do Cuidado: um fruto além-mar do cuidado de si*, a Oficina do Cuidado será descrita em seus pormenores, desde a concepção, objetivos, metodologia, potencialidades, dificuldades e resultados encontrados. Na segunda parte do capítulo, apresenta-se a noção do cuidado de si na Antiguidade, esteira na qual está fundamentada a Oficina do Cuidado.

No quarto capítulo, será apresentada a pesquisa realizada com os estudantes de medicina que participaram da Oficina dos Cuidado no oitavo período do curso de graduação em medicina da UFRJ – Macaé, cuja metodologia participativa e qualitativa, o *Photovoice* (WANG, 1999), pretendeu conhecer a experiência de participação a partir do relato dos próprios discentes, trazendo o seu ponto de vista em primeira pessoa, dando-lhes voz, para que falassem deles, por eles mesmos. A ferramenta metodológica *Photovoice* utiliza fotografia e narrativa.

CAPÍTULO I

CAMINHOS DA FORMAÇÃO EM MEDICINA

Neste capítulo, pretende-se discorrer sobre como se constituiu a formação em medicina, com ênfase nos últimos cem anos, bem como abordar as dificuldades que este modelo de educação acarretou, apontando e analisando suas consequências. Para isso, o presente texto será composto pelos seguintes itens: A história da formação em Medicina no século XX - O modelo flexneriano; Consequências desta formação: sofrimento e estresse do estudante de medicina.

1.1 A história da formação em Medicina no século XX – O modelo flexneriano

Este tópico tem por objetivo apresentar como o modelo biomédico de saúde ganhou força e se consolidou como paradigma para a formação médica a partir do início do século XX.

Os dados históricos que se seguem foram tomados principalmente de Pagliosa e Da Ros (2008).

No final do século XIX, no mundo todo, o modelo de arte na educação médica vinha sofrendo transformações. Havia uma forte tendência à substituição da arte pela ciência. O positivismo tornara-se predominante no pensamento ocidental e apontava o método científico como o caminho a ser seguido. Importante ressaltar que a indústria farmacêutica naquele momento, fim do século XIX, ganhava espaço, ou melhor, comprava espaço de propaganda nas revistas de publicação médica, de modo a iniciar o processo, que perdura até a atualidade, de associação com a corporação médica e as universidades. Não é difícil compreender que há diversos interesses em jogo que sustentam sistemas, crenças, práticas e políticas.

O modelo francês que predominava, mundialmente, a partir da década 1830, vai sendo progressivamente influenciado na segunda metade do século XIX pelo modelo alemão de educação e medicina. No modelo anatomoclínico francês, os estudantes aprendiam à beira do leito dos pacientes e treinavam as técnicas diagnósticas e terapêuticas nos anfiteatros anatômicos do hospital, bem como realizavam pesquisas clínicas nas faculdades de Medicina. O modelo alemão de pesquisa médica tinha como alicerce as pesquisas experimentais, o laboratório, a

hierarquia e a especialização. No Brasil, Antonio da Silva Mello (1886-1973) foi o reformador que, tendo estudado na Alemanha, defende e propaga como tendência o modelo alemão de educação médica e pesquisa na década de 1930 (KEMP e ADLER, 2004).

Há, sem sombra de dúvida, um divisor de águas que pontua a transição do modelo de educação médica a partir de 1910, que é a publicação do Relatório Flexner. Tal influência é tão marcante na história, que até os dias atuais se usa o termo modelo flexneriano para designar a educação médica com ênfase no modelo biomédico, centrado na doença e no hospital. Será apresentado, a seguir, como Flexner e seu relatório conduziram os programas educacionais médicos a uma visão reducionista do processo saúde-doença e do construto curricular, que predominou durante todo o século XX.

Abraham Flexner nasceu em 1866, em Louisville, Kentucky. Formou-se em Artes e Humanidades na Universidade de Johns Hopkins no ano de 1886. Em 1906, concluiu seus estudos de pós-graduação em Harvard. Em 1908, publica *The American college: a criticism*, seu primeiro livro, que havia sido escrito no período em que morou com a família na Alemanha. Neste livro, Flexner faz uma crítica ao sistema de educação norte-americano e abre as portas para um convite que mudará a história do ensino médico ocidental. A *Carnegie Foundation*, na figura do seu presidente Henry S. Pritchett, propõe a Flexner a realização de um estudo sobre a educação médica nos Estados Unidos e no Canadá. O convite foi aceito.

Durante seis meses, Flexner visitou todas as escolas de Medicina nestes dois países. Ou seja, em 180 dias, Flexner visitou 155 escolas médicas nos EUA e no Canadá e produziu seu relatório, que foi publicado, em 1910, a partir de suas avaliações. Ora, apenas levando em conta a variável espaço-tempo, uma crítica bastante pertinente é a de que Flexner passou no máximo algumas horas em cada instituição de ensino médico, o que dificulta a possibilidade de uma avaliação aprofundada de cada curso. Outro ponto relevante que coloca em questão a validade das suas conclusões, foi o fato de Flexner ter se recusado a utilizar qualquer instrumento de coleta de dados padronizado e validado. Flexner afirmava que utilizava indicadores “óbvios” que eram suficientes para formular um juízo de valor, desprezando a necessidade de validar os critérios e/ou o processo de avaliação. Em suma, embora Flexner tenha sido conhecido como um expoente difusor e defensor do

cientificismo (na educação médica), ele próprio prescindiu do método científico em suas avaliações.

Conhecendo os meandros dessa história, serão apresentadas as conclusões de Flexner em seu famoso relatório e suas repercussões.

Flexner julgou que entre as 155 escolas médicas existentes à época, nos EUA e no Canadá, somente 31 reuniam condições de se manter em funcionamento. Segundo ele, todas as outras eram desnecessárias ou inadequadas. De fato, nos doze anos seguintes ao relatório Flexner, 50 das 131 escolas de Medicina dos EUA fecharam. Restaram apenas duas das sete escolas médicas para negros. As escolas médicas homeopáticas que eram em número de 20 em 1910, passaram a 4 em 1920. A única escola de fisiomedicalismo, precursor da fitoterapia, fechou em 1911.

É sabido que, no início do século XX nos EUA, não havia regulação estatal sobre a abertura, funcionamento, critérios de admissão e tempo de duração para as escolas médicas. Porém, também é fato que, a partir das mudanças ocasionadas pelo relatório Flexner, o ensino médico tornou-se elitizado e dirigido à classe média-alta branca. Do mesmo modo, não houve mais espaço para outros modos de atenção à saúde que não abraçassem o modelo proposto por ele.

São recomendações do relatório Flexner para a reformulação do modelo de ensino médico: que os programas educacionais tenham uma sólida base científica; que as escolas médicas estejam atreladas às universidades; que haja um rigoroso controle de admissão; currículo de quatro anos, dividido em dois anos de ciclo básico sediado em laboratório (exigência de instalações adequadas), e dois anos de ciclo clínico, exercido no hospital. Para Flexner, o estudo da medicina deveria ser centrado na doença e o hospital seria o local de excelência para estudar as doenças, onde o estudante, em formação, deveria concentrar-se no ciclo clínico. Há aqui a negação de todos os outros fatores que estão presentes no processo saúde-doença em detrimento do biológico. Os contextos culturais, sociais, psíquicos, coletivos passam a ser desprezados pelo ensino médico ocidental e desimplicados do processo saúde-doença. Esta triste realidade, que impacta todos os envolvidos no cuidado em saúde, perdurou durante todo o século XX e ainda hoje é motivo de grande empobrecimento no saber-fazer médico.

Abud e outros (2012) fazem uma crítica à “clínica da decifração”, expressão criada por Michel Foucault (1926-1984) na obra *O Nascimento da Clínica*, publicada em 1963. Na “clínica da decifração” há um privilégio, senão exclusivismo, do modelo

biomédico, onde a entrevista e o exame do paciente se limitam ao levantamento de sinais e sintomas, visando encaixar a doença a um quadro nosológico preestabelecido relacionado a determinada categoria diagnóstica, fornecendo-lhe um nome. “Neste modelo, tudo aquilo que é humano incomoda e atrapalha o processo de decifração.” (p. 437). Os autores trazem a discussão de que este modo de relação médico-paciente se reproduz no método pedagógico de ensino médico, em o que o professor é aquele que detém os conhecimentos, que possui a chave da decifração e ensina o que fazer, e o estudante é um mero expectador, passivo, ignorante que recebe o conteúdo e que deve seguir as recomendações do mestre, tal qual o paciente deve seguir as prescrições do médico que sabe o que é melhor para a sua saúde. Estabelece-se entre professor-aluno, do mesmo modo que entre médico-paciente, uma rígida hierarquia em que o saber confere poder.

O método científico blinda estas relações de poder, não permitindo questionamento, pois confere o único tipo de conhecimento seguro, pautado na observação e na experimentação.

Resumidamente, as contribuições do modelo flexneriano para a educação médica foram a adoção do modelo biomédico, centrado na doença e no hospital. Neste, o processo de saúde-doença é biologicamente determinado, o que limitou enormemente a visão do campo. As relações dentro das escolas médicas seguiram um padrão de hierarquia inquestionável, trazendo graves consequências para os futuros médicos que serão examinadas a seguir. Note-se que o paradigma cartesiano-newtoniano sustentou essas ideias e práticas por cerca de um século. Mitre e outros (2008) contextualizam a questão:

Historicamente, a formação dos profissionais de saúde tem sido pautada no uso de metodologias conservadoras (ou tradicionais), sob forte influência do mecanicismo de inspiração cartesiana-newtoniana, fragmentado e reducionista. Separou-se o corpo da mente, a razão do sentimento, a ciência da ética, compartimentalizando-se, conseqüentemente, o conhecimento em campos altamente especializados, em busca da eficiência técnica. (p. 2134)

1.2 Consequências desta formação: sofrimento e estresse do estudante de medicina

Como o estudo da medicina se tornou um problema de saúde para os futuros médicos? O que acontece no curso de graduação que o torna tóxico para o estudante?

Por que o sonho de ser médico ao passar no vestibular vira pesadelo? Por que alguns desistem de viver ao longo da formação? Como o estigma em relação à pessoa em sofrimento psíquico impede que o estudante de medicina busque ajuda para as suas dores? Como se sustenta a ilusão de onipotência do médico? O médico não pode ser questionado? O médico não pode sentir, afetar-se, sofrer? O médico não pode se cuidar? O médico não pode parar? Descansar? O médico não pode errar? O médico não pode ser humano?

Estas são algumas questões para reflexão a partir do modo como se estruturou o ensino médico ocidental no último século. A tarefa de esgotar o assunto não é uma pretensão desta dissertação, longe disso. Almeja-se compreender os fatores que constituem motivo e expressão de sofrimento do estudante de medicina ao longo da sua formação, bem como aguçar na comunidade acadêmica o desejo de mudança desse estado de coisas.

Nos grupos da Oficina do Cuidado que serão descritos neste trabalho, tem-se a oportunidade de conhecer e tematizar com os estudantes as questões que os afligem. A seguir, serão problematizadas determinadas questões que comumente aparecem nos grupos e trazidos alguns fragmentos das narrativas produzidas nesses encontros que podem enriquecer a discussão com exemplos vivos.

Os currículos dos cursos de graduação em medicina, ao longo do século XX, foram estruturados para atender às demandas do modelo biomédico, como visto no item anterior. Neles há um excesso de conteúdos a serem apreendidos nas diferentes especialidades, tanto no ciclo básico, quanto no clínico. Os estudantes se veem assoberbados em assimilar, ou mais frequentemente, sendo cobrados e se cobrando decorar extensos conteúdos. Mesmo sendo presente a crítica, tanto no corpo discente, quanto no docente, de que boa parte desses conteúdos não será necessária à sua atuação profissional enquanto médicos generalistas, a cobrança permanece, o que gera ainda mais frustração. Sobra pouco tempo para dormir, descansar, alimentar-se adequadamente. Costuma-se considerar que para o estudante de medicina tais atividades são um luxo, que não fazem parte da sua formação. Ainda menos espaço há para o lazer, fazer amizades, criar e fortalecer vínculos, estar com os amigos e família, praticar esportes. Quando o estudante dedica parte do seu tempo para qualquer atividade que não seja estritamente acadêmica, acaba se sentindo culpado e em débito com a sua formação. Por vezes, é recriminado pelos professores e até mesmo pelos colegas.

Outro grande motivo de estresse e sofrimento referido pelos estudantes é o modo como as avaliações são realizadas. Queixam-se de que, em diversas situações, senão na maioria delas, as perguntas não são elaboradas para testar o conteúdo que realmente retrata o que foi e deveria ser aprendido e sim para induzir ao erro, como a cobrança de detalhes de rodapé. Sentem-se envergonhados, humilhados, com raiva quando fracassam após muito estudar, por vezes noites a fio. A forma da divulgação das notas também é percebida pelos estudantes como motivo de sofrimento. O fato de todos os colegas tomarem conhecimento das notas uns dos outros, faz com que se sintam expostos e estimula a competitividade entre eles. A competitividade age como uma *erva daninha*, minando as relações que são vitais para a sobrevivência no *Campus*, sobretudo quando a maioria está distante da família.

O modo como o ingresso nos cursos superiores se organiza hoje no Brasil através do Sistema de Seleção Unificada (Sisu) e do Programa Universidade para Todos (Prouni), favorece que os estudantes, muitas vezes, se classifiquem para universidades distantes da sua cidade de origem. Tal fato tem se mostrado como um fator que confere vulnerabilidade psicossocial ao estudante, o qual carece de laços sociais e afetivos no novo ambiente, cuja adaptação e enfrentamento das situações estressantes tornam-se ainda mais árduos. Boa parte dos estudantes omite da família distante quando está passando por dificuldades. Argumentam que não querem causar preocupação, que já se sentem pesarosos por serem dependentes economicamente, ou que precisam se virar sozinhos, afinal já são adultos! Esta atitude priva a família e o estudante de um suporte afetivo, da possibilidade de ter o apoio e da intervenção de quem os ama, de sentir que têm com quem contar.

Muito se tem falado, na literatura especializada, a respeito do estresse a que está submetido o estudante durante o curso de medicina, como nos alertam Pereira e outros (2014): “O estresse é comum entre os estudantes de medicina e tem sido associado com aumento do risco de *burnout*, ansiedade e depressão, abuso de álcool e drogas, dificuldades sociais, ideação suicida e suicídio.” (p. 125).

Os diferentes processos que influenciam o sofrimento psíquico discente foram objeto de um estudo qualitativo, prospectivo, que acompanhou do segundo ao sexto ano, estudantes de todas as escolas médicas do Ceará (ANDRADE et al, 2014). Os resultados apontaram depressão, insônia, problema pessoal, privação de lazer e

insegurança técnica atuando sobre o sofrimento dos estudantes. Neste estudo, a prevalência de transtornos mentais leves (TML) foi de 48,5% a 53,3% nas diferentes escolas médicas. Os autores chamam atenção para o fato de que somente 18,2 a 20% dos estudantes procuraram por ajuda psicológica. Alves (2014) aponta um maior risco de sintomas depressivos e ansiosos entre os estudantes de medicina, quando comparados aos estudantes dos cursos de outras áreas. Segundo a autora, tal fato impacta o desempenho acadêmico, podendo levar ao abandono do curso, eleva o risco de abuso de substâncias psicoativas e de suicídio. A autora sugere que se façam grupos terapêuticos, detecção precoce e encaminhamento para tratamento especializado nos casos de gravidade moderada ou alta.

A literatura internacional também aponta o problema. Rotenstein e outros (2016) realizaram um extenso estudo de revisão que investigou dados de 43 países e encontraram que a taxa de prevalência estimada para depressão ou sintomas depressivos entre estudantes de medicina era de 27,2% e para ideação suicida era de 11.1% (números bem acima do que a média da população em geral apresenta para essa faixa etária). Os autores chamam atenção para o fato de que apenas 16% destes estudantes procuram tratamento psicológico ou psiquiátrico. Concluem afirmando que mais pesquisas precisam ser realizadas para identificar estratégias de prevenção e tratamento destas condições nessa população.

A relação com professores e preceptores não facilita a vida dos estudantes, ao contrário. Há um constante reforço da condição estereotipada do estudante de medicina e do médico com afirmações e perguntas do tipo (expressas na frente dos pacientes ou da equipe, muitas vezes): “Medicina é para os fortes!”; “ Se você não aguenta a pressão, está na profissão errada.”; “Acha que está com pouco tempo para dar conta da matéria? O que você faz de meia-noite às seis?”. “Como você não sabe isso? Faça como fulano e estude mais.”

Com muita angústia, os estudantes relatam vivências de violência durante a sua formação. As situações e cenários são os mais diversos. Algumas delas são referendadas e institucionalizadas, como o trote universitário. Outras são veladas, como a não divulgação das notas da avaliação anterior até as vésperas da próxima. Por vezes, presenciar situações de condutas antiéticas, desrespeitosas, preconceituosas e até mesmo violentas com pacientes, acompanhantes ou com a equipe de saúde por parte dos professores ou preceptores, se constitui uma violência

inominável para o estudante. Estar presente em tais cenas e calar, por achar que não pode contestar o seu superior com receio de retaliação, de ficar “marcado”, ou porque pensa que se intervir vai aumentar o constrangimento, produz no estudante uma miríade de sentimentos, tais como: impotência; raiva; indignação; culpa por sentir-se cúmplice, uma vez que nada fez; frustração por não ter tido coragem de atuar; medo de testemunhar novamente algo semelhante ou pior. Mas até quando situações como essas ocorrerão? Como interromper esse ciclo de vergonha, humilhação e medo?

Apesar do modelo biomédico estar sendo questionado e de se apontar a necessidade de ultrapassá-lo contemporaneamente, ele ainda é predominante e desumaniza as relações na medicina, no ambiente de trabalho em saúde e na formação médica.

O método científico, com seu rigor característico, não permite a possibilidade de erro. O estudante, em posição hierarquicamente inferior, não deve questionar o professor. Faz-se necessária a criação de espaços em que se possa problematizar o modelo hegemônico promovendo empoderamento dos estudantes e consciência crítica para o corpo discente e docente.

Barreto e outros (2013) apontam que a existência de situações de violência durante o curso de medicina é bastante frequente e precisa ser melhor investigada, a fim de compreender seu papel nos agravos à saúde mental, qualidade de vida e satisfação do estudante de medicina durante o curso. Em outro estudo, Roberto e Almeida (2011) concluem que não basta que as entidades responsáveis pela educação médica reconheçam que existe o estresse acadêmico, mas que se faz necessário intervir com estratégias que promovam bem-estar psicológico.

O estudante de medicina se depara, ao longo da formação, com situações de extremo sofrimento para o paciente e sua família, que algumas vezes, culminam na morte daquele. A morte é um tema com o qual o estudante precisa lidar desde o início da formação médica, nas aulas de anatomia. Silva e Ayres (2010) apontam a escassez de oportunidades de tematizar as angústias, os medos e o sofrimento existencial dos estudantes de medicina diante das situações cotidianas a que estão expostos na relação médico/aluno/paciente, família e professor. Estes autores sugerem que a falta de acolhimento e cuidado com os aspectos emocionais dos estudantes pode se reproduzir na sua atuação profissional, em semelhante negligência do acolhimento destes aspectos com os seus pacientes, e preconizam

que se ensine “a aprender a cuidar do cuidado de todos os sujeitos envolvidos no saber-fazer em medicina.” (p. 494). Ao aprendizado de tecnologias relacionais, que Merhy e Aciole (2003) denominam tecnologias leves, constituídas em ato, se atribuiu um valor de ampliar a capacidade de atuação do profissional e do serviço de saúde de cuidar do paciente na sua complexidade.

O preconceito e o estigma referente às questões que envolvem a saúde mental funcionam como barreira de acesso ao cuidado para as pessoas em sofrimento psíquico em toda parte, inclusive e sobretudo, dentro da academia. Não raro, ouvem-se colegas nos corredores do hospital onde se realizam interconsultas psiquiátricas acompanhadas dos estudantes, pérolas como: “Dá um jeito naquele maluquinho do leito 11!”.

Andrade e outros (2014) nos chamam atenção para o fato de que ainda quando os estudantes reconhecem a necessidade de buscar ajuda, não o fazem.

Nos últimos anos, os alunos aprimoram a percepção do sofrimento mental, mas, mesmo assim, não recebem apoio e não o buscam, quando quase 95% dos suspeitos dizem ter percebido a necessidade do apoio, mas não o terem feito de fato, o que se confirma na literatura. (p. 240)

Greenberg (2013) aponta que um estudo publicado em 2005, no *New England Journal of Medicine*, evidencia que as taxas de suicídio entre médicos são 40% maiores entre homens e 130% maiores entre mulheres em comparação com a população geral. Meleiro (1998) chama atenção para o fato de que há uma relação diretamente proporcional entre desempenho acadêmico e suicídio, ou seja, quanto melhor a performance acadêmica do estudante de medicina, maior o risco de suicídio.

No processo de ampliação do trabalho que se faz nas Oficinas do Cuidado no curso de medicina da UFRJ – Macaé, ouvem-se argumentos dos colegas como: “Se vocês ficarem dando ênfase à saúde mental, dando oportunidade para falar de problemas, os estudantes vão acabar achando que estão deprimidos.”; “Agora todo mundo acha que é deprimido!”; “Vocês vão mexer numa coisa que não vão dar conta.”; “Abrir espaço para isso, vai fazer a coisa crescer e não sabemos onde vai parar...”; “Não vou ceder espaço na minha disciplina para a saúde mental, tenho muito conteúdo para dar.”; “O quê? Este período está com duas áreas verdes? Temos que ocupar com aulas e passar conteúdo.”. Fica claro nestes discursos que há crenças míticas de que abordar assuntos que envolvem sofrimentos vai piorá-los, ou até mesmo provocá-los. Algumas afirmações mostram claramente a desvalorização da necessidade do

cuidado com a saúde mental do estudante e que, para determinados professores, importante mesmo é transmitir conteúdo, a qualquer custo. Importa deixar claro que há no corpo docente do *campus* professores que são sensíveis a estas questões e que se mostram atentos aos estudantes que vêm apresentando sinais de sofrimento, os quais procuram alertar a assistência estudantil e os professores que conduzem as Oficinas do Cuidado sobre o que percebem e/ou orientam os estudantes a buscar ajuda.

O sofrimento do estudante de medicina não é um assunto de interesse e preocupação exclusivo da academia. A mídia, a opinião pública, a saúde pública, a comunidade tem se mostrado impactados com os acontecimentos noticiados recentemente. No ano de 2017 houve diversas matérias em jornais que trouxeram à tona a expressão máxima deste sofrimento, as tentativas de suicídio e o suicídio consumado de estudantes de medicina em diferentes universidades do Brasil (FOLHA DE SÃO PAULO, 2017; O TEMPO, 2017; GAZETA DO POVO, 2017). No curso de medicina da UFRJ de Macaé, em julho de 2017, houve o suicídio de um estudante do primeiro ano. Foi, e será para todo sempre, uma enorme tragédia para todos, corpo docente e discente. Como é possível se recuperar? Muitas reflexões e iniciativas surgiram a partir daí. Sem dúvida, esta morte sinaliza que há muito trabalho a ser feito: na transposição do paradigma biomédico; na construção da rede dos cuidados ao estudante no *campus* e nos dispositivos da saúde, da cultura, do esporte; nas políticas da assistência estudantil e no modo de incitar no futuro médico o cuidado de si que se constitui uma tarefa vital e intransferível de todo ser humano.

O presente trabalho pretende ir além das fontes citadas, as quais, em sua maioria, apontam com precisão os problemas na formação médica e suas consequências para o estudante, afirmando ser necessário pensar em alternativas e mudanças, mas se interrompem nesse ponto. Nos capítulos seguintes, o ponto de partida da reflexão será esse onde os autores têm silenciado, a fim de propor saídas e estratégias de cuidado que possam ir além do mero levantamento dos problemas. Para esse fim, pretende-se descrever o quanto os aspectos da formação médica e do mal-estar que lhe está relacionado tem raízes no modo como se tem vivido no contemporâneo, sendo, portanto, algo que diz respeito não apenas aos estudantes, professores e cuidadores no curso de medicina, mas a todos. A partir dessa visão ampliada, será visto mais adiante o quanto as Oficinas de Cuidado tratam, isto é, cuidam, não apenas do mal-estar localizado nas experiências singulares de discentes

e docentes, mas também permitem refletir sobre o horizonte histórico no qual nos movemos na contemporaneidade.

CAPÍTULO II

O MAL-ESTAR NA CONTEMPORANEIDADE: INTENSIFICAÇÃO DO SOFRIMENTO DO ESTUDANTE DE MEDICINA E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

Neste capítulo, será abordado o mal-estar no contemporâneo, procurando-se contextualizar a intensificação do sofrimento do estudante de medicina na atualidade. Pretende-se refletir como o modo de organização da sociedade nos tempos de hoje impacta os jovens (a chamada geração Y), mas não somente ela. Impacta também todas as pessoas que estão vivenciando esses tempos. Tempos em que os valores são voláteis, em que o movimento, a fluidez, a velocidade, a instantaneidade são as marcas. Como é possível ter referências? Como é possível criar raízes? Tempos em que o consumo dita as regras e torna a estética o grande “bem” almejado. Em que o sentimento de inadequação ou de fracasso se faz presente em quase todas as vidas. Como esses padrões produzem modos de ser e sofrimento? Como tais questões aparecem no curso de medicina? Por que hoje os estudantes expressam mais sofrimento do que no passado? Que ações têm sido tomadas para enfrentar o sofrimento na formação médica?

Visando tematizar essas questões, dividiu-se o capítulo em três tópicos: O mal-estar na contemporaneidade; A Geração Y: contexto histórico-cultural dos estudantes de medicina; Estratégias de enfrentamento para o sofrimento do estudante de medicina.

2.1 O mal-estar na contemporaneidade

Para trazer luz a esta temática optou-se por discutir os conceitos e provocações que o sociólogo polonês Zygmunt Bauman (1925-2017) enuncia no capítulo *Turistas e vagabundos* (p. 75-98) do livro: *Globalização: As consequências humanas* (1999).

Segundo Bauman, vivemos tempos em que todos se movimentam, quer queiram ou não. Para se movimentar não é preciso sair de casa, pode-se fazê-lo viajando pela *Web*, ou através dos canais da TV. Pode-se ir a qualquer lugar num *click*, e em seguida a outro, a outro, a outro, ilimitadamente. A noção de limites tornou-

se anacrônica. O que pode trazer consequências e questionamentos existenciais tais como: por que permanecer onde se está? Por que se fixar em um lugar?

Na época em que Bauman escreveu este livro não havia o sem número de redes sociais que hoje há, nem a imensa facilidade de navegar pelos *smartphones*, porém o autor já tematizava a fluidez das relações humanas em suas obras. Para que se fixar a alguém quando a oferta (virtual) é infinita? Se tudo muda o tempo todo num ritmo ultra frenético, por que se demorar seja lá no que for?

Na prática da autora observa-se de que fala Bauman. Os estudantes referem dificuldade em silenciar as chamadas incessantes no celular, seja na forma de mensagens, de *likes*, de *posts*. Parece que se “desconectar” tornou-se uma missão impossível. Não é difícil compreender que tal fato tem impacto na capacidade de atenção, concentração, memória, de sono tranquilo, bem como afeta o humor de qualquer um que se deixe exposto ao assédio ininterrupto das redes sociais. Infelizmente, esta condição (e/ou suas consequências) muitas vezes é medicalizada sem que o contexto aqui discutido seja considerado e cuidado a partir daí.

Bauman (1999) afirma que a globalização traz consigo a produção do efêmero, de produtos e serviços que têm pequena durabilidade, uma vez que para conferir crescimento à economia e à indústria global é necessário que o desejo do consumidor se desloque rapidamente para outro objeto. Na sociedade de consumo, somos guiados por tentações produzidas ao sabor do mercado, de preferência com o olhar dirigido para o futuro, de modo que o que se tem no presente, já não satisfaz, pois se torna obsoleto em pouquíssimo tempo. Mas o que acontece com aqueles que desejam e não têm poder de compra? Os pobres, produtos do capitalismo, também estão viajando nesse mar, porém com embarcações que não lhes permitem navegar com segurança e conforto ao compasso das marés.

A ênfase no consumo na contemporaneidade outorga mudanças na sociedade, na cultura e na vida individual. Bauman (1999) afirma que: “O consumidor em uma sociedade de consumo é uma criatura acentuadamente diferente dos consumidores de quaisquer outras sociedades até aqui.” (p. 78).

Os hábitos na sociedade de consumo também são voláteis. O consumidor ideal deve ser alguém que não se apegue a nada, que não firme compromissos duradouros, que tenha sede por novidades, que seja um eterno insatisfeito, pois há sempre algo que lhe falta, que ele ainda não tem ou não experienciou. O consumidor deve ser

facilmente seduzido por um novo objeto de desejo e rapidamente se cansar, se entediar quando o adquire. A cultura da sociedade de consumo comporta e estimula o esquecimento, a impaciência e a impetuosidade. Ocorre uma inversão do ciclo necessidade/satisfação, em que a promessa de satisfação desperta necessidades, muitas delas nunca antes suspeitadas. Deste modo, o consumidor tende a experimentar um mal-estar na forma de tristeza, de um vazio que precisa ser preenchido. A promessa de satisfação leva o consumidor a consumir para aplacar o mal-estar, para se sentir bem como a TV propagandeia. Segundo Bauman, a acumulação de bens, na sociedade de consumo, encontra-se aquém do colecionismo de sensações. Afinal, os consumidores ideais são inquietos, estão em constante busca por novidades e precisam ser permanentemente excitados, visando-se a que nunca se desviem do foco do consumo e do desejo. Eles não podem descansar. A internalização dessa pressão faz com que o consumidor confunda o ciclo de compulsão com o exercício de liberdade de escolha. Para ele, escolher entre as tantas opções que a indústria oferece é uma grande vantagem, um verdadeiro exercício de liberdade. Tal equívoco mantém a roda girando em sentido único, o do consumo.

Um possível desdobramento do que foi exposto é o entendimento de que este modo de ser consumidor se mostra nos mais diversos ambientes da sociedade, inclusive no meio acadêmico. Mas de que modo a academia incita o consumo? Sabe-se que no meio acadêmico há uma enorme pressão para produção científica, para o consumo de *papers*, congressos, pesquisas, prêmios, entre outros. A produção acadêmica tem prazo de validade curto, o que foi publicado no último ano já não coloca o autor em posição vantajosa, é preciso mais. Não se pode parar, senão alguém lhe passa a frente, senão você não tem mérito para ascensão, nem é reconhecido entre seus pares. A academia mostra-se um ambiente hostil que estimula a competitividade, alimenta a insatisfação e gera uma sensação de débito constante. Então, o mal-estar na universidade não é privilégio apenas dos estudantes. Os professores e pesquisadores também sofrem. Todos estão inseridos na roda-viva. Porém, como na metáfora do mar de Bauman (1999), há aqui uma clara relação de poder, na academia também há aqueles que navegam em embarcações luxuosas, enquanto outros, em precárias jangadas procuram sobreviver.

Retomando o argumento de Bauman (1999), em que os consumidores são ininterruptamente excitados para se manterem desejantes por um lado e insatisfeitos

por outro, a grande questão que se coloca é que, por mais desejantes e estimulados que todos na sociedade de consumo possam ser, nem todos podem ser optantes, ou seja, nem todos podem consumir. Na sociedade de consumo, o que diferencia os “alta classe” dos de “baixa classe” é a capacidade de mobilidade. Enquanto os primeiros têm liberdade para escolher e vão para onde querem quando quiserem, os segundos estão presos, sem opção. Esta divisão fica clara ao se observar a segregação urbana, em que de um lado moram os ricos, os quais usufruem em seu território de toda infraestrutura urbanística e dos serviços públicos e privados de primeira qualidade, e de outro os pobres, que não ousem ultrapassar as fronteiras higienistas, nem tão invisíveis assim, que os separam daqueles que podem exigir direitos e privilégios.

Bauman (1999) distingue a condição de viajantes por escolha dos de alta classe, daquela feita por imposição aos de baixa classe, que muitas vezes são expulsos do lugar que habitam e de onde não gostariam de sair. Afirma que o termo nômade usado na contemporaneidade para os cidadãos da era globalizada, aplaina a diferença entre as classes, fazendo uma simplificação superficial entre as semelhanças. A não exigência de vistos de entrada em boa parte do mundo globalizado constitui um paradoxo, uma vez que o controle de imigração é extremamente severo com os indesejados, quais sejam, os pobres, que não têm poder de consumo, ou são refugiados, acirrando ainda mais a estratificação social e evidenciando o sistema de privilégios e privações. A polarização faz com que os do *Primeiro* Mundo não encontrem barreiras para transpor o espaço real ou virtual e os do *Segundo* ou *Terceiro* Mundo não tenham liberdade de se movimentar no espaço. Para os primeiros, o tempo não para, todo o seu tempo presente é ocupado, para os segundos, o tempo não passa, nada acontece, esvaziando a vida de sentido. As pontes que ligariam os dois mundos são levadiças, segundo Bauman.

Então, o paradigma do turista revela aquele cidadão que se move por escolha ao seu bel-prazer, por lazer ou a negócios, que o mundo globalizado acolhe e reverencia, que a indústria do turismo seduz, promete satisfação e desperta necessidades. O paradigma do vagabundo diz respeito às pessoas que viajam porque não são benquistas em lugar algum, ou porque não encontram um lugar agradável para se fixarem, movem-se compulsoriamente, por não ter opção. “*Sinal verde para os turistas, sinal vermelho para os vagabundos. A localização forçada preserva a seletividade natural dos efeitos globalizantes.*” (BAUMAN, 1999, p. 90). Na sociedade

de consumo, ser turista é o sonho do vagabundo, enquanto ser vagabundo, constitui-se o mais assombroso pesadelo dos turistas. O hiato abissal criado entre turistas e vagabundos traz profundas consequências culturais e psicológicas. A riqueza encarna o grande objetivo a ser alcançado, invejado ou mantido a qualquer custo, pois configura o *status* de poder de escolha sem esforço, guiado pela estética do consumo. Os pobres habitam este mesmo universo do consumo, porém são consumidores frustrados, pois não deixam de almejar o que somente os ricos podem ter e fazer. No entanto, o fato de não poderem consumir, numa sociedade de consumo ou de turistas, faz dos vagabundos seres inúteis, indesejáveis, a escória, os bodes expiatórios, revestidos de todo tipo de estigma e exclusão.

Bauman (1999) alerta que a linha que separa turistas e vagabundos é tênue. No contemporâneo tudo pode mudar a qualquer momento, tudo é fluido, instável. Não há segurança na posição de turista, pois os empregos são temporários, as habilidades são desvalorizadas, a economia é imprevisível, os bens têm pouca durabilidade, o que hoje é moda, amanhã se torna obsoleto e os valores mudam constantemente. Assim, *“um mundo sem vagabundos é a utopia da sociedade dos turistas.”* (p. 94). Deste modo, políticas que regem o mundo dos turistas pretendem estabelecer a lei e a ordem, mantendo os indesejáveis vagabundos bem longe, ou melhor, encarcerados, através da criminalização da pobreza. A condição de turista não existe sem a de vagabundo e vice-versa. As experiências de vida são bastante distintas, porém interdependentes. Há de um dos lados da moeda a elite que experimenta uma hibridização cultural no mundo globalizado através da política internacional, das artes, da mídia e da vida acadêmica e que se delicia com a diversidade; do outro lado, os pobres localizados experimentam um processo de aculturação que os torna ainda mais desgostosos, desenraizados e vulneráveis pela perda de referências. A globalização intensifica a distância entre os dois mundos e os torna praticamente incomunicáveis, criando um sistema de castas globais.

Percebe-se que todas essas questões atravessam a vida dos estudantes de medicina e têm repercussão no seu modo de ser e estar no mundo. Além disso, como mencionado no capítulo anterior, o curso de medicina, historicamente, foi destinado à elite branca. O sistema de cotas que permite o acesso das minorias ao ensino superior propicia o convívio “forçoso” entre as diferentes *castas*. O “olho treinado” de quem pertence à sociedade de consumo, distingue facilmente os que têm passagem e os

que não têm. O sofrimento para os estudantes de baixa renda no curso de medicina é acentuado não só pelo estigma, mas pela falta de condições de moradia e alimentação adequadas nas universidades públicas, sustentadas por governos que mantêm o sistema de privilégios e privações das sociedades de consumo. Um exemplo de como esse fenômeno aparece no cotidiano do curso de graduação em medicina da UFRJ – Macaé reside no fato de que a universidade lá não dispõe de bandeirão (nem de moradia estudantil). Ora, Macaé é uma das cidades no país com o custo de vida mais alto. Por estes motivos, a prefeitura de Macaé, em 2017, “gentilmente” permitiu que os estudantes da UFRJ utilizassem o restaurante popular da cidade gratuitamente. Um detalhe relevante é que o pólo universitário está situado na zona industrial, em frente ao único *shopping center* da cidade e os restaurantes populares situam-se no centro e na Aroeira, bairro de classe média baixa. Deste modo, na hora do almoço, o ônibus da universidade leva os estudantes de baixa renda para almoçar no restaurante popular, enquanto os de alta renda almoçam no shopping, ou na cantina do *campus*. Como o intervalo de almoço costuma ser das 12:00 às 13:00 horas, não é difícil imaginar que toda esta logística faça uma clara distinção entre um grupo e outro, entre aqueles que têm que se deslocar para longe, sair da aula a tempo de pegar um ônibus lotado, engolir o almoço e, ao retornar, todos juntos em cima da hora, ou atrasados, entrar na sala onde os privilegiados já estão acomodados.

Um outro padrão observado, que pode ser destacado como marca da contemporaneidade, discussão iniciada acima quando abordado o sofrimento na academia, é a identificação que os estudantes de medicina fazem com suas notas, como se elas dissessem quem eles são, como se suas vidas se resumissem a isso. Há uma extrema valorização do desempenho, que coloca a comunidade discente sob pressão e em disputa.

Um último ponto de interseção entre o mundo globalizado e o universo médico que se pretende destacar nessa discussão é a imagem do médico no contemporâneo. Os médicos estão com “o filme queimado”. O médico tem sido visto como um profissional frio, arrogante, desalmado. As críticas circulam nas redes sociais. A qualquer momento, nos dias de hoje, uma consulta pode estar sendo gravada ou filmada. Os pacientes já não se sentem *intimidados* pela figura do médico e não se mostram passivos, prontos a atender as prescrições da “sumidade” médica. Os

pacientes no contemporâneo têm acesso a informações *on-line* e sentem-se à vontade para questionar quaisquer atos médicos. Marcolino e Cohen (2008) afirmam que na atualidade houve uma modificação da atitude social em relação ao médico, na qual as pessoas são informadas (pelos veículos de comunicação) e tornam-se conscientes das novas possibilidades, assim, passam a exigir que o próprio médico as leve em consideração. Estudar medicina e atuar como médico em meio a essas tensões pode aumentar imensamente o estresse inerente à profissão por um lado, e, por outro, pode convocar o médico a rever suas posturas, incitando-o a cuidar das suas relações.

Desse modo, embora ainda ocupe uma posição de poder, saber e *status* perante o paciente, os demais profissionais de saúde e os estudantes de medicina, o profissional de medicina também vivencia a volatilidade e as expectativas de sucesso e infalibilidade desde a sua formação. Ser bem-sucedido – jovem, magro, belo, rico, admirado, invejado – vem sendo equiparado a ser feliz, ao passo que tais exigências têm produzido justamente o oposto: mais sofrimento existencial.

De que forma construir estratégias de enfrentamento diante desse cenário, que ameaça tudo dominar?

2.2 A Geração Y: contexto histórico-cultural dos estudantes de medicina

Neste tópico, pretende-se introduzir a discussão acerca do modo como o mal-estar contemporâneo se apresenta na faixa etária jovem, na qual se situa a maioria dos estudantes universitários. Para isso, será feita uma contextualização histórico-cultural desta geração, a chamada geração Y, tomando por base as considerações propostas pela professora da Universidade de Boston, a doutora Dori Hutchinson (2016) no capítulo *Mental health matters: creating and cultivating a campus community that supports mental health*, em que ela destaca a importância crucial da saúde mental do estudante e da resiliência como um componente necessário na experiência do ensino superior.

A geração Y ou os milenares, como também são conhecidos, compreende as pessoas nascidas entre 1982 e 2002. Segundo Hutchinson (2016), a geração Y é retratada com as seguintes características: autocentrados, competitivos, realizadores,

sentem-se merecedores, muito otimistas, excessivamente programados, perfeccionistas, miseráveis como nunca antes. Uma geração que foi criada para se sentir bem antes de fazer bem. Autoestima e sucesso individual estão em primeiro plano a qualquer custo e são a meta principal da criação pelos pais. São a primeira geração criada nas mídias sociais, vivendo suas vidas emocionais e sociais virtualmente, passando menos tempo em relações cara a cara e em tempo real do que as gerações anteriores. Os ônus estão emergindo. Eles foram criados para acreditar que todos os sonhos são passíveis de realização, que atingi-los se constitui seu direito. Não estão preparados para lidar com o fato de que os sonhos nem sempre se realizam, e, assim, carecem de resiliência emocional. Resiliência, segundo Hutchinson (2016), seria um componente chave para o bem-estar, a habilidade de reconhecer, encarar e superar desafios, bem como crescer como resultado destes desafios. A falta de resiliência pode ser o principal impedimento para o aprendizado bem-sucedido. Os estudantes da geração Y são mais deprimidos, mais solitários, mais ansiosos, cogitam mais o suicídio do que qualquer geração de estudantes anterior a essa. O sofrimento psíquico impacta sobremaneira seu desempenho acadêmico, como visto no capítulo anterior. Hutchinson (2016) aponta os modos como pode se apresentar o sofrimento em termos de funcionamento acadêmico: fracasso apesar de esforço acadêmico, ausências excessivas nas aulas e no cumprimento das obrigações, uso abusivo de substâncias, isolamento social, dificuldade de relacionamento com os outros no *campus*, mudança no autocuidado ou falta de autocuidado, comportamentos de risco, dificuldade em tolerar frustração com estressores comuns na faculdade, dificuldade em regular emoções, sentimento de desesperança e desamparo.

O período do ensino superior se configura uma fase importante do ciclo de vida, não apenas para aquisição de conhecimento, mas também para a maturação da idade adulta jovem. Nesta fase, os jovens adultos devem aprender a se adaptar a um ambiente estressante e refletir sobre a construção da sua identidade. Hutchinson (2016) chama atenção para o fato de que a prevalência atual de problemas envolvendo a saúde mental dos universitários é alta, 37% num estudo de Einsenberg e Lipson (2014). Estes autores afirmam que em qualquer faculdade ou universidade os problemas de saúde mental mais comumente encontrados são depressão, ansiedade, comorbidade com uso prejudicial de substâncias, transtornos alimentares, ideação suicida e automutilação. O suicídio é um problema de saúde pública nos

campi, sendo a segunda causa de morte na faixa etária jovem universitária. Este dado convoca as universidades à necessidade de empreender ações de promoção à saúde mental do estudante e de prevenção ao suicídio.

A geração Y é considerada como apresentando uma dificuldade em desenvolver empatia pelo sofrimento alheio, não se sentindo obrigada a atuar em favor do outro ou da coletividade. Interessante notar como os comportamentos da geração Y estão absolutamente congruentes com o perfil do consumidor ideal discutido anteriormente com base em Bauman (1999), bem como o *reforço positivo* dado pela cultura universitária vigente que estimula a competitividade e o alto desempenho. Tais condições fazem com que se reforce o estigma em relação às pessoas que apresentam sofrimento psíquico e as impeçam de buscar ajuda. Percebe-se que não somente os pobres são os “vagabundos, indesejáveis”, pois quaisquer aspectos estigmatizantes na sociedade de consumo podem precipitar exclusão.

Ao questionar quais os possíveis fatores que levaram ao desenvolvimento de uma geração de adultos jovens a se comprometer com o sucesso acadêmico, atlético e social, porém carecer de empatia uns com os outros e de resiliência, Hutchinson (2016) aponta como causa possível o fato deles terem nascido numa época de enorme mudança na forma de comunicação da humanidade. A autora argumenta que as mídias sociais podem ter papel na dificuldade da geração Y em desenvolver habilidades emocionais para lidar com as decepções na vida real. A navegação virtual nas mídias sociais funcionaria como um “amortecedor funcional” que torna mais fácil ignorar a dor do outro e, até mesmo, infligir dor sem experimentar as consequências emocionais imediatas; assim como parece fácil acreditar que todos têm uma vida glamorosa quando só o que se vê são fotos, postagens e comentários que realçam este tipo de vida (virtual).

Outro argumento de Hutchinson (2016) acerca das razões para a falta de resiliência da geração Y é o modo como estes jovens foram criados pelos pais, com indulgência, relutância em disciplinar, superproteção, ansiedade em ofertar aos filhos todas as oportunidades para ter sucesso em tudo, falta da transmissão de habilidades de enfrentamento. Este conjunto de fatores pode contribuir para a dificuldade da geração Y de resistir ao estresse. As escolas, bem como os pais estimularam tanto o comportamento de perseguir o sucesso e a perfeição que “fabricaram” estudantes para o sucesso, porém como resultado, estes estudantes estão carecendo de

identidade e de outros sentidos para a existência e vivem assombrados com a possibilidade do fracasso. Percebe-se aqui uma mudança significativa entre o projeto dos pais de antes e os de agora. Antes o que se visava era criar filhos que fossem pessoas de bem, ou seja, que tivessem uma boa formação de caráter, ética etc. Depois, passam a visar a filhos ricos, que se destaquem socialmente, viajados, bem-sucedidos profissionalmente, famosos.

Trazer a discussão acerca da geração Y nesta dissertação não significa de modo algum o entendimento de que haja um fechamento ou uma restrição de possibilidades para esses jovens. Objetivou-se situar o estudante de medicina no horizonte sócio-histórico-cultural da sua geração, mas que afeta a todos de maneira indiscriminada. Adultos e pessoas mais velhas também precisam parecer jovens, ativos, produtivos, e também vêm se tornando menos empáticos e resilientes. Faculta-se também o imperativo de repensar a estrutura educacional do ensino superior, mas não somente esta, para fornecer as reflexões necessárias aos jovens para estabelecerem uma relação mais livre frente às determinações da época que surgem como naturais, quando são produzidas, bem como sensibilizar as universidades a estruturar as políticas estudantis para abarcar toda a diversidade de questões prementes no contexto atual.

2.3 Estratégias de enfrentamento para o sofrimento do estudante de medicina

Neste tópico serão apontadas algumas iniciativas em curso que podem contribuir para a mudança do panorama de sofrimento psíquico do estudante de medicina, ou para o seu enfrentamento. Com este propósito, serão apresentadas:

- 2.3.1)** As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina;
- 2.3.2)** A psicologia médica e
- 2.3.3)** Estratégias de cuidado.

2.3.1 As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina

A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social. (OMS, 1946, p. 01)

Apesar do conceito de saúde, pela Organização Mundial de Saúde, ter se ampliado em meados do século XX, a formação médica se atrasou cerca de meio século para incorporá-lo definitivamente nos currículos. No Brasil, foi apenas em 2001 que o Ministério da Educação promulgou as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina (DCNs), as quais estão fundamentadas no modelo biopsicossocial de saúde. As DCNs acolhem a relevância do atendimento às demandas sociais com destaque para o Sistema Único de Saúde (SUS) e convocam as instituições de ensino médico a mudarem as práticas pedagógicas aproximando-as da realidade social, tecendo novas redes de conhecimentos. Nas DCNs de 2001 consta entre as competências e habilidades específicas para o exercício profissional do médico em formação: “cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como médico” (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2001, p.03). Trazer o cuidado de si como uma competência a ser adquirida ao longo do curso, coloca o estudante de medicina em uma situação bastante diferenciada na relação consigo mesmo, com a sua formação e com o corpo docente, o qual terá, a partir daqui, que instrumentalizá-lo para isso. Se houver seriedade no cumprimento desta diretriz, os estudantes de medicina certamente estarão sujeitos a bem menos estresse e sofrimento, uma vez que o cuidado entre todos os sujeitos envolvidos na formação entra como um eixo na educação médica.

Em 2014, houve uma revisão das DCNs em que se propôs a incorporação nos projetos pedagógicos das metodologias ativas de ensino-aprendizagem (MAEA), a maior integração entre teoria e prática e entre os conhecimentos do ciclo básico, a aprendizagem em pequenos grupos, bem como a diversificação dos cenários de práticas e a consideração prioritária nos currículos das necessidades de saúde das comunidades e dos contextos em que os cursos estão inseridos.

Segundo Mitre e outros (2008), as MAEA têm como alicerce teórico a

autonomia (invocando a educação libertadora de Paulo Freire), que pressupõe um discente capaz de autogerenciar e autogovernar o seu processo de formação, e construir sua própria história. Nesta perspectiva, o docente deve ter como característica principal a humildade e uma atitude de compaixão (“acolhimento radical”), a fim de respeitar a autonomia do discente no processo de aquisição do conhecimento, de modo que o binômio docente/discente tenha uma concepção de transformação da realidade, “afinal, conhecer é transformar” (MITRE et al, 2008, p. 2136). Parece simples compreender que se o discente tiver sua autonomia respeitada durante a formação profissional, ele terá verdadeira inclinação a, do mesmo modo, respeitar a autonomia e a dignidade da pessoa sob seus cuidados, uma vez que esta é uma habilidade apontada na DNCs na sessão I, artigo 5º, que trata da atenção à saúde: “construir projetos terapêuticos compartilhados, estimulando o autocuidado e a autonomia das pessoas, famílias, grupos e comunidades e reconhecendo os usuários como protagonistas ativos de sua própria saúde” (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2014, p. 01). Vale ressaltar uma mudança de terminologia que aparece nas DCNs de 2014, aqui refere-se à “pessoa sob cuidado” ou ao “usuário” dos serviços, no lugar do “paciente” das DCNs de 2001.

Outro aspecto que diz respeito a um novo papel ocupado pelo discente no processo de formação na seara das MAEA é o conceito de aprendizagem significativa. A aprendizagem significativa se dá a partir de um conteúdo potencialmente significativo e da postura do discente de relacioná-lo com elementos já presentes em sua história, podendo ampliá-los e ressignificá-los a partir daí, num processo de ruptura e continuidade. Assim, além de valorizar a história do discente, o ato de aprender desencadeia um processo de reconstrução possibilitando que as diferentes relações estabelecidas entre fatos e objetos possam ser ressignificadas e utilizadas em situações distintas. Através da utilização das MAEA o discente pode adotar uma postura mais ativa, mais protagonista diante da sua formação e por extensão, na sua vida. Adquire, assim, autonomia e crítica ao invés da atitude subordinada de ordinário receptor de conteúdos, como era condicionado pelo ensino tradicional.

Um fato que causa espanto é que a dimensão do cuidado de si, que aparecia nas DCNs de 2001 conforme citado acima, foi suprimida do texto em 2014. Ora, o que fez com que os professores que reeditaram as DCNs desvalorizassem a promoção do autocuidado pelo futuro médico a ponto de retirá-la das habilidades e competências a

serem aprendidas? O médico pode prescindir do cuidado de si? Parece ser essa a mensagem transmitida a partir da omissão deste aspecto no texto. E não parece ser casual a omissão. Na sociedade, bem como na academia é comum ouvir-se : “medicina é um sacerdócio!” Sabe-se que o sacerdócio, além de “conferir poder e autoridade a um homem para agir em nome de Deus”, requer sacrifícios. Seria a dimensão do sacrifício a ser feito pelo médico em sua missão de cuidar do outro em detrimento de cuidar de si, expressa no dito popular, que levou à supressão da necessidade do autocuidado nas DCNs? Ou a medicina cada vez mais técnica não vê relevância no autocuidado, mantendo a ideia de infalibilidade e força do profissional médico? Perguntas que ficam sem resposta e empalidecem o horizonte da educação médica.

Um último comentário pertinente ao assunto. Em 2001, quando as DCNs foram promulgadas, elas o foram em conjunto para os cursos da saúde: enfermagem, medicina e nutrição. No curso de enfermagem, também havia a recomendação do cuidado de si para o enfermeiro, que permanece até a presente data. Uma digressão possível é o fato do enfermeiro historicamente estar mais familiarizado com e associado ao cuidado próximo ao paciente, bem como ser um potente agente de educação em saúde, incitando os pacientes ao cuidado de si e deste modo, ficar mais atento ao cuidado com a sua própria saúde.

De acordo com as DCNs de 2014 o perfil do formando egresso profissional, é:

O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença. (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2014, p.01)

Percebe-se que se os cursos de graduação em medicina seguirem o que é proposto pelo MEC, o perfil dos profissionais médicos será bastante diferente do daqueles formados ao longo do século XX, no paradigma biomédico. A resolução estabelece que os cursos de medicina que iniciaram as atividades de ensino antes de 2014 têm até 31 de dezembro de 2018 para fazer progressivamente as devidas adequações curriculares. Sabe-se que a mudança de um paradigma é uma transição longa e delicada, sobretudo quando a maioria dos professores que atua hoje nos

cursos de graduação em medicina foi formada no modelo biomédico e precisa aprender e treinar o olhar biopsicossocial para ensiná-lo. Assim, parece razoável o seguinte entendimento: para que a adequação do projeto pedagógico preconizado pelo MEC encontre ressonância na prática nos processos de ensino-aprendizagem, faz-se necessário um trabalho com o corpo docente dos cursos de graduação em medicina. Terreno delicado, campo minado diriam alguns, porém a educação permanente não é tarefa apenas dos médicos em formação, é também dever dos seus mestres para atuarem de acordo com as novas diretrizes da educação médica.

Para ilustrar a dificuldade na transição do paradigma biomédico para o biopsicossocial, serão feitas duas narrativas de vivências profissionais da autora: uma na universidade, enquanto docente e outra na clínica, enquanto médica psiquiatra.

Recentemente, houve na UFRJ-Macaé uma série de reprovações por faltas. Apesar de os estudantes terem atingido grau igual ou acima da média, os mesmos não frequentaram os setenta e cinco por cento das aulas como rege o estatuto. Conforme mencionado no primeiro capítulo, houve o suicídio de um estudante de medicina do campus em julho de 2017. Seis dos seus colegas de turma (turma do terceiro período com trinta pessoas) haviam sido reprovados por faltas ao final do semestre. Houve tentativas de conversa da autora com os professores que fizeram as reprovações e depois com o colegiado que julgou os pedidos de reconsideração por parte dos discentes reprovados, alegando que a turma estava vivenciando um processo de luto estendido e muito sofrimento ainda estava presente naquele momento. A turma relatava dificuldade em ir às aulas, em conviver, em olhar nos olhos dos colegas, em recuperar o bom humor, em fazer piadas. Preocupavam-se, pois havia se instalado uma desarmonia e desunião entre os colegas. Muitos se mostravam irritados, explosivos, alguns adoeceram gravemente, outros haviam simplesmente sumido do convívio. Os professores da disciplina em reunião decidiram pelas reprovações. O colegiado aprovou somente quem apresentou atestados médicos datados do período correspondente às faltas. O argumento de alguns professores era de que “a vida é assim, todo mundo tem problemas, os alunos têm que aprender a seguir em frente, senão eles não amadurecem!” Outros disseram que se abrissem precedentes, o caos e a falta de compromisso com as obrigações acadêmicas se instalariam. Uma das professoras, inclusive, disse que se houvesse revogação de alguma reprovação por falta, ela deixaria o seu cargo na gestão do curso! Outros

afirmavam que a lei tem que ser cumprida conforme o estatuto. Mas, neste caso, para que serviria um colegiado? Não seria para cuidar dos assuntos extraordinários? O que pode ser mais extraordinário, mais violentamente ameaçador à saúde mental do que um suicídio? E ainda, quando o sofrimento psíquico é muito intenso, pode ocorrer um descuido com a própria saúde e com as responsabilidades cotidianas, e, neste caso, justamente quando há maior vulnerabilidade psicossocial, não comparecer ao médico, não “pegar atestado” é uma expressão de gravidade. A questão que se coloca é a invariável rigidez da academia, a falta de sensibilidade para reconhecer um sofrimento psíquico, coletivo, a inflexibilidade diante das questões humanas, o entendimento de que os conteúdos intelectuais devem ser privilegiados. Que mensagem se quer passar para os estudantes? O que se pretende ensinar? Como esperar que futuros médicos possam aprender a empatia quando as suas dores não são consideradas com compaixão?

A situação clínica, corriqueira e recorrente, foi a alegação de uma pessoa sob cuidados: “Este remédio não está mais funcionando. Você precisa trocar. Eu estou muito ansioso, não estou aguentando!” Trata-se de um estudante de educação física que vinha há bastante tempo bem, em cuidado para uma síndrome depressiva. Quando foi perguntado sobre os acontecimentos recentes, se algo havia ocorrido, se algo o preocupava, ele se mostrou impaciente e queria saber logo do remédio que iria fazê-lo melhorar. Com insistência da médica, relatou que havia feito uma lesão no quadril e estava impossibilitado de treinar. Ele, que joga vôlei na praia diariamente, que pratica natação no mar e faz grandes travessias, que faz musculação, estava confinado em casa, nas férias, com o avô desempregado, com quem tem um relacionamento difícil. Seria por conta da massificação do paradigma biomédico que na nossa sociedade muitas pessoas, talvez a maioria delas, preferem ser medicadas, sem querer refletir sobre o que se passa com elas? Sem ao menos cogitar que o que as aflige diga respeito à existência? Ou seria pela ditadura do consumo, em que sempre há um produto a ser comprado que promete “curar” o vazio e as insatisfações da vida?

Nas duas situações relatadas, pode-se perceber que a mudança proposta no olhar sobre a formação médica e sobre o tratamento clínico exige uma reflexão sobre a própria existência humana, que vem sendo tomada como algo técnico, que precisa funcionar e continuar produzindo, independentemente das condições de vida e dos

acontecimentos entorno. Não há espaço para dor e mal-estar nessa cultura, que precisa rapidamente apagar qualquer vestígio da morte, da angústia, da perda, da dor; ou anestesiá-las para que se atinja o desempenho programado. Não é que não se precise seguir em frente, como apontou um dos professores do colegiado, mas a questão é se este seguir em frente se dará silenciando o acontecimento que afetou a todos ou se ocorrerá a partir de sua tematização e do cuidado com suas repercussões nas vidas de estudantes e professores envolvidos.

Parece que para que haja a transição para o modelo biopsicossocial de saúde, não basta a educação permanente dos professores e médicos, embora sem que isso ocorra, não será possível a mudança de paradigma. Talvez este seja o primeiro passo...

2.3.2 A psicologia médica

Ao falar da transição do modelo biomédico para o modelo biopsicossocial mostra-se imprescindível discorrer, ainda que brevemente, sobre o papel da psicologia médica nesta seara. Segundo Marcolino e Cohen (2008), o campo da psicologia médica trata do estudo das relações humanas no terreno médico: a relação emocional do indivíduo doente com a sua doença, a relação do médico com a medicina e o relacionamento do médico com o paciente. Trazem uma citação de Michael Balint: “O remédio mais usado em medicina é o próprio médico, o qual, como os demais medicamentos, precisa ser conhecido em sua posologia, reações colaterais e toxicidade” (p. 363). Ao fazer referência à frase de Balint, os autores apontam a interferência recíproca entre médico e paciente. Pode-se pensar também que, por mais avançadas sejam as técnicas usadas no tratamento médico, este não prescinde da presença do próprio profissional de medicina.

Estes autores afirmam que a disciplina de psicologia médica surge na Alemanha, em 1922, com Ernst Kretschmer “uma psicologia surgida da prática médica e que se destina aos problemas práticos de sua profissão” (MARCOLINO e COHEN, 2008, p. 366). Abud e outros (2012) recordam que ao estudar a história da medicina, nos deparamos com o conhecimento de que Hipócrates perguntava aos seus pacientes com o que eles sonhavam, quais eram seus receios e suas esperanças, e que estas perguntas “foram abolidas da anamnese médica por questões históricas,

cultural e socialmente determinadas, e não necessariamente por motivos científicos” (p. 438). A compreensão de que a doença aparece em determinado contexto histórico, cultural, psíquico e social constitui o cerne da visão psicossocial. Para acessar estas vivências, torna-se fundamental ter habilidades de comunicação (outra diretriz curricular) verbal e não verbal, tanto na percepção e apreensão do que se passa consigo (com o médico) quanto com o que se passa com o paciente a partir da interação entre eles. A empatia é o elemento chave. Empatia pode ser entendida como a disposição profissional para suspender seu julgamento e considerar a perspectiva do outro. A psicologia médica propicia este olhar holístico para o ser humano, promovendo a aproximação das ciências humanas com as ciências da saúde. Deste modo, pode-se entender que a psicologia médica surge como um campo que, ao estudar a interação entre pessoas na saúde e seus fenômenos, promove necessariamente a integração da visão biopsicossocial da saúde e cria a possibilidade ao médico, formado ou em formação, de adotar uma postura crítica e reflexiva em relação à sua formação e atuação profissional, bem como estar atento e cuidar das suas relações profissionais.

Mas, e quanto à relação do médico consigo mesmo? Fica a impressão de que a psicologia médica apenas tangencia esta temática, dirigindo o foco para as outras relações em saúde, para a prática médica, porém, sem investir o olhar para o modo como o médico se relaciona consigo. Então, o cuidado de si do médico também permanece esquecido pela psicologia médica? Pretende-se voltar a esta questão no capítulo III. Por ora, diante do que exposto, é importante destacar algumas intervenções que vêm sendo desenvolvidas.

2.3.3 Estratégias de cuidado

Para elucidar o que vem sendo produzido no Brasil acerca das estratégias de cuidado com a saúde mental do estudante de medicina, sejam elas ligadas às estruturas curriculares ou não, foi realizada nesta pesquisa uma revisão da literatura científica. A revisão da literatura foi desenvolvida como revisão narrativa, que consiste em:

A revisão narrativa não utiliza critérios explícitos e sistemáticos para a busca e análise crítica da literatura. A busca pelos estudos não precisa esgotar as fontes de informações. Não aplica estratégias de busca sofisticadas e

exaustivas. A seleção dos estudos e a interpretação das informações podem estar sujeitas à subjetividade dos autores. É adequada para a fundamentação teórica de artigos, dissertações, teses, trabalhos de conclusão de cursos. (INSTITUTO DE PSICOLOGIA - USP)

Objetivou-se o levantamento bibliográfico de artigos científicos que descrevam experiências de cuidado com a saúde mental do estudante de Medicina em curso atualmente, bem como as referências que destacam a importância desse cuidado. O propósito é de traçar um panorama das estratégias que vêm sendo utilizadas no Brasil, e, se necessário, internacionalmente, e que se apresentam como respostas às demandas ligadas à saúde mental do estudante de medicina. Como estratégias de busca foram utilizados e cruzados os descritores: saúde mental, cuidado, educação médica, estudantes de medicina e, por último: currículo, em busca no banco de dados PubMed e no Google. Os descritores foram cruzados com operadores booleanos (AND e/ou OR) da seguinte forma: saúde mental (AND) educação médica (OR) estudantes de medicina; saúde mental (AND) cuidado (AND) estudantes de medicina; saúde mental (AND) educação médica (AND) currículo. A busca foi realizada nos idiomas português e inglês. Houve três períodos distintos de busca de artigos: novembro de 2015, agosto de 2017 e dezembro de 2017. Ao todo, foram selecionados 55 artigos, dos quais 28 foram usados nesta dissertação. Dezesesseis destes 28 artigos foram escolhidos para serem utilizados no primeiro capítulo desta dissertação, uma vez que abordavam mais especificamente a questão do sofrimento psíquico do estudante de medicina; os demais artigos foram escolhidos para esta sessão por apontarem a necessidade de que medidas sejam tomadas para o cuidado em saúde mental do estudante e/ou por descreverem estratégias de cuidado instituídas quer seja nos programas de assistência estudantil, quer seja na proposição de mudanças curriculares.

Em suma, com estes descritores, podem-se encontrar diversos artigos enfatizando o sofrimento e o estresse do estudante de medicina e recomendando que se desenvolvam ações para o cuidado com a sua saúde mental, porém muito pouco foi encontrado sobre estratégias de cuidado em andamento, menos ainda sobre ações de prevenção e promoção em saúde mental para o estudante de medicina, lacuna que esta dissertação pretende ajudar a preencher.

Franco, C; Cubas e Franco, R (2014) analisaram os planos de ação das disciplinas de um curso de medicina procurando correlação com as DCNs. Constataram que 5 das 28 competências/habilidades preconizadas pelas DCNs (de 2001) não constavam no plano de ensino de nenhuma das 70 disciplinas do curso. Entre as cinco competências não contempladas estava: “cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como médico”. Os autores discutem que é fundamental que as Instituições de Ensino Superior possam garantir a educação permanente na formação pedagógica dos seus docentes, bem como que seja valorizado e ensinado o cuidado de si nas escolas médicas.

Andrade e outros (2014) estudaram o contexto de formação e sofrimento psíquico dos estudantes de medicina nos cursos de graduação no Ceará. Entre as escolas médicas cearenses, somente no curso de medicina da UECE foi observada a competência de zelar pela própria saúde física e mental. No entanto, no projeto desta Universidade não constam serviços próprios de apoio psicológico ao estudante de Medicina, o que ocorre em todas as demais escolas médicas cearenses, exceto na Universidade Federal do Ceará, Campus Cariri. Os autores concluem que se faz necessário que as escolas médicas projetem currículos que considerem o enfrentamento emocional dos estudantes ao longo da formação, indo além do conteúdo médico. Sugerindo que se empreendam esforços através de grupos de discussão, *tutoria/mentoring* e apoio psicopedagógico visando reduzir a competitividade e as auto-exigências excessivas.

Chaves e outros, (2014) explicam que embora a *tutoria/mentoring* fosse uma ferramenta da Antiguidade desenvolvida para um aprendiz por tutor, nas universidades em que tem sido implementada, ela frequentemente ocorre em grupos. Um pequeno grupo de discentes, até oito, por tutor. Os autores definem tutor como: “um profissional mais experiente que auxilia o aprendiz ao longo do seu crescimento pessoal e profissional” (p. 533). Na educação médica, a tutoria tem sido valorizada por aprimorar a produção científica, prover suporte acadêmico, estar associada à redução do risco de *burn-out*, promover o desenvolvimento de relações dentro da profissão e propiciar maior satisfação com a carreira. As limitações, apontadas pelos autores, para a implantação de programas de tutoria são: o pequeno número de tutores preparados e interessados nesta atividade, o pouco reconhecimento da importância deste modo de ensino-aprendizagem por parte dos discentes, bem como

a falta de apoio institucional.

Em artigo de revisão sistemática que aborda a associação entre intervenções no ambiente de aprendizagem e o bem-estar do estudante de medicina, Wasson e outros (2016) sugerem as seguintes recomendações para as escolas médicas americanas melhorarem o bem-estar dos estudantes ao longo da formação:

- 1) Considerar a implementação no ciclo básico de um sistema de classificação aprovado/reprovado (ou suficiente/insuficiente) no lugar de gradação de nota;
- 2) Levar em conta a acessibilidade e a qualidade dos programas de assistência à saúde mental do estudante, bem como qualquer estigma associado aos programas;
- 3) Considerar a introdução de programas de bem-estar que ensinem habilidades de redução do estresse;
- 4) Deve-se examinar a implementação de um programa formal de tutoria baseado em pequenos grupos ligado ao conteúdo curricular;
- 5) O currículo deve ser estruturado de modo a balancear os ambientes de aprendizagem clínicos e não-clínicos. Os estudantes reportam menos *burnout* e estresse quando o tempo clínico é aumentado;
- 6) Reforma abrangente do ambiente de aprendizagem que incorpore muitas destas intervenções. Concluem ressaltando a necessidade da pesquisa em educação médica de alta qualidade, pois afirmam que, de modo geral, as pesquisas revisadas eram de baixa qualidade.

Greenberg (2013) descreve estratégias de cuidado com a saúde mental dos estudantes de medicina empreendidas por duas universidades americanas, que envolvem mudanças curriculares, na forma de avaliação do aluno, redução do volume de matéria e de tempo na sala de aula para os dois primeiros anos do curso, matérias eletivas de extensão, cursos obrigatórios, no primeiro ano, de resiliência e *mindfulness* em que são treinadas estratégias de enfrentamento e de manejo do estresse e ainda estimulam o estudante a criar um senso de comunidade através da participação em atividades extra-curriculares como esportivas e de culinária. Uma vez que estas mudanças curriculares eram recentes, não se pôde obter dados dos seus efeitos.

Millan e Arruda (2008) narram a experiência dos 21 anos de funcionamento do serviço de assistência psicológica ao estudante da faculdade de medicina da USP,

conhecido pela sigla GRAPAL (Grupo de Assistência Psicológica ao Aluno). Os autores remontam à história e afirmam que na década de 1950 houve diversas conferências na Europa que objetivaram discutir a saúde mental do estudante de medicina e suas dificuldades psicológicas. Tais conferências teriam sido um estímulo para a publicação de diversos artigos em todo o mundo sobre o tema e incentivo à criação de serviços de assistência psicológica ao estudante de medicina. Contam que em 1910, Stewart Paton, da Universidade de Princeton, nos EUA, já havia apontado a necessidade destes serviços. “No Brasil, o pioneiro foi o professor Gaudino Loreto, da Universidade Federal de Pernambuco, que passou a dar assistência psiquiátrica aos estudantes de medicina a partir de 1957” (Millan e Arruda, 2008, p. 90). A partir de então, vários centros no país passaram a criar esses serviços, porém não conseguiram manter-se em funcionamento nos anos seguintes por interferências da política universitária, escassez de recursos ou falta de um *setting* adequado para o atendimento dos estudantes. O GRAPAL (Grupo de Assistência Psicológica ao Aluno) iniciou suas atividades em 1986 e a equipe, na época da publicação do artigo, contava com dois psicólogos, dois psiquiatras, um coordenador e uma secretária. Os autores relatam que entre as principais dificuldades encontradas pelo serviço, ao longo dos primeiros 21 anos de funcionamento, houve pressão por parte da instituição para que eles realizassem atividade pericial, de modo a determinar se “alunos problemáticos” estariam aptos a frequentar o curso de medicina. Eles se recusaram sistematicamente, explicando que, se o fizessem, em pouco tempo nenhum estudante os procuraria; por parte dos estudantes, havia preconceito em buscar ajuda psicológica ou ter doença psiquiátrica. Referem, também, grande indisciplina por parte dos estudantes, que frequentemente faltam às consultas. E inferem que, talvez, aqueles que mais precisam, sejam os que menos procuram o GRAPAL. Nos primeiros 21 anos (1986-2007) de funcionamento, os autores afirmam que o coeficiente de suicídio entre os estudantes da FMUSP reduziu oito vezes, igualando-se aos da população geral do município de São Paulo da mesma faixa etária. As hipóteses por eles levantadas para este fato são:

O tratamento de alunos com depressões graves, muitas vezes com ideação suicida ou que tentaram suicídio; a compreensão da personalidade dos alunos e o auxílio psicoterápico oferecido a eles; as mudanças realizadas no currículo do curso médico com o intuito de reduzir o estresse dos alunos (períodos livres, matérias optativas); a proibição do “trote” e a criação de uma semana de recepção acolhedora para os alunos do primeiro ano; introdução

de um programa de *mentoring*; e, finalmente, mudanças sociais e políticas ocorridas no Brasil neste período. (MILLAN e ARRUDA, 2008, p.94)

Outros grupos foram criados como este em diversas universidades do país. E vêm realizando um trabalho de cuidado com a saúde mental do estudante de medicina com ênfase na recuperação e na reabilitação.

Martins (2003) discorre sobre a importância do grupo Balint com estudantes de medicina. Trata-se de um espaço onde a reflexão acerca das dificuldades e dos conflitos que surgem na relação profissional médico-paciente pode acontecer, possibilitando seu enfrentamento e mudanças de atitudes.

Zonta, Robles e Grosseman (2006) recomendam: “é necessário criar espaços para que todo estudante de Medicina possa refletir sobre as angústias vivenciadas no seu dia a dia e discuti-las” (p. 08). E reafirmam a importância de que as escolas médicas tenham como prover suporte psicológico e pedagógico aos estudantes que não consigam lidar com as situações estressantes durante a formação.

Ainda acerca da necessidade de criar serviços de atendimento ao estudante de medicina ou programas para abordar atitudes em relação à saúde mental, Baldassin, Martins e Andrade (2006) afirmam que a possibilidade do estudante de medicina vivenciar o cuidado com a própria saúde mental durante a formação trará uma ampliação da sua percepção para estas questões. Os autores defendem que, deste modo, poderá haver uma redução do estigma para o sofrimento psíquico e o futuro médico poderá estar mais atento para a detecção precoce destas questões, inclusive em si mesmo. Interessante o que estes autores trazem, mostrando que a compreensão do sofrimento psíquico, a partir de ter sido acolhido e cuidado em seus sofrimentos durante a formação médica, pode ter repercussão na prática clínica destes estudantes. Pode-se entender esta mudança de perspectiva a partir da experiência, como uma forma de aprendizagem significativa. Será retomada esta noção no próximo capítulo.

Damiano e outros (2015) num artigo de relato de experiência intitulado: O primeiro Ano do Grupo de Apoio ao Primeiranista, contam como os veteranos numa universidade privada de São Paulo tomaram a iniciativa de fazer um grupo de

encontros semanais com os calouros visando o acolhimento e a humanização da recepção dos ingressantes no curso médico. A condução do grupo era feita por discentes veteranos e por uma psicóloga institucional utilizando-se dos conceitos de *tutoria/mentoring* como base para a ação. Os autores afirmam que a ausência de professores na condução dos grupos visava preservar a horizontalidade nas relações e facilitar a exposição de opiniões. Optaram por reunir toda a turma num mesmo grupo intencionando a criação de vínculos entre os colegas. A ideia inicial era abordar as dificuldades encontradas pelos iniciantes, incentivar ações de promoção de qualidade de vida e discutir temas como resiliência, compaixão e humildade, porém um tema roubou a cena, absorvendo quase todo o tempo dos grupos: o sofrimento dos calouros diante do trote universitário. Houve, a partir daí, um movimento do grupo no sentido de reduzir o trote na universidade.

Importa notar a iniciativa discente no cuidado com seus pares que iniciam a formação médica. Tal iniciativa revela um protagonismo dos estudantes de medicina em desenvolver ações de cuidado coletivo onde a política falta. Na universidade em que a autora é docente, houve uma intervenção semelhante, na qual os membros discentes da liga de psiquiatra e saúde mental fizeram uma ação de acolhimento afetivo com os calouros na primeira semana de aulas, que envolvia atividades artísticas, lúdicas e dinâmicas de grupo, assim como momentos de interação em diálogo aos pares. Além disso, proporcionaram até um mês de estadia na casa dos veteranos voluntários para que os calouros pudessem providenciar moradia na cidade com tranquilidade. Os resultados foram incríveis! Uma mostra disso é que nenhum estudante que entrou naquela turma optou por trocar de universidade quando foi reclassificado, o que antes era bastante comum com quem ingressava no primeiro semestre.

Como pode ser constatado, pouco se encontrou na literatura científica sobre estratégias em andamento de cuidado com a saúde mental do estudante de medicina. A maior parte dos artigos disponíveis faz recomendações para que tais ações sejam implantadas. A escassez de estudos acerca de estratégias de cuidado implementadas não deixa claro se elas pouco ocorrem ou se somente pouco se publica a respeito. Há uma lacuna a ser preenchida pelo cuidado, sobretudo o cuidado preventivo e promocional em saúde mental dos estudantes de medicina. O cuidado de si precisa

ser um componente curricular, para que a educação médica avance no preparo para a profissão e para a vida.

CAPÍTULO III

A OFICINA DO CUIDADO: UM FRUTO ALÉM-MAR DO CUIDADO DE SI

Neste capítulo será descrita a Oficina do Cuidado, uma estratégia de cuidado em saúde mental para estudantes de medicina, objeto de análise desta dissertação. Num segundo momento, haverá uma discussão acerca do Cuidado de si na Antiguidade, o qual se comporta como solo originário, fonte de inspiração para o trabalho na Oficina do Cuidado.

3.1 Oficina do Cuidado: cuidado que (trans)forma

Para apresentar a Oficina do Cuidado em todas as suas cores e sabores, enquanto idealizadora e facilitadora deste trabalho, abandono aqui a narrativa em terceira pessoa e reporto-me em primeira pessoa com a finalidade de falar das minhas experiências e impressões desde a concepção da ideia, a condução dos grupos, os encantos, as dificuldades, os resultados.

A ideia surgiu a partir do convite para ser preceptora da disciplina de Saúde Mental, do oitavo período, no curso de Medicina da UFRJ - Campus Macaé, em fevereiro de 2014. Aquela seria a primeira turma a cursar esta disciplina. Passei a delinear as atividades práticas no campo da Saúde Mental, voltadas para os estudantes de Medicina. Desde então, estou com a oitava turma. Cada turma teve entre onze e trinta discentes, somando um total de 169 estudantes durante todo o período de quatro anos (2014-2018). A disciplina tem doze horas semanais de atividades práticas. O que poderia ser esperado de minha atuação como preceptora era que orientasse e informasse bem aos alunos quanto à necessidade de atentarem para os aspectos ligados à saúde mental de seus pacientes. Desse modo, deveria ensiná-los a cuidar do outro, a levar em conta suas angústias, dores psíquicas e transtornos com os quais poderão os futuros médicos se deparar ao longo de suas vidas profissionais no atendimento à clientela mais diversa. No entanto, comecei a perceber que o trabalho poderia e precisaria estar muito além disso.

Conheço as tensões da formação médica (sou graduada pela UFF, com residência em clínica médica pela UERJ e em Psiquiatria pelo IPUB/UFRJ), a

sobrecarga que o curso acarreta sobre o estudante, o excesso de cobranças e responsabilidades, o pouco tempo para o descanso e o lazer, conferindo ao estudante considerável risco de sofrimento psíquico. Em função disto, considerei interessante para o estudante de medicina ter um espaço, dentro da disciplina, para o cuidado com a própria saúde mental. Desse modo, comecei a questionar: como enfrentar tantas situações difíceis na formação e na profissão, sem haver, minimamente, refletido e meditado sobre suas próprias questões, angústias e afetações? Como ajudar os estudantes nesse sentido, de modo a abrir um espaço de escuta no qual tais temas pudessem aparecer livremente, sem que houvesse a censura ou o temor de parecer vulnerável, humano? Um espaço onde não só a informação e o procedimento técnico estivessem presentes, mas no qual a própria vida pudesse se mostrar e ser tematizada; onde a conversão do olhar para si mesmo pudesse acontecer, em um exercício de preparação para as situações presentes e futuras. Em vista disso, além das outras atividades práticas da disciplina, a saber: acompanhamento de um ambulatório de psiquiatria, serviço de interconsulta no Hospital Geral e visitas aos equipamentos do Programa Municipal de Saúde Mental, propus também que o estudante participasse de uma Oficina de Saúde Mental, que passei a chamar de “Oficina do Cuidado”. Segundo Boff (1999), a noção do “modo-de-ser-cuidado” é dirigida pela capacidade de afetar-se e ser afetado, pela criação de laços afetivos, os quais tornam as pessoas portadoras de valor. No grupo junto aos estudantes, essa tem sido a experiência constante: afetar e ser afetado, criando laços e modificando os modos de olhar o outro, a partir do olhar para si mesmo.

Nas oficinas, as turmas têm sido divididas em grupos de quatro a oito estudantes e as reuniões duram noventa minutos, acontecendo uma vez por semana (metade da turma na primeira metade do período e a outra metade, na segunda metade do período). Como sou a única professora atuando na Oficina do Cuidado com o oitavo período, cada grupo tem em média seis a oito encontros durante o semestre letivo. O formato inicial foi o de um grupo reflexivo, em que se utilizava um disparador, que poderia ser: um conceito ou proposição em filosofia, uma referência literária, ou uma tarefa, como trazer para o grupo uma obra de arte com a qual o discente se identifique e que represente um aspecto do seu modo-de-ser. O objetivo é que o estudante de medicina possa encontrar uma chave para abrir as portas para o universo existencial, experienciar uma reflexão sobre si mesmo, acerca de suas

crenças, costumes, sentimentos, relacionamentos, modos-de-ser no mundo e com o outro.

No primeiro encontro com os grupos estabeleço com eles duas regras de convivência sem as quais não seria possível realizar este trabalho: 1) a questão do sigilo, em que acordamos que tudo o que for falado pelos participantes deve permanecer em sigilo absoluto, inclusive, combinamos que, se alguém do grupo faltar a um encontro, nada poderá ser comentado com essa pessoa sobre o que foi dito ali, pois pode ter sido a oportunidade de algum participante se colocar espontaneamente sem o olhar daquele outro; e 2) a questão do respeito, adoção de uma postura não crítica e de suspensão dos valores e julgamentos em relação ao colega, pois cada participante tem o direito de se colocar e expressar-se sobre qualquer assunto com o foco em si mesmo, num processo de autorreflexão. Além disso, solicito aos participantes que naquele período em que estão no grupo, desliguem os seus celulares, pois é preciso silenciar o que vem de fora para (re)conectar-se consigo e abrir-se à reflexão.

Nos encontros da Oficina do Cuidado, há um primeiro momento em que os participantes noticiam como estão se sentindo naquele instante, o que os atravessa, e se têm uma demanda ou proposta de assunto a ser discutido no grupo. Caso o grupo não traga questões para reflexão, eu apresento uma proposição filosófica ou uma referência literária que serve como disparador. Na sequência, habitualmente, pergunto: que ressonâncias com a sua história podem ser feitas a partir deste conto? Ou que temas de reflexão emergem para vocês a partir do que foi apresentado aqui agora? Deixo claro que ninguém deve se sentir obrigado a falar no grupo, uma vez que o foco deve estar centrado na reflexão sobre si, refletir, ainda que silenciosamente, é o que se espera. Embora não exista a exigência de exposição, de modo geral, os participantes compartilham narrativas comoventes (interessante que comover-se significa co-mover-se, mover-se com...) que ampliam a possibilidade de reflexão para o grupo, bem como permitem que se inicie um processo em que, tacitamente, estabelece-se uma teia afetiva e de suporte entre os presentes, na qual estou incluída.

O uso de filosofia e literatura foram intuitivos e tem relação com a minha trajetória enquanto leitora contumaz e pós-graduada no curso de psicoterapia na linha

fenomenológico-existencial. As histórias e personagens da literatura haviam me ajudado a compreender e me aproximar das pessoas em sofrimento na prática médica, sobretudo na psiquiatria em que a diversidade humana se apresenta de maneira fascinantemente ostensiva. Rita Charon, médica clínica, professora da Universidade Columbia, estudiosa e difusora da medicina narrativa, afirma: “Esta capacidade das histórias para alargar a receptividade de seus leitores a novas histórias pode explicar porque o estudo da literatura é tão útil para os médicos ou qualquer outra pessoa que receba os relatos de outras” (CHARON, 2015, p. 61). Charon (2015) assevera que as histórias armazenadas na nossa memória são “ativadas” quando uma outra história nos reporta a elas, o que nos torna “preparados” para ouvir, estar presente, gerar conexões, despertar questões e compreender o sentido da nova história. Nos grupos da Oficina do Cuidado, as histórias compartilhadas favorecem uma visada para a própria história do participante, proporcionando a possibilidade de avaliação, de (re)construção de sentidos por meio da ampliação do olhar sobre si mesmo.

Trarei alguns exemplos das histórias que utilizei nas Oficinas do Cuidado ao longo desses quatro anos de atividades e dos temas que emergiram a partir delas no encontro com os grupos. Algumas são emblemáticas e utilizo em quase todos os grupos, outras me ocorrem na interação com eles, de acordo com o que percebo que pode ser interessante para aqueles participantes, ou para aquele momento. Na filosofia, a proposição do *Eterno Retorno* de Friedrich Nietzsche (1844-1900) costuma oferecer substrato para intensas reflexões acerca da temporalidade, de como cada um vem cuidando da própria vida, das escolhas feitas, do que já não lhes cabe mais, do quanto se pode permanecer numa posição desconfortável sem ao menos refletir ou ter crítica da sua responsabilidade com a própria existência. De modo geral, Nietzsche convoca a mudanças, sem perda de tempo! O aforisma intitula-se “O mais pesado” e se acha no livro *A gaia ciência*:

O mais pesado – O que aconteceria se um demônio te seguisse furtivamente à noite em tua solidão mais solitária e te dissesse: “Esta vida, como tu a vives e a viveste agora, tu precisarás viver ainda uma vez e incontáveis vezes; e não haverá nada de novo aí, mas toda a dor e todo prazer, todo pensamento e todo suspiro, tudo o que há de indescritivelmente pequeno e grande em tua vida precisa retornar para ti; e tudo na mesma ordem e sequência – assim também esta aranha e esta luz da lua entre as árvores; assim também este

instante e eu mesmo. A eterna ampulheta da existência sempre será novamente invertida e tu com ela, poeirinha da poeira!” – Tu não te lançarias

ao chão e rangeria os dentes e amaldiçoaria o demônio que estivesse falando assim? Ou será que tu vivenciaste alguma vez um *instante extraordinário*, no qual tu responderias para ele: “Tu és um deus e nunca ouvi nada de mais divino!” Se este pensamento se apoderasse de ti, ele te transformaria em teu modo de ser e talvez te triturasse. A pergunta em relação a todas as coisas e a cada uma delas “tu queres isto uma vez mais e ainda incontáveis vezes?” estabelecer-se-ia como o peso mais pesado por sobre tua ação! Ou como tu precisarias estar bem contigo mesmo e com a vida, para não *exigir mais* além desta derradeira ratificação e confirmação?!? (NIETZSCHE, 1988 [1882], v. 3, p. 570 apud CASANOVA, 2003, p. 217)

Assim, tendo em vista conduzir o participante do grupo a refletir sobre o modo como tem vivido, ao utilizar a literatura na Oficina do Cuidado, prefiro levar contos, devido ao tempo limitado de encontro e às particularidades desta forma literária que tanto me agrada: em poucos minutos uma história completa se descortina diante do leitor sem perder profundidade, com todas as suas nuances. Embora nada impeça que sejam usados poemas ou trechos de textos selecionados, como já foi feito.

Contos populares ou eruditos atendem ao propósito de reflexão sobre si com excelência. Assim, por exemplo, do livro “Os grandes contos populares do mundo” (2005), organizado por Flavio Moreira da Costa, tomo um conto da cultura judaica “A cabana das luzes” (p. 19-22), cujo tema central repousa na questão dialética: querer justiça *versus* ser justo, ou, trazendo para a trama contemporânea brasileira: cobrar honestidade *versus* ser honesto. Ainda neste livro, um conto belíssimo, que habitualmente fica no coração de quem o conhece, intitula-se: “O pássaro da Índia” (p. 211-212), que é uma história atribuída ao grande poeta místico, o sufista Rumi (1207-1273), favorece a reflexão acerca de diversas temáticas como: estar aprisionado; aprisionar; pedir ajuda; libertar-se; necessitar de habilidades de comunicação; vislumbrar o paradigma da complexidade. Para abordar a questão do lugar que cada um de nós ocupa na sociedade de consumo e ainda, a atribuição de papéis sociais, de gênero, construção de identidade, posso usar *O colar de diamantes*, do livro Bola de Sebo e outros contos (2003, p. 45-52) de Guy de Maupassant (1850-1893) e *O espelho*, do livro Papéis avulsos (1989, p. 153-162), de Machado de Assis (1839-1908). Interessante notar que, embora os dois contos mencionados tenham sido publicados pela primeira vez em periódicos no final do século XIX; 1884, no Diário

Le Gaulois e 1882, jornal *Gazeta de Notícias* respectivamente; ambos tratam de questões que ainda permanecem tão atuais, inclusive *O espelho*, de Machado de Assis, carrega o subtítulo: esboço de uma nova teoria da alma humana.

Por valorizar e honrar as culturas indígenas e seus ensinamentos, também costumo levar para a reflexão nos grupos alguns arquétipos e mitos indígenas, como, por exemplo, o mito indígena brasileiro de Ceíuci (p. 21-31), tomado do livro *Vasos Sagrados*, de Maria Inez do Espírito Santo (2009), que traz consigo, entre outras, a temática do enfrentamento do medo e de situações adversas.

Tenho percebido que o uso da filosofia e dos recursos literários tem proporcionado aos participantes das Oficinas do Cuidado acessar aspectos das suas histórias antes não tematizados, bem como repensar os sentidos que lhes foram atribuídos até ali, ressignificando-os, ampliando o olhar sobre si mesmos, sobre a vida, sobre os outros. Vejo-os estabelecendo uma relação consigo mais cuidadosa, respeitosa, transitando com mais liberdade em direção a si mesmos. Eles começam a vivenciar a possibilidade de alegrar-se de si mesmos, de honrar-se, o que lhes favorece habilitar o empoderamento, num exercício de soberania sobre si, conforme será elucidado adiante neste capítulo. Num mundo em que as pessoas têm sido submetidas às exigências da beleza, da riqueza e do sucesso, os estudantes de medicina passam a transitar mais conscientes.

Com o passar do tempo, outras atividades foram sendo inseridas nas Oficinas do Cuidado, sugeridas pelos próprios participantes ou por mim, tais como caminhadas na praia, práticas de meditação, cafés da manhã em grupo, idas ao cinema e debate, uma vez que eram bem-vindas quaisquer práticas que visassem a reflexão, o bem-estar e que, dessa forma, levassem à preservação, promoção e recuperação da saúde mental. Além dessas atividades, realizei com os estudantes um grupo vocal em parceria com uma fonoaudióloga da RAPS e mais recentemente, uma oficina de poesia com um poeta e professor de comunicação social de outra universidade da cidade. Mais uma vez, busco oferecer um espaço para atividades não-médicas no sentido estrito da expressão, mas que, sem dúvida, parecem tão indispensáveis à formação quanto as disciplinas identificadas mais propriamente como médicas e técnicas. Procuro interromper um pouco o ritmo acelerado da formação em medicina, pautada em informações e saberes acadêmicos, a fim de que o cuidado consigo se

faça presente, pois acredito que este também forma. Em meio aos saberes técnicos, inauguramos juntos, professora e estudantes, a arte de cuidar.

A realização do grupo vocal, da oficina de poesia e de outras atividades além do grupo reflexivo, aponta para um caráter de extensão das Oficinas de Cuidado e de abertura à experimentação. O trabalho nas Oficinas não tem fronteiras, se estende para além do espaço das conversas, deste modo, permite alcançar a complexidade e a diversidade de interesses, aberto às sugestões e desejos dos participantes. Tecemos juntos uma rede viva. A receptividade dos estudantes às atividades artísticas que também promovem o exercício da criatividade tem sido formidável. Habitualmente a formação médica costuma requerer a compreensão, retenção e a repetição de conteúdos previamente estabelecidos, e não oferece espaço para que nada novo possa ser criado, o que é lamentável, haja vista o imenso potencial criativo que os estudantes têm demonstrado durante estas atividades.

A fim de buscar interlocução acerca do trabalho realizado, tendo em vista sua novidade no meio acadêmico médico, no segundo semestre de 2014, participei do curso de aperfeiçoamento da UFRJ “Formação Pedagógica de Preceptores do Ensino em Saúde”, que me permitiu ressignificar a experiência da Oficina do Cuidado. Esta pode ser considerada um instrumento para a aprendizagem significativa, uma vez que, ao perceber-se como sujeito do cuidado, o estudante de medicina pode rever suas posturas na relação médico-paciente, compreendendo a integralidade da mente com o corpo, despertando o olhar para a singularidade do outro, na medida em que está em contato com sua própria subjetividade e oferecendo o que tem de melhor no encontro com o paciente, com uma escuta diferenciada, por já o ter experimentado para si.

A oficina foi avaliada a cada semestre, em sessão tutorial, e os resultados têm sido animadores. Fiquei admirada com a entrega dos estudantes à proposta, participando maciçamente, aprofundando o conhecimento sobre si mesmos e empreendendo estratégias de cuidado consigo. Uma questão frequente, levantada pelos discentes durante as sessões tutoriais, é que eles gostariam que esta atividade fosse implementada no início do curso e que continuasse acontecendo até o final.

Parece que essas falas mostram que o trabalho nas Oficinas é bem acolhido pelos estudantes, valorizado por eles e que eles propõem que poderia haver mais desse tipo de trabalho no curso, justamente pela diferença da perspectiva que a oficina permite e introduz no curso, ao ser tão diverso do restante da formação.

A entrada de outros professores na cadeira de psiquiatria e psicologia médica e o interesse deles em se unir a mim neste trabalho, a partir do que ouviam dos estudantes, propiciou a ampliação da proposta da Oficina do Cuidado, que atualmente ocorre, além do oitavo período, do primeiro ao quarto períodos e no internato médico. É claro que a condução dos grupos por outros professores tomou um aspecto plural em que cada um leva consigo o seu modo de despertar reflexões e estratégias de cuidado de si. A ideia não é criar um padrão único de intervenção, mas que se preserve este espaço de abertura para reflexão e cuidado ao longo da formação.

Para que se tornasse possível a ampliação do trabalho das Oficinas do Cuidado para outros períodos do curso de medicina, contamos com o apoio da coordenação do curso na época e a proposta foi apresentada aos professores coordenadores do ciclo básico, os quais foram inteiramente abertos à iniciativa, reafirmando a necessidade deste tipo de ação na formação médica. Nesta ocasião, solicitaram que uma “Oficina do Cuidado” também fosse realizada com os professores, que eles também queriam e precisavam de cuidado com a sua saúde mental. No segundo semestre de 2017, uma professora do IPUB/UFRJ atendeu ao convite e iniciou um grupo com os professores do ciclo básico, onde as questões referentes aos processos de trabalho na universidade podem ser tematizadas e cuidadas.

Torna-se gratificante perceber que uma estratégia de cuidado, que foi iniciada por uma professora e acolhida por estudantes no oitavo período do curso de medicina, encontrou terreno fértil para se expandir e afetar inclusive o corpo docente, ao menos uma parte dele, despertando-o para o cuidado de si, e por extensão, com o outro. Conforme afirma Hutchinson (2016), um planejamento estratégico para a saúde mental também vai desenvolver uma mudança cultural no *campus*, onde a saúde mental será vista como um aspecto valorizado para o bem-estar do estudante, dos professores e dos funcionários e essencial para a missão da universidade. Podemos considerar que através da Oficina do Cuidado essa semente foi plantada em nosso *campus*, e já é possível colher frutos, mas que ainda há muito trabalho a ser feito na

superação do paradigma biomédico e do estigma relacionado à pessoa em sofrimento psíquico.

A experiência enriquecedora e criativa traz também alguns pontos de tensão, tais como as queixas pertinentes dos estudantes acerca da universidade, sobretudo pelo não cumprimento do que é proposto pelo currículo e a posturas abusivas de alguns professores; o desconforto de alguns no ato de se expor num grupo; e o aparecimento de casos de discentes em franco sofrimento psíquico, que necessitaram ser encaminhados a um acompanhamento mais efetivo. As estratégias de enfrentamento que utilizei por ora foram: conversar com a coordenação do curso sobre melhorias, procurar dividir os grupos por afinidades, encaminhar os estudantes que precisaram de intervenção à assistência estudantil do *Campus* e ao ambulatório de psicologia ou psiquiatria. Interessante notar que tais questões dificilmente viriam à tona se não fosse a experiência das Oficinas do Cuidado.

Um outro ponto de tensão que se apresentou muito recentemente, no final de 2017, foi a rejeição ao trabalho nas Oficinas do Cuidado por parte de alguns professores do ciclo clínico. Os argumentos que eles traziam referiam-se sobretudo ao “risco” de que se sobrevalorizasse o sofrimento do estudante, como se a Oficina do Cuidado representasse um modo de “medicalização” do sofrimento, e ainda, que eles não concordavam em ceder espaço que poderia ser ocupado com os conteúdos e aulas formais para a realização da Oficina. Ora, a Oficina do Cuidado se propõe justamente ao contrário da medicalização do sofrimento, convocando seus participantes à reflexão das suas angústias, ao cuidado consigo mesmos, ao despertar da consciência, sendo possível promover saúde deste modo e prevenir seus agravos. Já houve mais de uma situação em que estudantes que haviam sido medicados e diagnosticados com síndromes ansiosas em algum momento de suas vidas, ao participarem da Oficina se questionarem se não haveria outros modos de lidar com as adversidades que não ficando ansiosos, apontando saídas para si mesmos a partir da reflexão sobre si e do cuidado amoroso consigo, agora, sem a necessidade de se medicar. A recuperação da saúde mental também é uma possibilidade através do cuidado de si.

Nessa direção, cabe um exemplo retirado da minha própria experiência como estudante. Durante o mestrado, tive a oportunidade de cursar uma disciplina cujo

trabalho final era apresentar artisticamente o tema do projeto de mestrado. A turma escolheu utilizar a fotografia como forma de expressão artística. Foi bastante interessante para mim a experiência, uma vez que no meu projeto, propus uma ferramenta metodológica que utiliza fotografia e narrativa. Nos apêndices A, B e C, estão as fotos que produzi na conclusão da disciplina. Não nos foi solicitado a produção de narrativas atreladas às fotos, apenas um breve comentário durante a apresentação oral das mesmas. Nas minhas fotos, retrato o “Desabrochar” (APÊNDICE A) como uma marca do que testemunho no trabalho nas Oficinas do Cuidado junto aos estudantes de medicina, em que a atividade reflexiva lhes permite se apropriar de maneira consciente das suas responsabilidades consigo e, por extensão, com o outro e com o mundo. Retrato também em “Acolhimento” (APÊNDICE B) o contato afetivo que estabeleci com as diversidades humanas, culturais, sociais, de gênero e com toda miríade de possibilidades da existência que se revelam nos participantes da Oficina do Cuidado. Creio que o modo delicado e respeitoso como estas aproximações se deram na Oficina do Cuidado propiciou também aos participantes uma integração genuína (isto aparecerá nos resultados da pesquisa no próximo capítulo). Por último, “Conversão do olhar” (APÊNDICE C) traz a minha experiência de estar presente, atenta diante do outro e, ao mesmo tempo, estar diante de mim, sendo convocada o tempo todo a olhar para o modo como venho me cuidando e dirigindo a minha vida, lembrando-me de que, enquanto professora, preciso aprender e vivenciar o que ensino. E que esta é uma tarefa para toda a vida.

Esta atuação no sentido da conversão do olhar para si mesmo, na Oficina do Cuidado e em minha própria experiência, me conduziu a buscar como referência uma noção prática que foi muito comum no Ocidente antigo, durante o período helenístico-romano, que é a noção de cuidado de si mesmo. Essa noção filosófica fazia parte de um conjunto de práticas, os exercícios espirituais filosóficos, mas foi esquecida, encoberta principalmente pelo advento do saber científico a partir do século XVII. Nas Oficinas do Cuidado a inspiração nessa prática é retomada.

3.2 O Cuidado de si na Antiguidade

Neste tópico pretende-se apresentar brevemente a noção do cuidado de si em sua história, como ela desapareceu, por que Foucault a retoma, e por que ela fundamenta a Oficina do Cuidado. Para abordar esta temática tomou-se como referência o livro *Psicologia, Cuidado de si e Clínica: diálogos com Kierkegaard e Foucault* (MATTAR, 2016), com ênfase nos comentários sobre o curso *Hermenêutica do sujeito* (FOUCAULT, 2006).

No curso de 1982, Foucault pretende tratar da relação entre “sujeito” e “verdade” no Ocidente, investigando as suas raízes históricas. Neste intuito, principia estudando a noção de cuidado de si na Antiguidade, do grego *Epimelía heautoû*, que diz respeito ao cuidado de si mesmo, a ocupar-se consigo, preocupar-se consigo.

A noção do cuidado de si percorreu toda a filosofia Antiga até as fronteiras do cristianismo. Foucault denomina um “fenômeno cultural conjunto”, “durante o longo brilho do pensamento helenístico e romano” (MATTAR, 2016, p. 161). O cuidado de si mesmo, além de uma atitude de si para si, o é também de si para com o outro e para com o mundo. Requer a prática de exercícios de exame de consciência, de meditação, de memorização do passado com o objetivo de se assumir, se melhorar, se transformar.

Por que a filosofia ocidental abandonou a noção do cuidado de si em substituição pelo conhece-te a ti mesmo (*gnôthi seautón*), é a pergunta de Foucault. O mesmo infere que parece que havia algo de perturbador em ocupar-se de si, ter prazer em si mesmo, respeitar-se, prestar culto a si mesmo, retirar-se em si mesmo, ser amigo de si mesmo, tomar cuidado consigo. Enquanto na Antiguidade a tais atividades era sempre atribuído um valor positivo, na tradição ocidental isso soa como uma “ruptura ética”, como se houvesse uma impossibilidade de equilibrar uma moral coletiva. Ora, aparece aqui um equívoco, uma vez que a estética do cuidado de si trazia consigo uma preocupação ética com o mundo e com o outro. Foucault afirma que a principal razão para o desaparecimento histórico do cuidado de si reside no que ele denomina “momento cartesiano”, em que bastaria o conhecimento para se chegar à verdade, sem a necessidade de que o sujeito se transforme.

O conhecimento de si, até então a serviço do cuidado de si, acabou por prevalecer, ao passo que o *saber de espiritualidade*, aquele que exigia uma modificação do sujeito para permitir o acesso à verdade, tornou-se mero conhecimento. (MATTAR, 2016, p. 162)

A espiritualidade, neste caso, diz respeito tanto à necessidade de modificação do sujeito para ter acesso à verdade, quanto à completude que ele encontra ao acessá-la. A partir do “momento cartesiano”, a verdade não necessitava mais ser vivida, bastava investigá-la e teorizá-la. Deste modo, se inaugura uma nova era da relação entre subjetividade e verdade em que o acesso à verdade se daria exclusivamente pelo conhecimento.

Segundo Mattar (2016), a história do cuidado de si se estende por três momentos: o socrático-platônico; a idade de ouro da cultura de si nos séculos I e II; e a passagem, nos séculos IV-V, da ascese filosófica pagã ao ascetismo cristão.

O momento socrático-platônico inaugura-se quando Sócrates aborda Alcibíades ensinando-lhe que, se pretende governar o povo, é necessário que antes ocupe-se de si mesmo. Exortando Alcibíades ao cuidado de si como uma preparação para assumir o poder e bem governar. O modo como isso acontece, segundo Sócrates, em primeiro lugar, passa pela relação com o outro, uma vez que o mestre vai cuidar da forma como Alcibíades cuidará de si mesmo; em segundo, será necessário conhecer-se a si mesmo e reconhecer o que há de divino em si mesmo, através do acesso à verdade.

Acerca da idade de ouro da cultura de si, nos séculos I e II, Foucault afirma que, diferente da época antecessora em que o cuidado de si era um requisito para cuidar da cidade, aqui o eu aparece como objeto e finalidade do cuidado de si, embora a cidade ainda se beneficie de quem cuida de si. O cuidado com os outros será um efeito. O cuidado de si neste período torna-se uma prática autônoma e plural, popularizada, que repousa em recolher-se em si, descer ao mais fundo de si mesmo, honrar-se, alegrar-se consigo, curar-se e engloba além da alma, o cuidado com o corpo, com os bens, com o amor. Ocorre na época helenística e romana uma autossujeitização, através da conversão do olhar para si.

O estado mórbido do qual deve sair aquele que não tem cuidado consigo mesmo é a *stultitia*, que faz com que o homem fique à mercê de todos os ventos, aberto ao mundo exterior, deixando entrar em seu espírito, sem exame, todas as representações que o mundo exterior lhe pode oferecer. (MATTAR, 2016, p. 168)

Para que aqueles que não se dedicavam ao cuidado de si pudessem sair deste “estado mórbido” era requerida a ajuda dos filósofos. A finalidade da leitura filosófica era propiciar uma ocasião de meditação, no sentido de treinar o pensamento, de modo a poder lembrar da verdade quando se fizer necessário entrar em ação. A meditação também envolvia um exercício de identificação em que, ao meditar sobre algo, imaginava-se estar vivendo aquela situação: “por exemplo, meditar sobre a morte, pondo-se, pelo pensamento, na situação de alguém que está morrendo” (MATTAR, 2016, p. 171). A *parresía* (franco-falar) se constituía como uma técnica, usada pelo mestre, na qual: “age-se sobre os outros para conseguir que cheguem, por si mesmos, a constituir consigo uma relação de soberania.” (p. 174).

Mattar (2016) pondera que quando Foucault retorna aos gregos ele não pretende impor aos dias contemporâneos a filosofia antiga, mas possibilitar a integração dos princípios do autogoverno e da autoconstituição como um modo de resistência, em que não se permita a imposição por outrem de como deve ser a nossa relação conosco. Foucault incita o exercício da soberania sobre si mesmo, conforme se exercitava no cuidado de si na Antiguidade. Soberania não no sentido do controle técnico que se tornou nossa relação conosco na modernidade, mas no sentido ético, de uma relação mais livre e reflexiva de si para consigo e de preparação para as situações da vida. A ética antiga é uma estética da existência que considera a vida como uma obra de arte. A ascese se dava como constituição de si, domínio sobre as paixões da alma, o que se modificará com o advento do ascetismo cristão, no qual a ascese se torna renúncia a si e automortificação, não mais criação; e com o momento cartesiano (pois não é apenas de Descartes que se trata, mas do que ele representa), quando a ascese vai sendo substituída pelo mero conhecimento objetivo do mundo e dominação da natureza e do outro, não mais transformação de si.

Referente à passagem aos séculos IV e V, assevera Mattar (2016): “No ascetismo cristão, haverá uma recusa deste retorno a si. O princípio fundamental passará a ser a renúncia a si, a qual permitirá o acesso à outra vida e à salvação.” (p.

171). Para obter a salvação, as Escrituras prescrevem o conhecimento capaz de purificar o coração. Diferente dos antigos, em que o cuidado de si instrumentalizava o sujeito para os acontecimentos da vida, fortalecendo-o para superá-los, aqui há a exigência de uma renúncia, de uma obediência, de um sacrifício.

No que tange à verdade, Mattar (2016) afirma: “Entre os romanos e helenistas, o sujeito deveria dizer a verdade a si mesmo, não a verdade de si mesmo.” (p.174). Na Antiguidade o sujeito deveria dizer a verdade para si em reverência silenciosa, diferença radical no monasticismo onde o sujeito é obrigado a dizer a verdade sobre si para o outro em confissão.

Outra distinção marcante do novo período, reside no motor do desenvolvimento da espiritualidade cristã, cujo conhecimento de si era centrado na suspeita, “não caberia ali o reconhecer-se como elemento divino; dever-se-ia, ao contrário, incidir sobre si, decifrar traços das faltas, fraquezas, quedas.” (MATTAR, 2016, p. 174). Enquanto na Antiguidade o cuidado de si conduzia o sujeito a uma prática refletida da liberdade que era a condição de uma vida ética, nos séculos IV e V o cuidado de si vai sendo substituído por determinações morais impostas, que passavam a exigir a desconfiança em relação a si mesmo, o autoexame, a confissão, a hermenêutica de si. Assim:

As práticas de *decifração do eu* substituem, então, as de *constituição do eu*, e as práticas da suspeita, da vigilância, da confissão, da obediência, da desconfiança e da renúncia a si acabam por tomar o lugar do cuidado de si antigo, e mesmo da *parresía* cristã dos tempos apostólicos. (MATTAR, 2016, p. 176).

Ao emergir do mergulho histórico-filosófico, esclarece-se o modo pelo qual a Oficina do Cuidado tem suas raízes na noção de cuidado de si da Antiguidade. Tal qual Sócrates convoca Alcibíades ao cuidado de si como um requisito, uma preparação para a vida, para governar a cidade; na Oficina do Cuidado, o estudante de medicina é encorajado a cuidar de si como um requisito, uma preparação para ser médico, ou seja, cuidar do outro. Apostando que a formação médica não se esgota em conhecimentos técnicos, e que o estudante pode transformar-se no seu processo de busca do saber médico, enquanto se prepara para vir a ser médico, tarefa que o seguirá durante toda a existência. Essa transformação torna-se possível quando

retomo nas oficinas algo próximo do que foram as práticas espirituais do passado: conversão do olhar para si mesmo, proceder a um exame de consciência, questionar-se: “como tenho vivido?”, aprender a silenciar para meditar, ir fundo em si mesmo, descobrir outros modos de ser consigo, no mundo e com o outro, estar atento aos modos de subjetivação produzidos e tomados como naturais, a-históricos.

A Oficina do Cuidado oferece um espaço de reflexão em que se coloca em questão os modos de ser vigentes, entusiasmando os estudantes a exercer a soberania sobre si mesmos, sendo capazes de desvelar as produções identitárias sedimentadas, inclusive aquelas sediadas na formação médica e na prática profissional. Em suma, é oferecido ao estudante um espaço de aprendizado do cuidado de si enquanto elemento de transformação pessoal como preparação para a profissão e para a vida. Em um ambiente muito técnico como o da formação em medicina, é aberto o espaço para a reflexão como arte de viver.

CAPÍTULO IV

COM A PALAVRA: OS ESTUDANTES DE MEDICINA

Este capítulo vai apresentar a experiência dos estudantes que participaram da Oficina do Cuidado no oitavo período do curso de graduação em Medicina da UFRJ – *Campus* – Macaé, a partir do relato dos mesmos. Trata-se de um momento central do presente texto, uma vez que torna visível a experiência dos estudantes, o modo como o trabalho vem sendo realizado, seus efeitos na formação dos discentes, promovendo a publicização e, espera-se, a multiplicação de iniciativas como esta. Desta maneira, serão descritos a metodologia utilizada, os resultados encontrados, a sua análise e discussão.

4.1 METODOLOGIA

A metodologia de pesquisa escolhida seguiu a perspectiva qualitativa, valorizando as experiências vividas, as reflexões, os afetos e os ganhos singulares dos participantes. Visando atender a esta concepção, utilizou-se um recurso interativo e descritivo, a ferramenta metodológica *Photovoice*, que se poderia traduzir como Fotovoz¹, que articula fotografia e narrativa, e que responde à proposta de pesquisa qualitativa e participativa. O *Photovoice* foi assim denominado pela doutora Caroline Wang, que num artigo de 1997 (WANG e BURRIS, 1997) o descrevem como um método para empoderar membros de grupos marginalizados, de modo que seja possível: “identificar, representar e dar visibilidade à sua comunidade por uma técnica fotográfica específica”. O *Photovoice* mostra-se “importante para alguns grupos marginalizados poderem falar de sua experiência, ao invés de serem interpretados ou falados por outrem” (WANG, 1999).

Nos estudos em que se utiliza o *Photovoice* habitualmente se fornece uma câmera fotográfica aos participantes de uma pesquisa para que eles registrem suas vivências e, num segundo momento, façam narrativas destes registros no grupo, comunidade a que pertencem. No presente estudo, as fotografias foram produzidas

¹ Será mantido o termo no original em inglês no presente texto.

pelas câmeras fotográficas dos celulares dos participantes recrutados.

A escolha do *Photovoice* se deu por dois motivos. Primeiro, pela possibilidade de oferecer aos estudantes um recurso criativo e artístico, a fotografia, como meio de expressão, o que dialoga com o que foi vivenciado nas Oficinas do Cuidado, uma vez que, nas Oficinas, utilizamos recursos de arte e filosofia para mobilizar sentimentos e reflexões acerca do modo-de-ser e estar-no-mundo dos participantes. Segundo, por encontrar nos objetivos desta ferramenta a potência desejada para este trabalho, isto é, encontrar meios de sensibilizar outros atores na universidade visando a mudanças nas práticas e políticas que causam sofrimento aos estudantes. São objetivos do *Photovoice*: 1) Identificar e registrar fortalezas e lutas comunitárias do grupo; 2) Explicar suas experiências através de uma reflexão crítica e diálogo em grupo; 3) Informar os participantes, formadores de opinião e influenciar políticas. Nesta pesquisa, os objetivos 2 e 3 aparecem com mais frequência.

O presente projeto de pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa do IPUB/UFRJ (ANEXO A) bem como o foram os termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D) e de autorização de cessão de imagem (APÊNDICE E). Seguindo os critérios de ética em pesquisa, a pesquisa de campo foi realizada com estudantes que já haviam cursado e concluído a Disciplina de Saúde Mental do curso de graduação em Medicina da UFRJ/Campus Macaé, e que, por conseguinte, já haviam participado das Oficinas do Cuidado, alvo desta pesquisa, no oitavo período do curso. Os discentes do nono, décimo, décimo primeiro e décimo segundo períodos, poderiam ser convidados a participar voluntariamente da pesquisa.

Para recrutamento dos possíveis participantes, foi feito contato por e-mail com estudantes do internato médico, segundo os critérios acima expostos, propondo uma reunião de aproximação e explicação da proposta de pesquisa. Com receio de ter pessoas demais querendo participar, como ocorreu no projeto piloto, foram convidados primeiro dez estudantes (que era o espaço amostral esperado) e cinco destes responderam positivamente ao convite, com os quais foi realizada a primeira reunião de apresentação da pesquisa. Em seguida, mais cinco estudantes foram convidados e aceitaram prontamente o convite, sendo feita outra reunião com estes cinco para apresentar o projeto e verificar seu interesse em participar. Os dez estudantes que participaram das reuniões de apresentação aderiram à proposta de

pesquisa. Os cinco discentes que declinaram do convite por e-mail alegaram que a data de reunião proposta era incompatível com a sua agenda ou que estavam muito envolvidos em outras atividades, como a formatura próxima.

Foram identificadas as seguintes características sócio-demográficas dos estudantes de medicina participantes da pesquisa: faixa etária de 23 a 28 anos; 8 do gênero feminino e 2 do masculino; 1 da etnia amarela/asiática, 3 da parda e 6 da branca; 2 naturais do Rio Grande do Sul, 1 de Santa Catarina, 2 do Paraná, 2 de São Paulo, 2 de Minas Gerais e 1 do Mato Grosso do Sul; todos solteiros.

Para realizar as reuniões do projeto de pesquisa foram seguidos os passos do Guia de metodologia para o *Photovoice* de Daniel Jack Lyons, (LYONS, 2016). A metodologia prevê a realização de reuniões em grupo: de apresentação do projeto e orientação, de compartilhamento e discussão das fotografias, e de encerramento, bem como a realização de entrevistas individuais com os participantes. A partir da ordem cronológica que se seguiu, cada etapa da pesquisa será apresentada em subitens.

4.1.1 Reunião de apresentação e orientação

Seguindo a proposta, foi servido um lanche no início das reuniões, providenciado pela pesquisadora, numa recepção descontraída promovendo a conversa e a integração dos convidados. Em seguida, nas reuniões de apresentação, foi introduzida a proposta do *Photovoice* com seus princípios e objetivos. Houve a participação nestas reuniões de uma fotógrafa da cidade com sua assistente, a qual pôde contribuir na instrução e orientação sobre o uso das câmeras dos celulares e questões que guiam a produção das fotografias, tais como: luz, perspectiva, contraste, composição, captura da atenção de quem vê, como traduzir numa fotografia uma ideia, arte e fotografia, o uso da fotografia como forma de auto expressão e criatividade e o uso de aplicativos de fotos para celular. Os participantes demonstraram bastante interesse no tema e revelaram-se melhor preparados para a produção fotográfica a partir da explanação da fotógrafa. Na sequência, foi distribuído um calendário com datas dos próximos encontros, bem como estabelecidas com o grupo regras de convivência como: respeito, ouvir, compartilhar, confidencialidade. Os estudantes foram esclarecidos sobre os riscos e benefícios de participação na pesquisa, a pergunta da pesquisa foi compartilhada e solicitado *feedbacks*. Uma vez

esclarecidos, foi-lhes perguntado sobre o seu interesse em participar da pesquisa e lido TCLE (APÊNDICE D). Todos os dez estudantes que estiveram presentes, cinco em cada reunião de apresentação, declararam interesse e assinaram o TCLE.

O segundo momento desta reunião de apresentação envolve a construção com os participantes de “perguntas estruturais” que são as que emergem como guias para as fotografias e são desdobramentos da pergunta central da pesquisa, a partir da discussão no grupo. A pergunta central da pesquisa foi: **como foi a sua experiência de participação na Oficina do Cuidado** (da disciplina de Saúde Mental no oitavo período)? Houve um instante inicial de hesitação e silêncio entre os participantes. A pesquisadora procurou encorajá-los a falar, bem como esclareceu quaisquer dúvidas sobre o processo de elaboração das perguntas estruturais, deixando claro tratar-se de um componente participativo importante, que seria integrante da contribuição deles na pesquisa. A partir do momento que o primeiro participante enunciou uma pergunta: “o que a Oficina mudou na sua vida?”, todos os outros também o fizeram em avalanche. Parece que só precisava ser rompida a inércia inicial. Debateram entre eles quais os termos ou temas que melhor se encaixavam nas perguntas. De modo geral, as perguntas elaboradas giravam em torno dos efeitos que poderiam ser experimentados devido à participação na Oficina do Cuidado. O mesmo fenômeno foi observado nos dois grupos focais de apresentação da proposta de pesquisa.

As perguntas estruturais, que foram desdobradas pelos participantes a partir da pergunta central, foram:

- 1) " O que a Oficina mudou na sua vida?"
- 2) “Como você é depois da Oficina?”
- 3) " Qual o novo olhar sobre você mesmo(a) e sobre o mundo?"
- 4) "Qual o viés (da Oficina) que interferiu (sobre esse novo olhar)?"
- 5) " Como está a sua saúde mental?"
- 6) " Como você está hoje?"

- 7) " Como estão os seus relacionamentos?"
- 8) "Qual é o impacto que você está gerando no mundo?"
- 9) "Qual a sua relação com o outro?"; "Vê o outro como um semelhante?"; " Como estão os seus laços?"; "Tem empatia?"; "Qual o olhar que você tem sobre os outros agora?"; "Houve mudança?"; "Em que aspectos?"
- 10) "Como está a sua relação com a medicina?"
- 11) "Quais sentimentos foram despertados pela Oficina?"
- 12) "Como você está se cuidando?"
- 13) "Durante a Oficina, percebeu que queria mudar algo?"
- 14) "Consegui mudar?"; " Cumpri os acordos íntimos que fiz de melhora pessoal que fiz na época da Oficina?" "A mudança permaneceu depois da Oficina?"
- 15) "Que ações você realizou após a Oficina?"
- 16) "Houve alguma mudança na sua relação com o paciente?"
- 17) "Você percebeu mudança nos outros estudantes?"
- 18) "O meio mudou? Ou nós que mudamos?"
- 19) "Hoje as aspirações são as mesmas que antes da Oficina?"; "Existem novos desafios depois da Oficina do Cuidado?"
- 20) "A visão dos problemas mudou?" "O que a gente fez dos problemas?"
- 21) "Que tipo de médico a gente quer ser após a Oficina?"
- 22) " Estou satisfeito com quem sou hoje?"

As perguntas estruturais foram agrupadas em categorias temáticas, de modo que é possível notar em cada categoria uma ou mais perguntas. Os participantes foram orientados a produzir fotografias levando em consideração a pergunta central e as perguntas estruturais e a construir uma pequena narrativa, em forma de legenda, que articulasse a fotografia com a pergunta na qual foi inspirada. Foi informado que, conforme sugere a metodologia do *Photovoice*, na entrevista individual, cada participante teria que escolher no máximo seis das suas fotos produzidas para a pesquisa para levar à reunião do grupo de discussão.

Um último aspecto abordado na reunião de apresentação, não menos importante, foram as considerações éticas para sujeitos humanos e participantes do *Photovoice*, em que se esclareceu com os participantes o seu papel como copesquisadores e cocriadores de dados, responsabilizando-os a se conduzir no caminho da justiça e da ética. Foram distribuídas Autorizações de Cessão de Imagem (APÊNDICE E), e esclarecidas aos participantes as noções de privacidade individual e a necessidade de adquirir autorização para tirar fotografias de seres humanos. Deixou-se claro que não seria permitida a realização de fotografias com pacientes.

Foi acordado que as fotografias seriam realizadas com os próprios celulares dos participantes, uma vez que a pesquisa não foi patrocinada, inviabilizando a possibilidade de serem fornecidas máquinas fotográficas, e que hoje em dia é muito comum que se tenha celular equipado com câmera fotográfica, além do que eles teriam uma semana para tirar as fotos, até a entrevista individual com cada um, que foi, então, agendada. Houve a proposta, aceita por todos os participantes, de que as entrevistas fossem realizadas no estúdio da fotógrafa, visando otimizar a logística, uma vez que o tempo seria restrito para conciliar os agendamentos de acordo com a disponibilidade de datas e horários de cada participante com salas disponíveis no *campus*. Vale lembrar que a UFRJ divide o *campus* com mais duas universidades e que a disputa por espaço vago é desgastante.

4.1.2 Entrevistas individuais

As entrevistas individuais foram realizadas nas datas previstas. Foram, assim como os grupos, audiogravadas com autorização dos participantes e transcritas no decorrer desta pesquisa. Na entrevista individual foi discutido com o participante o

seu processo de construção das ideias e de produção das fotografias, bem como as narrativas que as acompanharam e os afetos que o atravessaram durante todo o processo. A fotógrafa esteve presente com a pesquisadora na maior parte das entrevistas, oito das dez, apenas se ausentou em duas delas por motivo de doença. As perguntas eram abertas, sem um roteiro preestabelecido. Procurou-se explorar os afetos e as associações feitas pelos participantes para responder a pergunta da pesquisa.

A metodologia sugere que na entrevista sejam selecionadas até seis fotos com o participante, para serem levadas à reunião de discussão com o grupo. Entre os dez participantes da pesquisa, apenas duas levaram mais que seis fotos para a entrevista, uma delas levou sete fotos e a outra, sessenta e quatro(!). Esta última participante teve a entrevista mais longa, mas não foi necessário ultrapassar os sessenta minutos designados para cada entrevista individual. Duas participantes optaram por fazer uma sequência de quatro fotos, tipo fotonovela, com uma única legenda que abarcava o que ali se mostrava.

As fotos selecionadas durante a entrevista, e suas respectivas legendas, foram armazenadas num arquivo com o nome do participante, num *pendrive* da pesquisadora.

Foi muito emocionante nas entrevistas analisar com os participantes as fotografias e legendas produzidas. Algumas narrativas, ou fragmentos delas, enunciadas pelos participantes nas entrevistas, foram destacadas e serão abordadas na discussão dos resultados. A maior parte dos participantes entrevistados afirmou ter encontrado certa dificuldade em transformar em fotos aquilo que já sabiam ser a resposta à pergunta, mas encararam o desafio e produziram um trabalho belíssimo. Ao final, mostraram-se contentes com o seu resultado.

4.1.3 Reunião de discussão em grupo

Neste encontro, também foi oferecido um lanche aos participantes no início. As fotos foram afixadas nas paredes e os participantes foram estimulados a circular e

conhecer o trabalho de todos. As reações de emoção ao (re)conhecer a produção fotográfica dos colegas foram contagiantes.

No segundo momento no grupo, a pesquisadora anunciou as tarefas e os objetivos daquele encontro: compartilhar suas experiências de fotografar e sobre a questão da pesquisa; perceber o que foi vivido individualmente e o que era coletivo; separar as fotos por categorias temáticas. No compartilhamento da experiência de fotografar, o tom era descontraído, com várias histórias engraçadas, porém, ficou claro que houve um esforço pessoal de cada participante para cumprir a tarefa com seriedade e excelência (vide os resultados). Eles afirmaram ter gostado tanto da experiência, que sugeriram que outras pesquisas pudessem ser realizadas com o *Photovoice*, voluntariando-se a participar. Na sequência, uma a uma, as fotos foram projetadas numa parede e quem as produziu pode expor as suas motivações. Houve momentos em que muitos participantes se emocionaram ao se identificar com o que o colega abordou. A pesquisadora estimulou os participantes a compartilhar o que os afetava na foto, legenda ou situação ali apresentada, deste modo foi sendo possível delinear as experiências que eram coletivas a partir da participação nas Oficinas do Cuidado e aquilo que foi singular para cada participante.

O grupo ajudava o participante que havia produzido a foto a encontrar uma categoria temática para ela. Embora a pesquisadora tenha alertado os participantes de que seria permitida a enunciação de outras categorias temáticas, além daquelas que eles já haviam determinado, caso achassem pertinente, visando contemplar alguma resposta que não se encaixasse àquelas perguntas, isso não foi considerado necessário pelos participantes.

Devido à riqueza das discussões ali produzidas, visando não cercear o diálogo entre os participantes, a pesquisadora propôs ao grupo que se estabelecesse um horário para o término da reunião e a continuidade da categorização das fotos que restassem na reunião seguinte. Todos concordaram, porém, ao chegar a hora proposta para terminar, o grupo, em consenso, pediu para prorrogar por mais uma hora a reunião, o que foi feito. Ao final do prazo estabelecido, faltava somente a análise de sete fotos, que ficaram para o grupo seguinte.

4.1.4 Reunião de encerramento

Novamente, a reunião foi precedida por um lanche providenciado pela pesquisadora, este um pouco mais festivo. As fotos também foram fixadas nas paredes, já nas respectivas categorias temáticas, exceto as que seriam apresentadas naquele encontro. A pesquisadora anunciou as tarefas daquela reunião: finalizar a categorização das fotos; escolher as fotos que ficariam na pesquisa (a proposta era uma foto por categoria temática); e a criação e aprovação de uma síntese coletiva.

Nesta reunião, não compareceram três participantes por imprevistos justificados. Como suas fotos já haviam sido apresentadas na reunião anterior, os presentes concordaram que elas permaneceriam na pesquisa.

Foram projetadas, discutidas, compartilhadas as impressões e categorizadas as fotos que faltavam.

Houve uma recusa dos participantes em escolher alguma foto para sair da pesquisa, justificando que quando havia mais de uma foto em determinada categoria, cada uma representava um aspecto, uma vivência, um afeto, ou reflexão diferente para aquela questão. A pesquisadora ficou feliz em concordar. Então, finalizamos a pesquisa com 22 categorias temáticas e 35 fotos que as (co)respondem. Tornou-se perceptível aos participantes que boa parte das fotografias se encaixariam em mais de uma categoria temática, todavia escolher uma categoria entre várias era uma tarefa da pesquisa, que por vezes foi árdua, proposta nesta ferramenta metodológica. Tal procedimento, se por um lado facilita a análise de resultados, por outro diminui a possibilidade de expressar a complexidade das experiências ali retratadas em sua plenitude.

A síntese coletiva foi elaborada num consenso entre os participantes. A pesquisadora apresentou ao grupo, algumas falas e reflexões que ela havia recolhido nas reuniões e gravações dos grupos, inclusive naquela, e que se mostraram serem vivências compartilhadas entre os participantes. A redação foi então construída pelo grupo, que acrescentou suas percepções do que foi experienciado coletivamente nas Oficinas do Cuidado. Ao ler o texto, apresentado no final da próxima sessão, é possível perceber uma alternância na concordância verbal, ora há flexão com primeira pessoa do singular, ora com primeira pessoa do plural. Esse estilo foi intencional para diferenciar as experiências vividas coletivamente, ou na relação com os outros, daquelas vividas consigo mesmo. Os participantes, seguindo a sugestão de um deles, acharam por bem fazer uma recomendação para a formação médica, em termos de

composição curricular, para que outros estudantes pudessem se beneficiar com experiências semelhantes.

Para encerrar, a pesquisadora leu uma carta de agradecimento aos participantes (APÊNDICE F).

4.1.5 Análise qualitativa

A análise dos dados desta pesquisa seguiu uma metodologia qualitativa de perspectiva fenomenológica intitulada *Systematic Text Condensation* (MALTERUD, 2012). Será descrita em detalhes no item 4.3: Discussão.

4.2 RESULTADOS

Nesta sessão serão apresentados os resultados da pesquisa. Em sequência serão mostradas: as categorias temáticas que os participantes definiram, a classificação escolhida por eles para cada foto, as fotografias com suas narrativas, e, por último a síntese coletiva elaborada pelos participantes. Conforme o TCLE (APÊNDICE D), os nomes dos participantes foram substituídos por pseudônimos.

Em concordância com o exposto na metodologia, os participantes construíram as perguntas estruturais durante os dois primeiros grupos focais. No terceiro e quarto grupos focais, as perguntas estruturais se transformaram em categorias temáticas, entre as quais os participantes puderam, então, escolher onde, em qual das categorias, a sua foto e legenda melhor se encaixavam. Ou ainda, a qual destas perguntas estruturais a foto, por eles produzida, respondia.

Vale recordar que as perguntas estruturais/ categorias temáticas abaixo apresentadas, foram desdobradas pelos participantes da pergunta principal da pesquisa: **Como foi a sua experiência de participação na Oficina do Cuidado?**

A classificação escolhida pelos participantes foi a seguinte: (as fotos, cujas legendas representam uma resposta à pergunta principal da pesquisa encontram-se na sequência).

- 1) " O que a Oficina mudou na sua vida?"

2) "Como você é depois da Oficina?"

FOTO 02

FOTO 03

3) " Qual o novo olhar sobre você mesmo(a) e sobre o mundo?"

FOTO 04

FOTO 05

FOTO 06

FOTO 07

4) "Qual o viés (da Oficina) que interferiu (sobre esse novo olhar)?"

FOTO 08

5) " Como está a sua saúde mental?"

FOTO 09

6) " Como você está hoje?"

FOTO 10

FOTO 11

FOTO 12

7) " Como estão os seus relacionamentos?"

FOTO 13

FOTO 14

8) "Qual é o impacto que você está gerando no mundo?"

(Não houve escolha por esta categoria)

9) "Qual a sua relação com o outro?"; "Vê o outro como um semelhante?"; " Como estão os seus laços?"; "Tem empatia?"; "Qual o olhar que você tem sobre os outros agora?"; "Houve mudança?"; "Em que aspectos?"

FOTO 15

FOTO 16

10) "Como está a sua relação com a medicina?"

FOTO 17

11) "Quais sentimentos foram despertados pela Oficina?"

FOTO 18

FOTO 19

FOTO 20

12) "Como você está se cuidando?"

FOTO 21

FOTO 22

13) "Durante a Oficina, percebeu que queria mudar algo?"

FOTO 23

FOTO 24

14) "Consegui mudar?"; " Cumpri os acordos íntimos de melhora pessoal que fiz na época da Oficina?" "A mudança permaneceu depois da Oficina?"

FOTO 25

15) "Que ações você realizou após a Oficina?"

FOTO 26

FOTO 27

16) "Houve alguma mudança na sua relação com o paciente?"

FOTO 28

17) "Você percebeu mudança nos outros estudantes?"

FOTO 29

18) "O meio mudou? Ou nós que mudamos?"

FOTO 30

19) "Hoje as aspirações são as mesmas que antes da Oficina?"; "Existem novos desafios depois da Oficina do Cuidado?"

FOTO 31

20) "A visão dos problemas mudou?" "O que a gente fez dos problemas?"

FOTO 32

FOTO 33

21) "Que tipo de médico a gente quer ser após a Oficina?"

FOTO 34

22) "Estou satisfeito com quem sou hoje?"

FOTO 35

FOTO 01 - (SÉRIE DE QUATRO FOTOS) - Diana





“A minha vida, como todas as vidas. Misteriosa, irrevogável e sagrada. Tão perto. Tão presente. Pertencendo tanto a mim. Não foi tão libertador deixá-la existir? ”. Esse trecho retirado do filme Wild resume, para mim, o que foi participar da Oficina do Cuidado. Durante oito períodos minha vida ficou escondida, guardada em algum lugar que eu não me permitia acessar. Nem mesmo os sentimentos podiam aflorar. Dias cansativos e noites mal dormidas envolvidas na inexistência daquilo que realmente era eu. Entender o quanto essa rotina me causava sofrimento me permitiu abrir os olhos às escolhas que eu mesma poderia fazer. Me permitiu trazer de volta a Diana tão forte, mas tão reprimida. Me permitiu fazer o que eu amo. Me permitiu cansar e descansar. Me permitiu ser irresponsável, não levar tão a sério os meus problemas. Redescobri coisas que já não mais sabia de mim. Descobri que não preciso me doar por inteiro e absorver o sofrimento de todos os pacientes. Aprendi que preciso cuidar de mim. Mas de tudo isso, acho que o passo mais importante que a Oficina do Cuidado me permitiu dar foi adotar minha cachorra Tetê e formar a minha própria família. Quando por algum motivo tudo que a Oficina me ensinou fica de lado, ela aparece e a vida se impõe, na alegria de uma brincadeira, da chegada do hospital, de um carinho, de um lambeijo, de um truque novo aprendido ou de um cocô que precisa ser limpo. Graças a Oficina hoje eu sou Diana, que fica triste, que sente raiva, que precisa dormir, que tem uma filha de quatro patas, que joga handebol, que joga vôlei, que luta muay thai, que malha, que tem uma família longe, mas que tem uma família de amigos aqui, que namora, que precisa cuidar da própria casa e que é aluna de Medicina.”

FOTO 02 – lago



Valorizar o que está a nossa volta, observar a beleza que vibra e pulsa a nossa volta a cada instante...o Universo é vida...e vida em abundância...
Respirar a cada entardecer, entendendo que a cada fim se segue um recomeço.

FOTO 03 – Flora

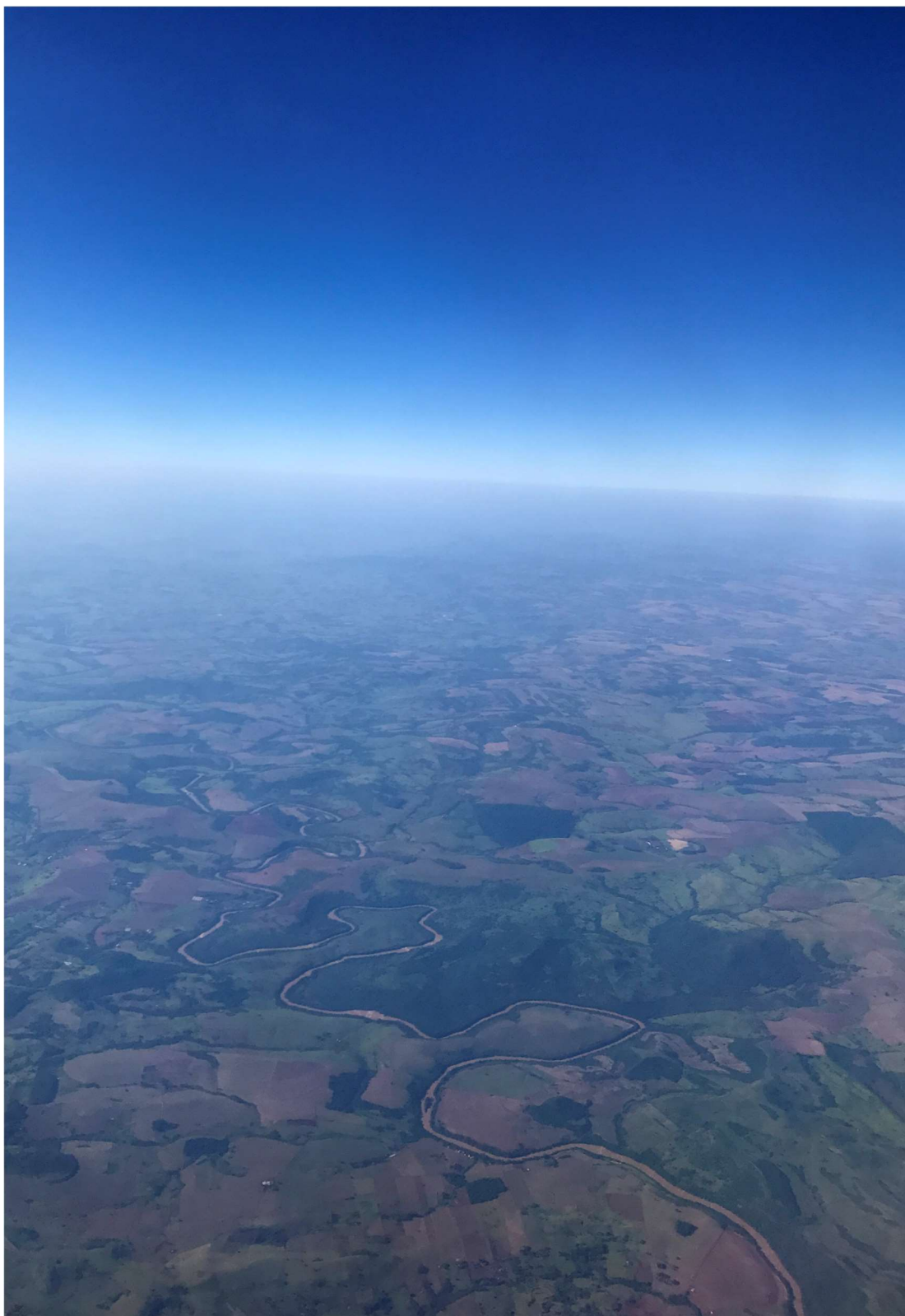


Perceber a importância do presente e das pessoas que estão conosco nele. Se dar conta das sensações e emoções envolvidas em cada momento.

FOTO 04 - ESPAÇO PARA RESPIRAR – Ana

Durante o curso de Medicina, são tantas cobranças, tantas noites mal dormidas e tantas crises existenciais, que é difícil desacelerar. Cada espaço não preenchido e cada tarefa não cumprida deixam a sensação de que sempre há mais a se fazer. Quando, na verdade, se você parar e observar, a vida pode não parecer uma tempestade que está por vir ou um monte de pessoas a te cobrar. A vida pode ser mais simples, mais calma e melhor de se respirar.

FOTO 05 - CAMINHO ATÉ A CHEGADA - Ana



O caminho mais curto sempre é uma linha reta. Mas o caminho mais curto não permite que você aprecie a vista, que viva com emoção e que comemore a chegada.

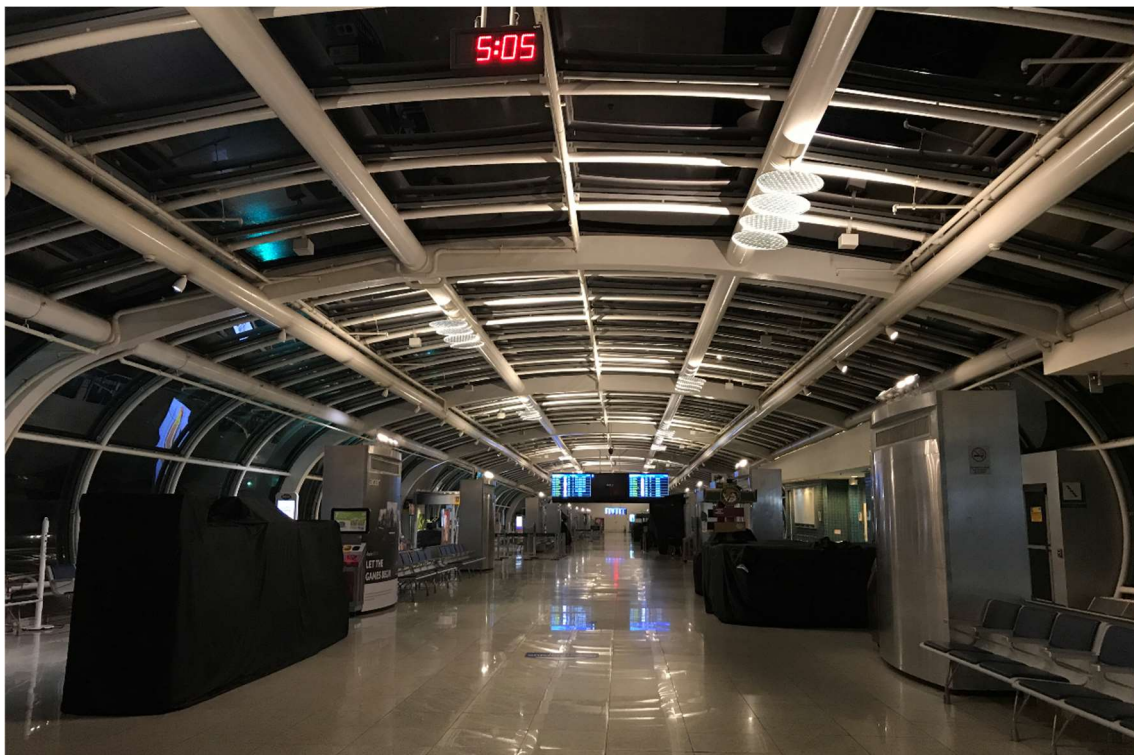
FOTO 06: DETALHES DA SIMPLICIDADE – Clarice

“Depois da minha participação na Oficina do Cuidado percebo que tenho prestado mais atenção nas coisas simples que estão ao meu redor. Detalhes aos quais normalmente eu não daria importância e que agora podem ser a alegria do meu dia. Minha visão de mundo se ampliou imensamente com esta experiência e tornou mais vivo o meu dia-a-dia.”

FOTO 07 – Flora

Reconectar-se com o agora possibilita o apaziguar da mente.

FOTO 08 - INTOLERANTE VIDA VAZIA – Ana



A intolerância faz com que não reste nada e nem ninguém. Aquele que não está disposto a rever seus conceitos e se nega a abrir os olhos para o diferente, está fadado a viver uma vida de mentira e vazia.

FOTO 09 – Elis

Apreendi que saúde mental é me dar o direito de ficar de pernas pro ar.

FOTO 10 – Iago



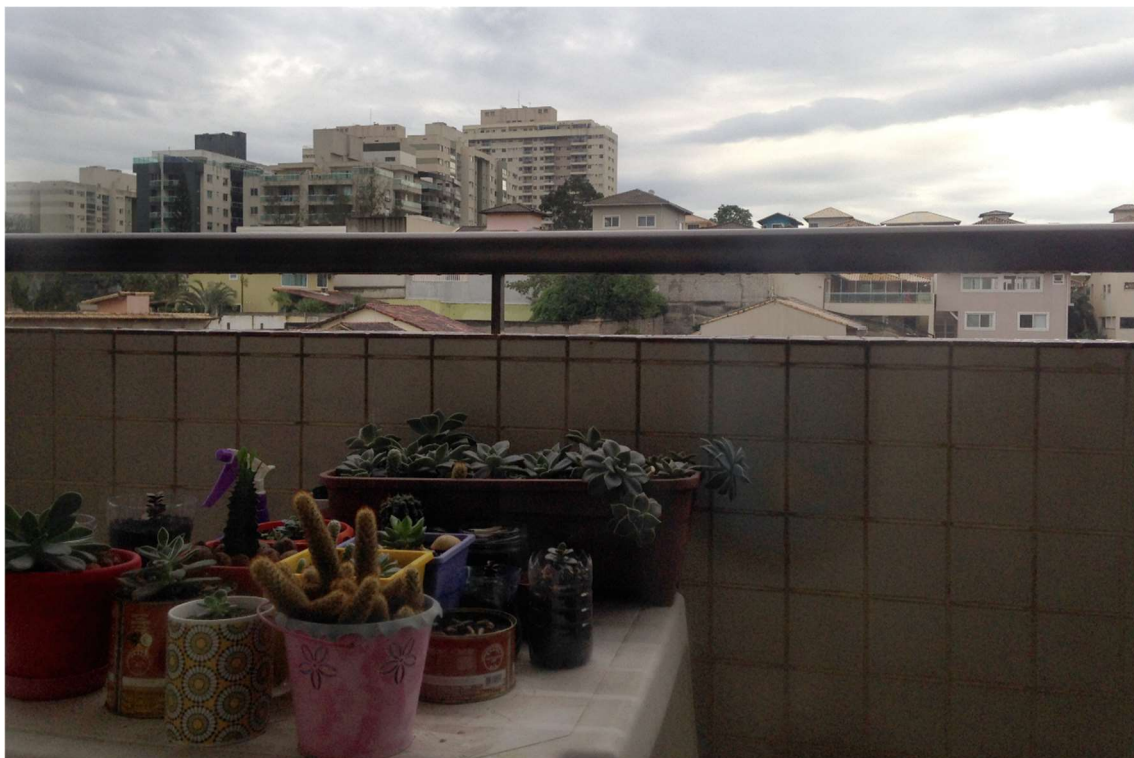
A reconexão com meu Eu interno, com a minha própria verdade passa pela conexão com a minha espiritualidade. Os livros representam um pouco do meu Eu perdido. Na reflexão da oficina do cuidado observei o quanto minha espiritualidade, meu Eu, meus prazeres estavam relegados a plano secundário após o início da faculdade e a imperiosa necessidade de reconectar-me à espiritualidade.

FOTO 11: PARE PARA PENSAR – Clarice



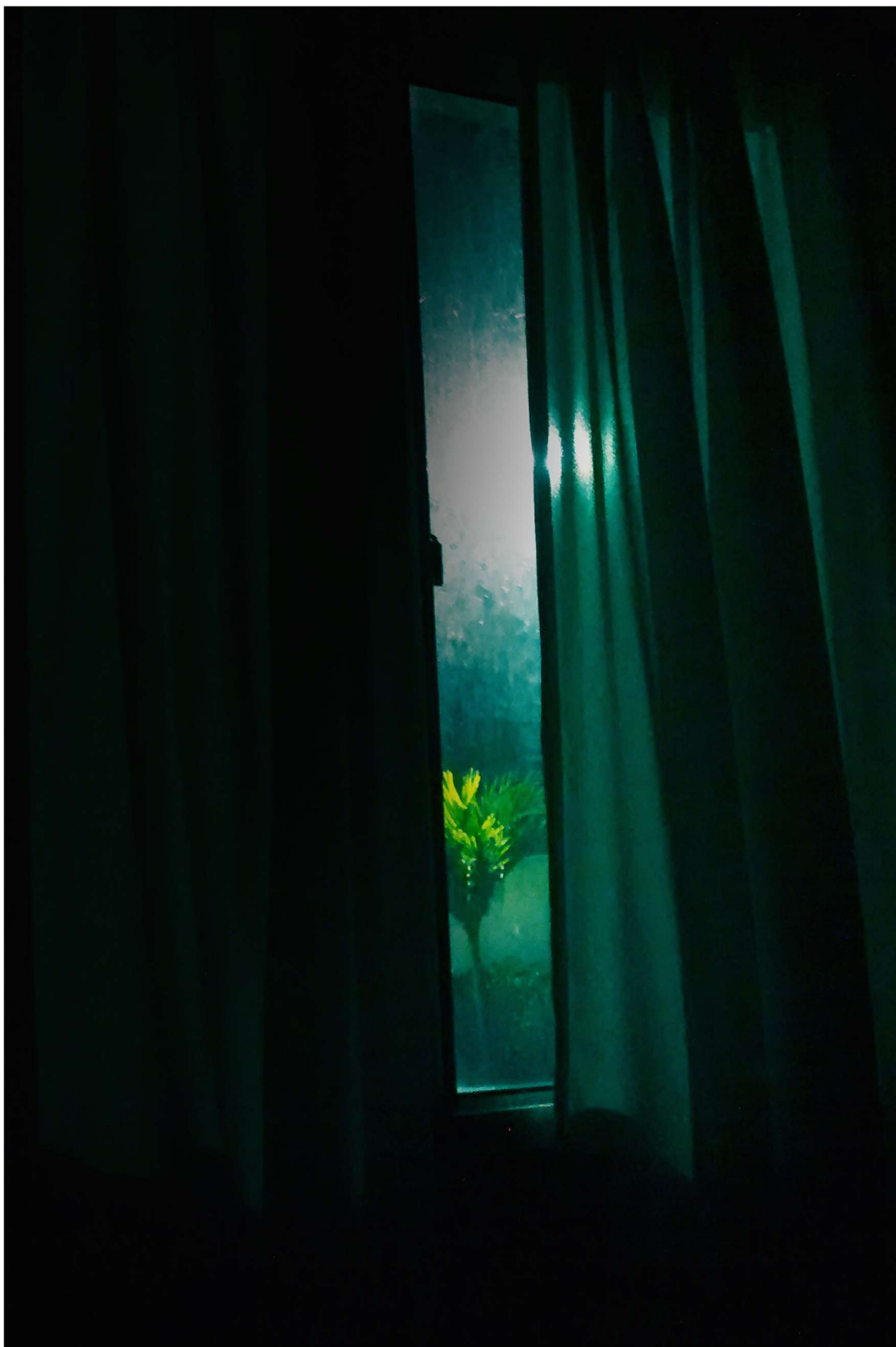
“ Uma das coisas que mais teve impacto em mim durante a Oficina do Cuidado foi o estímulo à reflexão. Podia ser refletir sobre o que estava acontecendo comigo, sobre a maneira como eu reagia a algo, ou sobre a minha percepção do outro. Esse exercício fez com que eu tentasse ter mais calma e paciência ao lidar com meus problemas e tentasse entender o outro sem julgá-lo.”

FOTO 12: MEU JARDIM – Helena



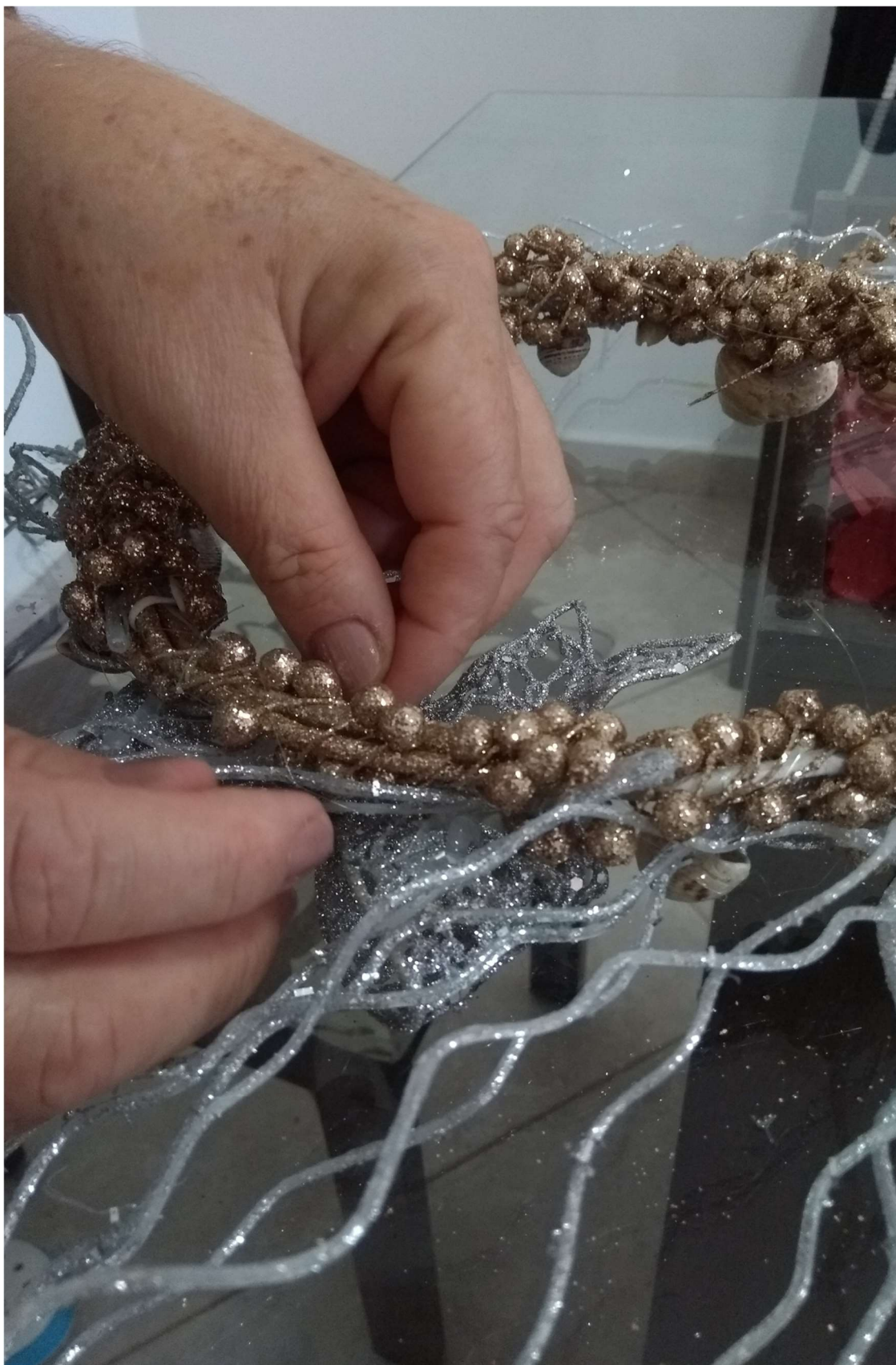
"Tô relendo minha lida, minha alma, meus amores. Tô revendo minha vida, minha luta, meus valores. Refazendo minhas forças, minhas fontes, meus favores. Tô regando minhas folhas, minhas faces, minhas flores. Estou podando meu jardim. Estou cuidando bem de mim."

Música: Meu Jardim Compositor: Vander Lee

FOTO 13: ABERTURA – Clarice

”Sempre fui uma pessoa muito fechada, não me abria facilmente com os outros. A experiência com a Oficina do Cuidado me fez perceber o que eu estava perdendo ao bloquear essa comunicação. Aos poucos estou me esforçando para permitir que os outros tenham acesso a mim e vice-versa.”

FOTO 14 – Flora



Perceber que alguns dos nossos dons remontam aos nossos laços e evocam memórias agradáveis.

FOTO 15 - O FÁCIL E O DIFÍCIL – Ana



Julgar o colega ao lado é muito fácil. Difícil mesmo é perceber que podemos ter mais coisas em comum do imaginamos e que, apesar de termos percorrido caminhos diferentes, podemos ter as mesmas raízes e alcançar os mesmos sonhos. E, é optando pelo difícil que percebemos que é o conjunto que nos fortalece e nos torna melhores.

FOTO 16 – Iago



No encontro com o outro me encontro...naqueles que não pedem nada em troca, amam sem medida e sem nada pedir...A Oficina do Cuidado me ensinou que ao cuidarmos, estaremos nos cuidando...vejo verdade nos olhos do gato que adotei após o término da Oficina do Cuidado.

FOTO 17 – COTIDIANO – Helena



A oficina do cuidado me possibilitou compreender as dimensões da experiência dentro de um contexto plural, em que há multiplicidade de vozes. E que o importante nesse espaço são as possibilidades de reflexão, troca de conhecimento e afetos. Isso nos melhora, nos melhora para o encontro com o outro.

FOTO 18 - A HORA DA PARTIDA – Ana



Quando você nasce em uma grande família é muito difícil se tornar adulta longe de casa. Quando você tem grandes amigos é difícil sair da zona de conforto. Porém há momentos na vida em que é preciso por a cara a tapa. Você se arrisca, erra, acerta e aprende. E depois de um tempo você percebe que a hora da partida pode continuar sendo dolorosa. A saudade apertada, dói e você continua. Talvez a distância que leve ao amadurecimento e ao fortalecimento dos vínculos. Se a hora da partida é dolorosa, é porque, para a sua felicidade, você tem para onde voltar.

FOTO 19 – lago



O lago é a representação da mente, ao observarmos as águas, notamos sua quietude e serenidade, grande lição ensina a Natureza: a de que, somente a serenidade íntima nos faz perscrutar as profundezas das águas, e entender por paralelo que a agitação das águas assim como a agitação do pensamento turva a visão das belezas escondidas no lago. Isso foi o que a oficina do cuidado me fez, trazer o silêncio.

FOTO 20 - SOBRE A GRATIDÃO – Helena

Essa é uma foto que simboliza a gratidão e a amizade de oito mulheres que se apoiam mutuamente em um momento difícil na vida de uma delas, a qual enfrenta uma experiência de adoecimento e vulnerabilidade de sua condição física. Ao conhecê-las eu vivi uma experiência de reconhecimento, de gratidão, que é o mesmo que generosidade para com os outros. Sentimento este que essas mulheres cultivam umas com as outras, fortalecendo um laço de amor e amizade.

Revivi nesse momento uma sensação desafiadora despertada durante as oficinas do cuidado, o desejo de refazer laços de amizade por vezes fragilizados ou desfeitos no cotidiano de minha formação.

Consertar algo que se quebrou não é fácil, os japoneses acreditavam que quando um objeto se quebra, vale a pena consertá-lo. Eles desenvolveram uma técnica: Kintsugi para isso (colagem de resina de laquê e ouro). Eles acreditavam que a arte de restaurar é valorizar a história. Eu também acredito nisso hoje, o que só pude enxergar a partir de um novo olhar sobre a minha vida e minhas histórias de amizade trabalhado nas oficinas do cuidado.

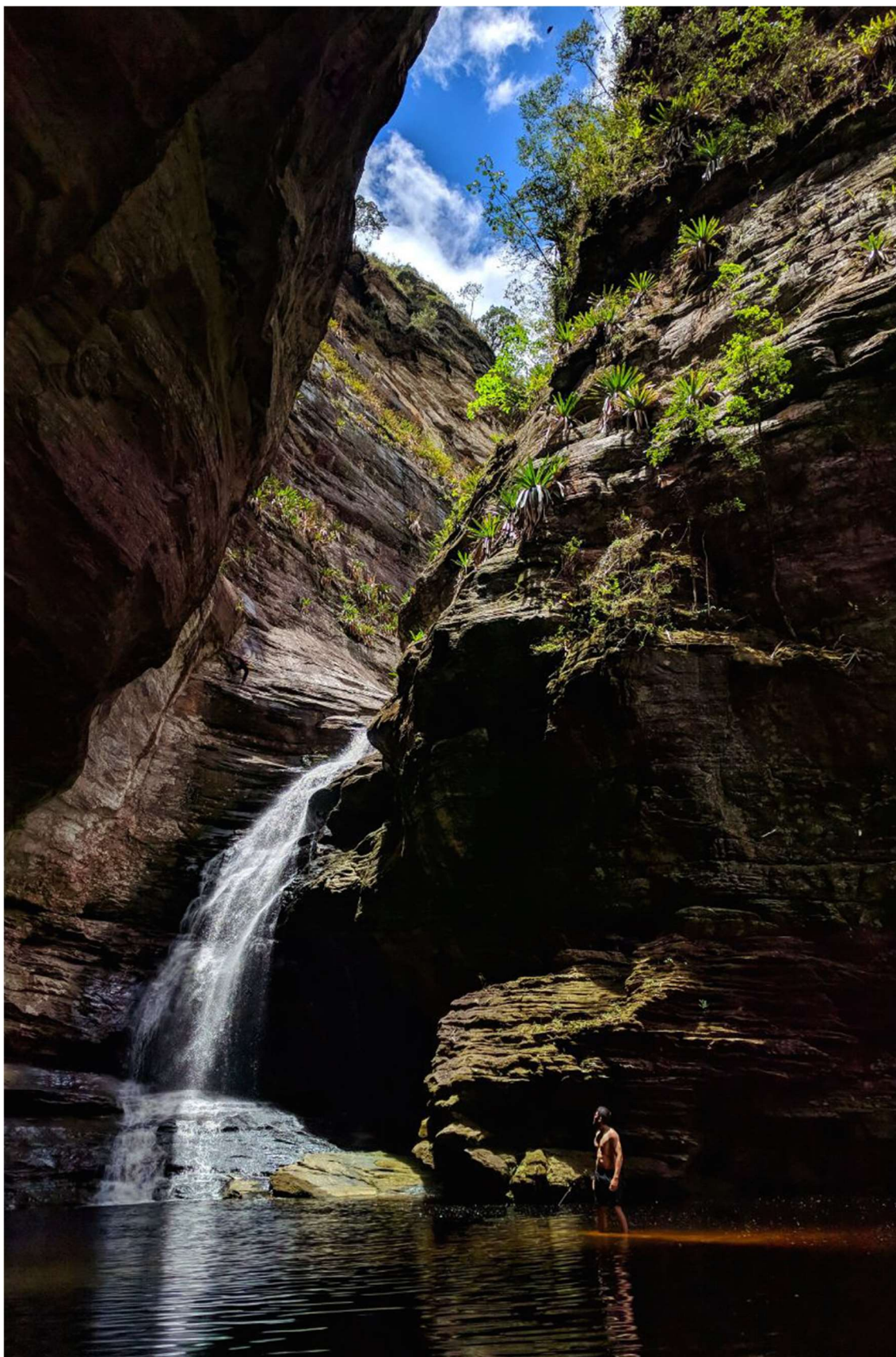
FOTO 21 – lago

Meditação: um passo em direção ao auto-encontro e ao equilíbrio. Na busca de si mesmo é imprescindível fazer quietude íntima para se conectar à fonte interna...parar...respirar...prosseguir...

FOTO 22 – Flora

O prazer de cultivar e estar em meio de um pedacinho da natureza.

FOTO 23 - LIBERDADE É ESTAR EM CONTATO CONSTANTE COM A NATUREZA – Elis

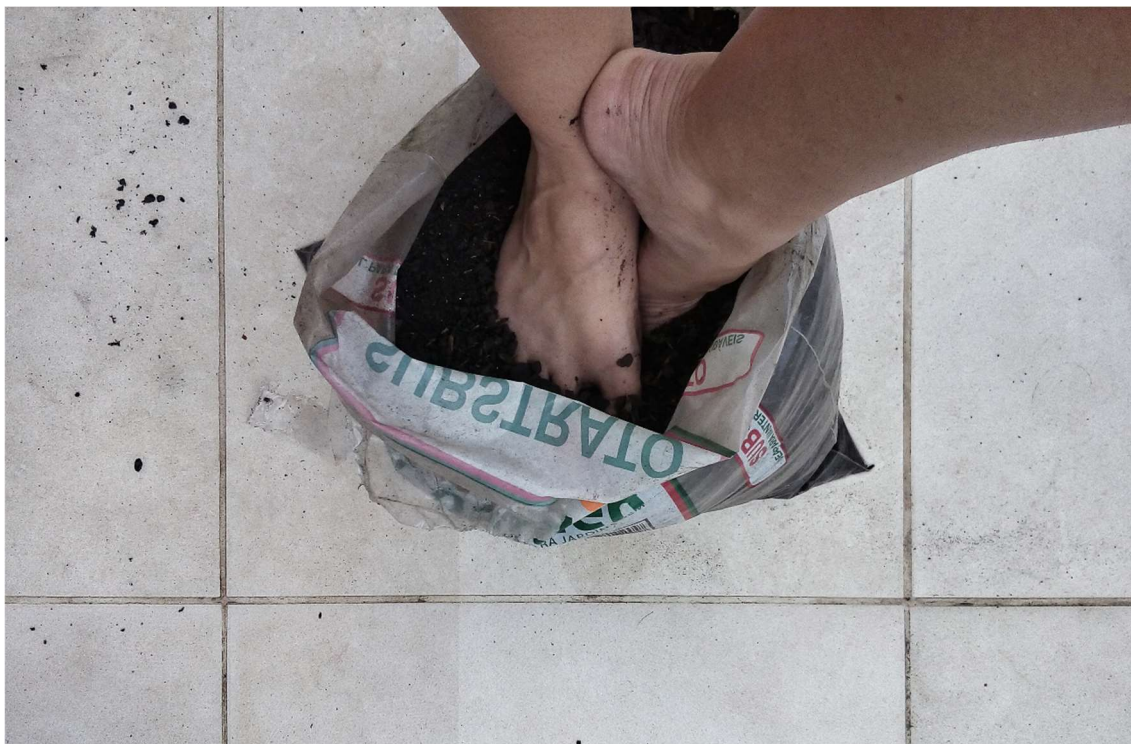


Nas oficinas foi enfatizado os benefícios que o contato com a natureza traz para a nossa saúde mental. A partir daí eu busquei atividades que pudessem me proporcionar isso.

FOTO 24 - CORAGEM PARA PEDIR SOCORRO – Clarice

“Desde sempre, eu tinha dificuldade tanto em aceitar quanto em pedir ajuda, por achar que eu estava atrapalhando a quem me oferecia, ou me sentir envergonhada de precisar do auxílio de alguém para coisas ínfimas. Porém, ao longo da Oficina, essa questão surgiu, abrindo meus olhos para o fato de isso é uma escolha e eu posso mudá-la, não havendo nada de errado em precisar do outro para enfrentar um problema.”

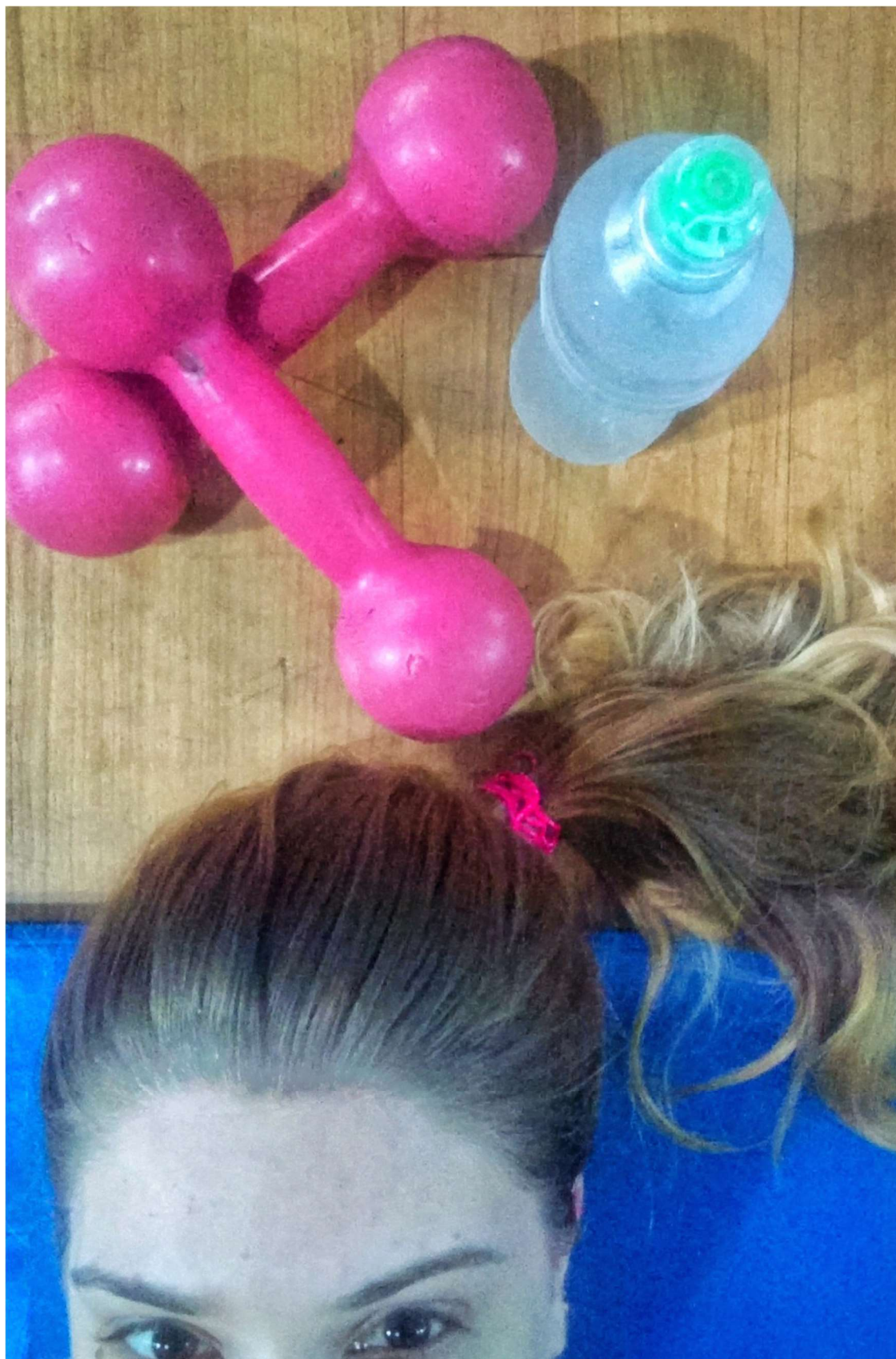
FOTO 25 – ENRAIZAMENTO – Joana



Conexões. Com os outros e comigo. Antes que eu consiga exercitar a empatia e o afeto por quem quer que seja, é necessário que isso esteja enraizado em mim. O resgate: às minhas origens, à essência do que acredito e das conexões que me mantêm. Aspectos que me foram nutridos, regados, brotados, durante a Oficina do Cuidado. A alegria de encontrar em mim o substrato para florescer. E de ser, em algum momento, adubo dos “alguéns” que me acompanharam nessa experiência. ^{ISEP} Aquilo que mais me marca desta passagem, certamente são as raízes que consolidei na relação comigo mesma. A partir disso, os galhos de conexão com o outro brotaram e floresceram. As folhas que caem alimentam a mim e aos semelhantes. Juntos somos floresta. Temos tudo do que precisamos. Reinvento. Resisto.

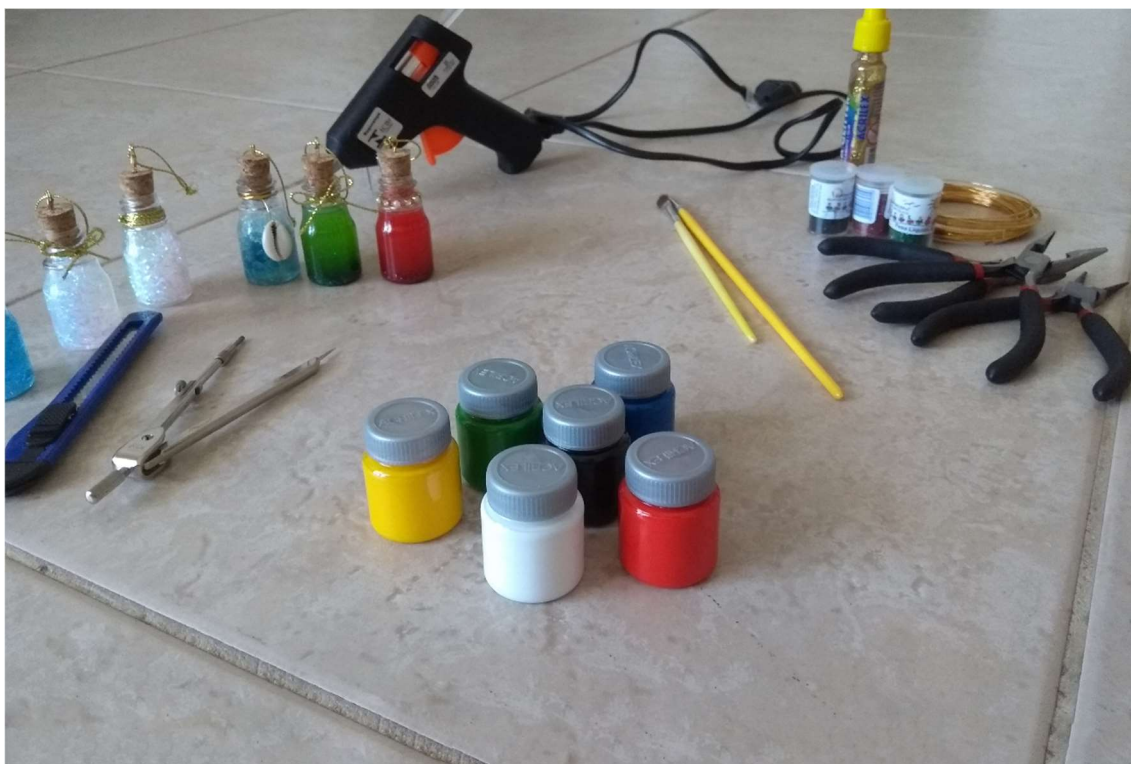
^{ISEP}

FOTO 26 - CORPO SÃO, MENTE SÃ – *Elis*



Eu comecei a me cuidar mais, perceber como o exercício físico me fazia bem e intensifiquei esta prática.

FOTO 27 – Flora

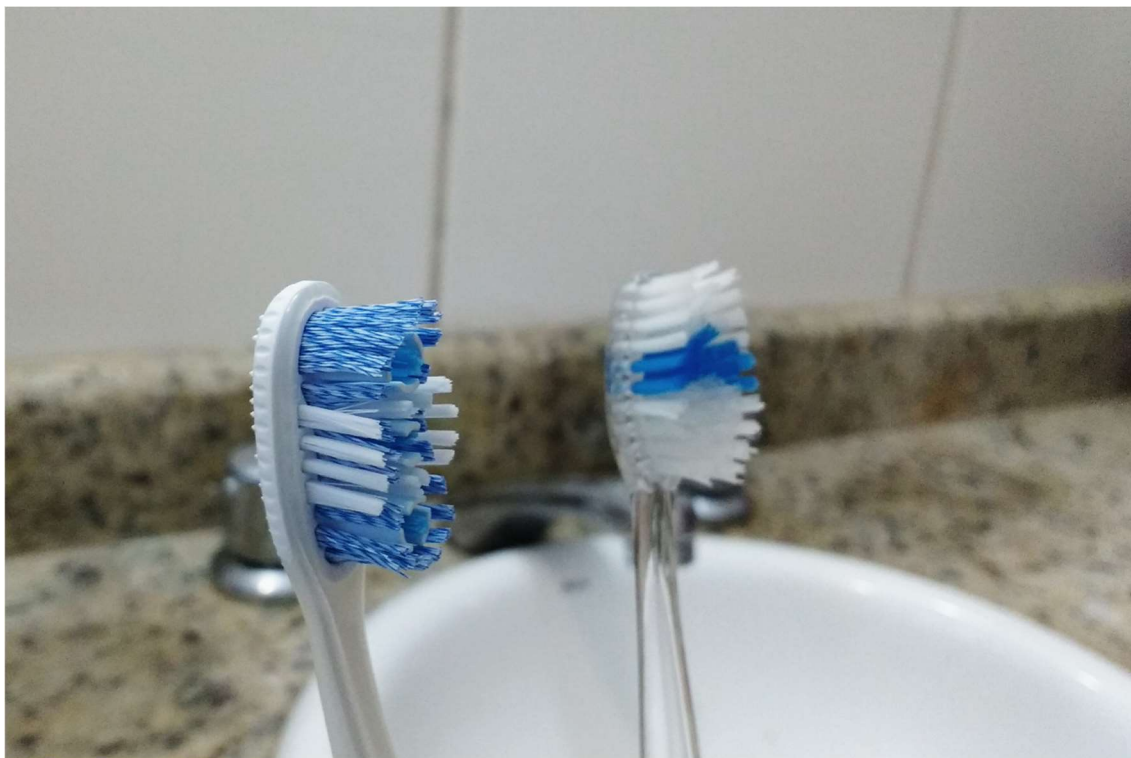


Permitir a retomada atividades que tanto gosto. Tornar consciente o bem estar que praticá-las me oferece.

FOTO 28 - MEDICINA É A ARTE DO CUIDADO COM O OUTRO, DA PRÁTICA DA EMPATIA DIÁRIA – Elis



Durante a faculdade parece que a gente vai perdendo a sensibilidade e quando vivenciamos a Oficina do Cuidado e as práticas em saúde mental no oitavo período, a gente percebe que precisa rever isso. A relação médico-paciente é melhor construída quando conseguimos nos colocar no lugar do outro.

FOTO 29 - OLHANDO PRA VOCÊ – Bruno

Costumam usar a escova de dente como o limite da intimidade entre as pessoas. Se algo não pode ser compartilhado "é que nem escova de dente". A oficina do cuidado promoveu diálogos improváveis com os meus colegas de turma. Convivemos diariamente por cerca de 4 anos sem conhecermos as histórias, dificuldades e sonhos de cada um. Isso me fez repensar a coletividade, o ambiente de sala de aula e amadureceu a minha relação com os outros. Hoje temos liberdade de compartilhar muito mais coisas.

FOTO 30 - BOM DIA! – Bruno

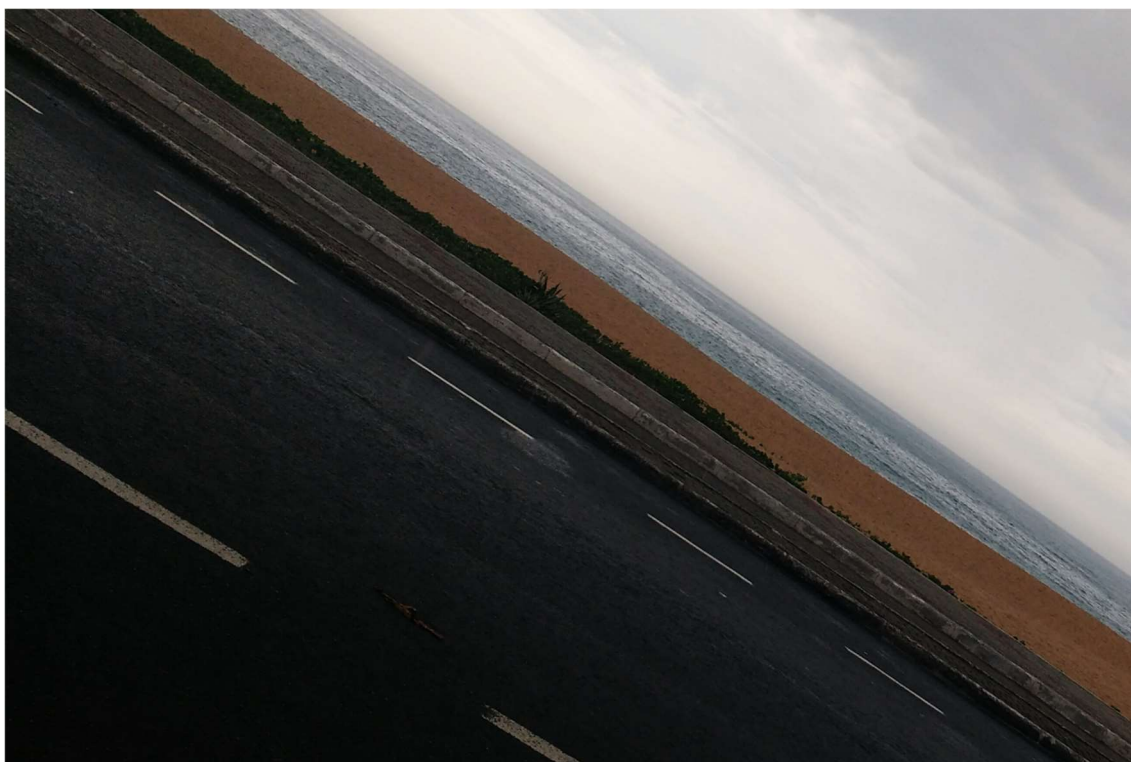


Em um dos encontros ouvi um conto sobre um passarinho - "O pássaro da Índia", Rumi - que me ajudou a pensar sobre ser criativo ao lidar com conflitos, confiar nos outros e não sucumbir a situações que parecem não ter solução. Desde então, todo contato com os passarinhos é motivo para reviver essa reflexão e encarnar o que aprendi. Esse passarinho estava no estacionamento do hospital que faço estágio. Eles costumam pousar sempre na mesma grade. É um lembrete diário de perseverança.

FOTO 31 – ADELANTE – Bruno

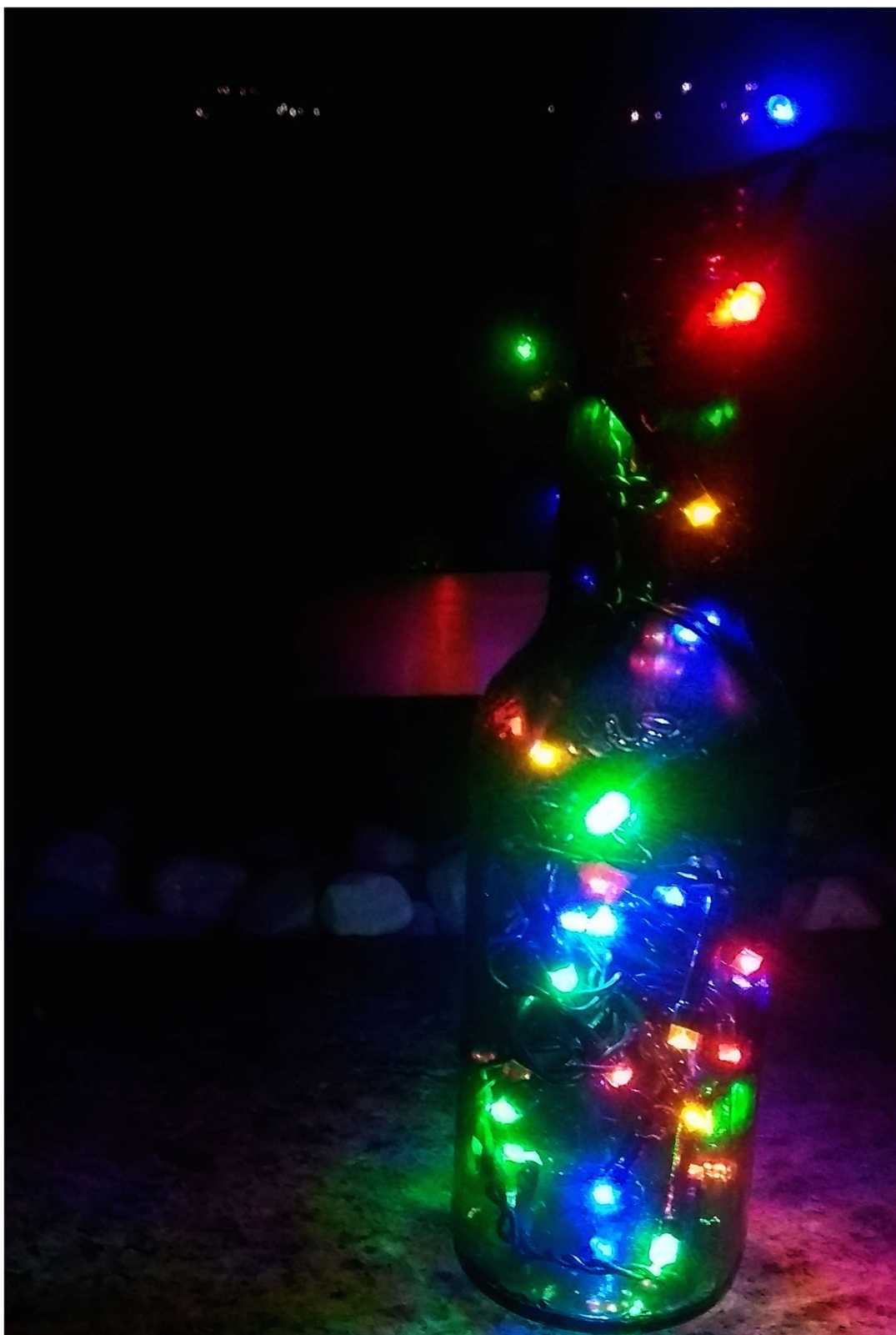


A oficina do cuidado foi um momento de confrontar os valores que me trouxeram ao curso com as minhas atitudes ao longo da formação. São raros os momentos na faculdade em que paramos e dedicamos tempo a essa "luta de morte". Além de prosseguir com mais intencionalidade e serenidade, pude reavivar o que há de revolucionário em minha consciência.

FOTO 32 – QUOCIENTES – Bruno

O equilíbrio da rotina passa pela harmonia nas divisões. Tempo, prioridades, necessidades, o que quero e o que tenho que fazer. É um exercício enxergar essas divisões como formas próprias da nossa trajetória e não como cruzamentos ou intercepções no percurso.

FOTO 33 – Flora



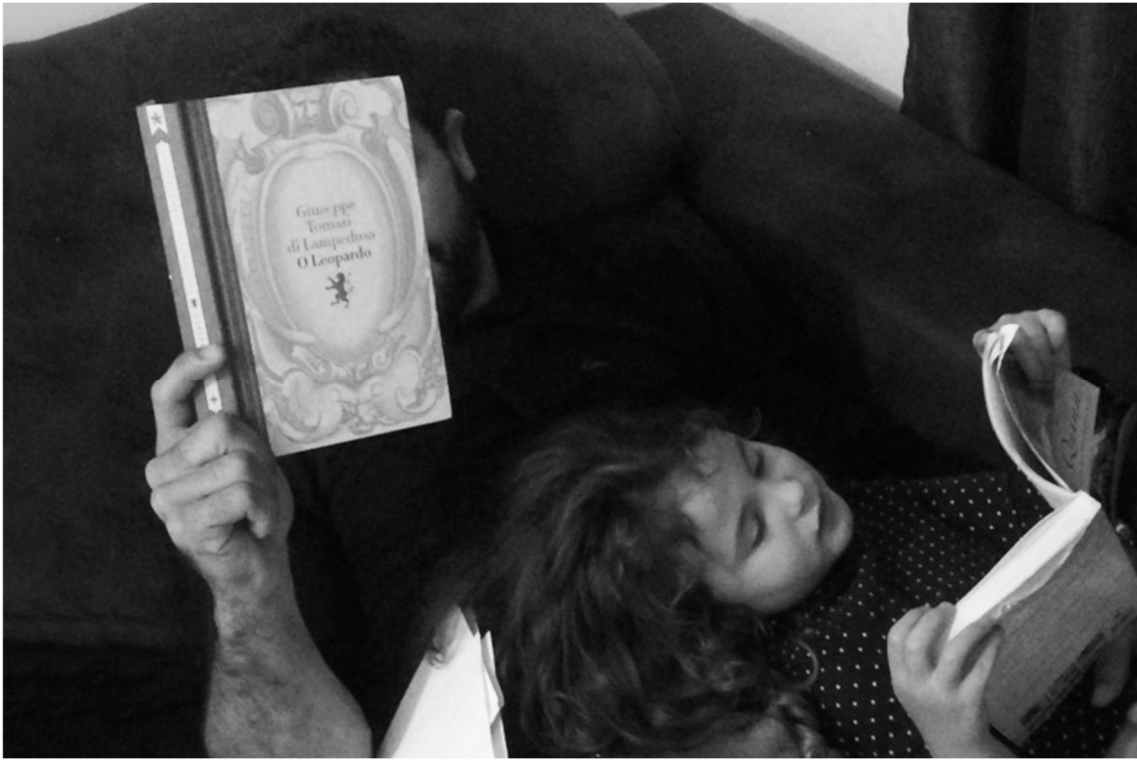
Sempre é possível iluminar nossas vidas por mais lúgubres que algumas épocas sejam

FOTO 34 - A HUMANIZAÇÃO É HUMANA? – Ana

A Oficina do Cuidado foi o único espaço na minha formação em que me senti ouvida. Diferente daquela obrigação de falar na aula sobre teorias, sinais, sintomas, diagnóstico e tratamento, pude falar um pouco sobre mim, de onde vim, da minha família, dos meus amigos, das minhas experiências e sobre o que espero da vida. Senti pela primeira vez na faculdade que as coisas poderiam ser melhores e que, em um meio onde se fala tanto em humanização, a minha humanidade importava. Afinal, a humanização fica apenas na teoria?

FOTO 35 – (SÉRIE DE QUATRO FOTOS) – Gaia







A oficina me ensinou a ficar mais conectada com o PRESENTE. Aproveitar as coisas simples, como uma poesia, uma reflexão, uma obra de arte, um sorriso, um abraço, e o que um momento pode nos proporcionar, estar mais concentrada no agora. Não se atentar à ansiedade com problemas que nem existem ainda, não se preocupar com o passado ruim e deixar que tudo siga seu próprio rumo, confiando nas suas qualidades e contribuindo sempre para o bem. Também conheci melhor os meus limites e minhas qualidades. Entendi melhor o sofrimento das pessoas, tento não julgar e compreendi que cada coração é um universo e nós interferimos na vida das pessoas que amamos e que cuidamos (enquanto médicos ou como seres humanos).

A apresentação dos resultados no terceiro grupo focal foi um momento de grande emoção na pesquisa. Os participantes, ao circularem pela sala e conhecerem as fotos dos demais, mostraram-se visivelmente afetados. As fotos estavam coladas nas paredes com as respectivas legendas, mas não havia a identificação do autor. Ao iniciar a conversa, a pesquisadora os estimulou a falar sobre a experiência e foi possível compartilhar o sentimento no grupo. Algumas destas narrativas foram as seguintes:

Na hora que eu me aproximei pra ler as legendas me impactou! Percebi que todo mundo, se expôs muito, né?! Expôs muito sentimento, coisas das pessoas que a gente não vê olhando pra elas, convivendo com elas. Foi uma experiência assim, de exposição, não num sentido ruim, mas me deu vontade de fazer isso (pediu à pesquisadora para ser convidada para outras pesquisas com essa metodologia) porque é um momento de compartilhar, um momento coletivo. Você compartilha esse sentimento da sua vida por meio de uma arte. Você consegue ver a outra pessoa de uma outra forma. Eu fiquei emocionada porque eu tava lendo, e eu não sabia isso de algumas pessoas, mesmo, às vezes, convivendo melhor, reforçando o laço, parece que a gente não se conhece, pelo menos desse jeito. *Helena*

Eu achei um exercício muito...fantástico! Você ver isso, e reconhecer as pessoas naquilo ali, sem ninguém te dizer. 'Ah! Esse aqui é fulana, que fez essa foto.' Isso foi muito bom! Essa sensação foi muito boa mesmo, de você se sentir conectado com aquela pessoa, de ver claramente: 'eu faria isso e ela pensou nisso, caramba! Como nos estamos conectadas!' Eu senti muito isso! E as pessoas ficaram muito traduzidas nas fotos. Ficou assim, a pessoa! Foi muito legal! *Joana*

Também achei impressionante essa identificação. Nossa! Em diversas legendas, pensei: 'isso é uma coisa que tranquilamente poderia ter sido escrito por mim. *Bruno*

No quarto grupo focal os participantes elaboraram uma síntese coletiva, conforme já descrito na metodologia. Segue o texto:

SÍNTESE COLETIVA

Macaé, 11 de dezembro de 2017.

Qualquer estudante de medicina sente, é um sentimento compartilhado por todos nós, o de viver sob cobranças, ter pouco (ou não ter) tempo para descansar, com noites mal dormidas, dedicar-se (por longo período da vida) exclusivamente ao curso, o que leva a crises existenciais.

Ao participar da Oficina do Cuidado no oitavo período, pudemos rever a forma como estávamos vivendo a nossa vida, refletir sobre isso e sobre muitas outras coisas. Houve estímulo à reflexão. A partir daí, fizemos mudanças. Vamos listar o que mudou em nós coletivamente:

- Foi possível abrir um espaço para respirar e perceber que a vida pode ser mais simples e que ela não se restringe à faculdade de medicina. Pudemos nos reconhecer como seres humanos;
- Na Oficina, nos sentimos cuidados, pudemos ser ouvidos e valorizados naquilo que sentíamos pela primeira vez no curso de medicina. Percebemos que há repercussão na prática com o paciente. Quando sou visto como ser humano, posso enxergar a humanidade que há no outro. Viver isso, aguça uma crítica ao modelo de ensino tradicional da medicina. Querem ensinar em teoria, com slides (tivemos esta aula), o que é humanização, quando isso não se mostra no processo, na relação professor-“aluno”, onde a hierarquia não permite aproximação. Além disso, quero poder prescrever pro paciente algo que vivencio no meu cotidiano, como atividade física, mas a faculdade não oferece tempo para, nem valoriza, isso;
- Pudemos iniciar, ou retomar atividades que foram negligenciadas durante o curso médico, mantendo o compromisso com o cuidado com a nossa saúde mental, como: exercício físico, meditação, estar em contato com a natureza, mexer com a terra, espiritualidade;
- Experimentamos “uma reconexão consigo mesmo”. Pudemos nos enxergar, “reconhecer características minhas, como eu me comporto, passei a me observar mais”. Permitir-se ser quem é. Aprendemos a não ficar tentando tanto atender às expectativas dos outros. Ficar mais centrados em nós mesmos e ao que é bom para nós.
- Percebemos que é preciso cuidar de si para cuidar melhor do outro;
- Percebemos que podemos mudar, fazer novas escolhas.
- Mudamos a forma de lidar com o curso de medicina. Buscamos equilibrar a rotina e as tarefas. Agora podemos descansar sem nos sentirmos culpados por isso.
- Houve uma ampliação do olhar.
- Viver o presente, o agora, estar atento.
- Valorizar o que é simples.

- Um encontro com o silêncio que há em mim, melhorando a relação comigo mesmo, conseguindo ficar bem quando estou sozinho.
- Valorizar as amizades, reforçando e reconstruindo laços.
- Um novo modo de lidar com os problemas, encontrar saídas, criar alianças.
- Dar-se conta de que, muitas vezes, a vida acontece diferente do planejado. Poder aceitar que não há controle e aproveitar o que o caminho oferece.
- Perceber a possibilidade de aprender com os erros e perseverar.
- Lidar de outra forma com a saudade da família e dos amigos. Valorizando que temos para onde voltar. A distância amadurece e fortalece os laços e possibilita criar novos laços aqui.
- Perceber que alguns dos nossos dons estão relacionados à herança familiar e valorizar isso.
- Alguns de nós adotaram animais e aprenderam com eles um amor sincero e gratuito, bem como a alegria da convivência, o que também possibilita uma melhor relação com as pessoas.
- Estar num grupo (da Oficina) com outros colegas, nos possibilitou enxergar aquele que estava há anos do nosso lado: reconhecer o outro, nos aproximar e nos conectar com ele. Foi possível estreitar laços e criar intimidade. Nos emocionamos ao ver o outro se expor. Repensamos a coletividade e o espaço de sala de aula.

Reconhecemos a importância de ter um componente curricular consolidado para a inserção das Oficinas do Cuidado ao longo dos períodos, desde o início do curso, para que o estudante possa usufruir do que foi acima mencionado. Dizemos isso por entender a potência da Oficina do Cuidado no tensionamento do modelo tradicional de educação médica onde a obsessão pelo desenvolvimento de habilidades e competências negligencia a dimensão pessoal da experiência de cada estudante, se esquivando dos sofrimentos, inseguranças e frustrações produzidos nos espaços de aprendizagem.

4.3 DISCUSSÃO

A discussão dos resultados será conduzida a partir da análise das narrativas dos participantes nos grupos focais, nas entrevistas individuais, nas legendas das

fotografias e na síntese coletiva. Para a condução da análise qualitativa, sob a perspectiva fenomenológica, dos dados desta pesquisa, utilizou-se a metodologia *Systematic Text Condensation* (MALTERUD, 2012). O método fenomenológico surgiu com o matemático e filósofo alemão Edmund Husserl (1859-1938) com o intuito de propor uma fundamentação filosófica rigorosa para o conhecimento e as ciências. A atitude fenomenológica se opõe à atitude natural dos saberes empíricos e científicos que tomam seu objeto dado como em si e ignoram a condição de possibilidade de sua aparição. O exercício da pesquisa inspirada na fenomenologia de Husserl vai recorrer à redução fenomenológica, colocando em suspensão todas as teorizações e representações já dadas sobre o fenômeno, a fim de deixar que este se dê em sua mostração originária na correlação com a subjetividade transcendental que co-participa desta mostração do fenômeno em sua *dação* (FEIJOO e MATTAR, 2014). Pode-se afirmar que a própria oficina já atua como um espaço onde a redução acontece, e, ao analisarmos os relatos, novamente atuamos de maneira fenomenológica para chegar às categorias aqui apresentadas. O tema da fenomenologia exigiria explicitação mais demorada, o que não é o objeto do presente trabalho. Para a análise aqui empreendida, foi utilizada a aplicação da metodologia fenomenológica na pesquisa conforme apresentada por Malterud (2012) que se remete ao trabalho de Giorgi e Sousa (2010).

Segundo Malterud (2012), o método *Systematic Text Condensation* (STC) deve ser conduzido de modo a seguir quatro passos. No primeiro passo extrai-se, através de uma primeira leitura de todas as transcrições, alguns temas preliminares que são os pontos de partida para a organização dos dados. No segundo passo, avaliando linha por linha das transcrições, identificam-se as unidades de sentido, que são fragmentos do texto que contêm algumas informações sobre a pergunta da pesquisa. Ainda no segundo passo, as unidades de sentido são classificadas e ordenadas em grupos de acordo com os temas a que se referem. No terceiro passo é feita a condensação das unidades de sentido, classificadas em grupos temáticos no passo anterior, em subgrupos de significados que são as unidades de análise. No quarto passo é feita uma síntese em que são desenvolvidas descrições e conceitos levando à atribuição de títulos às categorias temáticas sintetizadas neste passo a partir dos subgrupos do passo anterior. Ao longo de todo o processo, é feita uma trilha de decisões apontando quais caminhos foram tomados, a partir de que reflexões, a cada passo, de modo a facilitar o acompanhamento do método.

Desta forma, no presente estudo, em resposta à pergunta central da pesquisa: **Como foi a sua experiência de participação na Oficina do Cuidado?**, foram extraídas as seguintes categorias temáticas das experiências narradas pelos participantes:

4.3.1 **Encontro de um espaço de acolhimento e cuidado na formação médica;**

4.3.2 **Abertura à reflexão;**

4.3.3 **Transformação e ampliação de possibilidades dos modos de ser e estar no mundo.**

Na sequência, cada uma das categorias temáticas encontradas será analisada, discutida em diálogo com a literatura e ilustrada com trechos das narrativas dos participantes.

4.3.1 Encontro de um espaço de acolhimento e cuidado na formação médica

A Oficina do Cuidado representou para os participantes um espaço diferenciado durante a formação médica, o qual mostrou-se para eles como um ambiente protegido, no sentido de ser sigiloso e não haver censura, em que eles puderam falar sobre si, ouvir de si mesmos e do outro, compartilhar suas angústias, criar laços, fazer reflexões. Um espaço onde se sentiram cuidados.

A foto 34 evidencia bem estas questões. Seguem algumas outras narrativas acerca deste tema (provocadas pela foto no grupo focal 03):

É que todo início de aula tem aquele jeito falso de conhecer... Porque era sempre assim: "diz seu nome, sua idade e de onde veio", pra você ter uma ideia mais ou menos, de como é aquela pessoa, né? Aí, você acha que você tá sabendo um pouco daquilo, e fica só por isso mesmo. O resto é só isso. Você só precisa saber responder as perguntas, tem que participar da aula, e você tem que tirar nota boa, e é isso, entendeu? Ninguém se interessa por quem você realmente é, ou como você tá se sentindo. Ou, como tá sendo aquilo pra você, a não ser na Oficina. *Diana*

Isso acaba refletindo na nossa parte prática. Porque a gente lida com o ser humano. E se, os nossos próprios professores, ou as pessoas do nosso próprio convívio, não conseguem ver como a gente é, como ser humano, pra gente fica ainda mais difícil exercer isso na nossa prática, né? *Clarice*

Diana chama a atenção para o espaço da Oficina como sendo de interesse por si mesmo e pelo outro, pelos pares. Compara o que acontece na Oficina com o modo como os professores e os colegas se conhecem ao longo do curso, ou seja, de forma impessoal e protocolar apenas, sem nenhuma interação de fato. Cada um segue lá fora de maneira paralela, muitas vezes solitária, tendo que dar conta das atividades do curso. *Diana* marca uma diferença em relação à Oficina do Cuidado, como uma interrupção desse padrão.

Clarice critica o modelo biomédico de ensino médico, ao denunciar que, antes da Oficina do Cuidado, seus sofrimentos ao longo da formação não haviam sido considerados, nem acolhidos e que esta negligência tem repercussão na prática profissional, gerando uma dificuldade em reconhecer a humanidade que há no outro. Narra uma experiência semelhante a que *Silva e Ayres (2010)* haviam apontado como um problema na formação médica, em que a invisibilidade do sofrimento existencial dos estudantes em formação poderia acarretar uma vulnerabilidade, com consequente incapacidade futura de lidar com os aspectos emocionais próprios e dos pacientes. Os autores sugerem que a relação professor-aluno é uma ferramenta potente para traçar uma trajetória numa direção humanizada e cuidadora. Os participantes da presente pesquisa confirmam esta hipótese, embora vão além, como poderá se verificar ao longo da discussão. Seguem outros relatos que apontam para a categoria destacada.

Isso é um problema na medicina. Eles tentam humanizar as pessoas através de teoria. E não através de relações. Eu acho que não tem outra forma de humanizar, que não através das relações. Mas, parece que eles querem nos ensinar, dar uma aula, sem fazer, entendeu? Isso é difícil. *Joana*

Tem aspecto nessa legenda (foto 34) que pra mim soa como uma crítica muito forte ao um modelo de ensino mais cartesiano que a gente tem. O aluno é o “a-luno” mesmo, sem luz, né? O professor que chega pra poder iluminar de conhecimentos o ambiente. A relação da universidade com o aluno é pouco dialógica. O aluno não fala em aula. Fico até pensando assim, a maioria das provocações que são feitas na Oficina do Cuidado é: “O que vocês pensam sobre isso? Me falem um pouco.” E eu não lembro de nenhum momento na universidade de alguém ter me perguntado o que eu penso sobre alguma coisa. A dúvida tem que surgir em torno de uma verdade que está estabelecida ali pelo método, né, da aula e nunca o que você pensa sobre alguma coisa. *Bruno*

Dizem o que você tem que pensar. *Gaia*

Mesmo em disciplinas que propõem mais humanidade, tem que ter uma verdade estabelecida. Você tem que se humanizar através daquela técnica. Se você não se humanizar através daquela técnica, então não tá certo. *Iago*

Então é uma aula, né, com slides sobre humanização, sobre como você tem que se sentir com relação às pessoas, ler o texto. E tipo é isso, pronto. Aí você sai e é humanizado. E a gente ouve isso um milhão de vezes e não vai dar em nada. E só é chato, porque a gente só fica olhando aquilo. *Gaia*

Isso é uma coisa que a gente ouviu repetitivamente na faculdade, teve aula de humanização (*Alguém comenta: bem insuportável!*) mas não contemplou ninguém. *Iago*

Parece que os participantes estão clamando por metodologias de ensino-aprendizagem na qual possam ter participação mais ativa, e pela tematização da humanização de maneira mais presencial e prática a fim de que não se fique apenas na teorização superficial, sem discussão de como isso se conecta à vida cotidiana. Afirmam que aulas teóricas a respeito não resolvem a questão. Sugerem que as relações sejam humanizadas durante a formação médica e deixam claro que os professores são exemplos, no modo como se relacionam com os estudantes, bem como com os pacientes. As assertivas dos participantes sugerem que os professores são o tempo todo observados e avaliados pelos estudantes, embora nem sempre recebam *feedback* desses processos. As Diretrizes Curriculares Nacionais (Ministério da Educação, 2014) preconizam o uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem no projeto pedagógico dos cursos de medicina, conforme já dito anteriormente.

Outra coisa que eu também acho engraçado e que esse texto (refere-se à Foto 34) me lembrou, é de como na medicina a gente é sempre direcionado a orientar uma coisa pro paciente, ao mesmo tempo que, teoricamente, a gente não deveria fazer. Assim, você tem que orientar o paciente a fazer atividades físicas, a se alimentar bem, mas indiretamente você não deve ter tempo pra isso, né? Porque se você tem tempo pra isso, você não tá estudando direito, você não tira nota. *Flora*

Houve uma longa discussão no grupo focal a respeito da Foto 34. Os participantes concordavam que ela respondia à pergunta estrutural: “Quais sentimentos foram despertados através das Oficinas?” “Desperta o sentimento de ser cuidado.”, disse *Iago*. Mesmo compartilhando com o posicionamento dos demais, autora da foto, no momento final da categorização, optou por classificá-la em: “Que tipo de médico a gente quer ser após a Oficina?”

As narrativas acima evidenciam dois aspectos marcantes. Se por um lado os participantes denunciam o seu descontentamento com o modelo biomédico presente

na sua formação médica, por outro, encontraram na Oficina do Cuidado uma brecha, um ponto de ruptura com este modelo. Reconhecem a Oficina do Cuidado como um espaço em que suas vozes, seus sentimentos, suas pessoas importam. Um espaço onde se sentem cuidados. A partir daí, tornou-se possível encontrar um novo modelo no qual se espelhar, tornou-se possível visualizar, pelas vias da reflexão e do cuidado, o tipo de médico(a) que pretendem se tornar.

Nesse **espaço de acolhimento e cuidado**, os participantes se sentiram livres para falar sobre suas angústias. A presença de alguns colegas de turma no grupo não foi impedimento para que se expressassem, ao contrário, representou um incentivo, na medida em que percebiam que “todos estão no mesmo barco e também passam por problemas”. Seguem algumas narrativas acerca dessa questão:

A gente sempre fala isso mesmo, né?!... A Oficina foi o lugar que a gente teve espaço pra falar sobre isso. Poder falar sobre essa questão, de pedir ajuda, de estar em um momento difícil, de compartilhar o sofrimento e se ajudar, né?! E, às vezes são as simples coisas que ajudam, mas que a gente precisa estar aberto tanto pra ajudar, quanto pra pedir ajuda. *Clarice*

Acho que esse foi o cuidado que naquele momento eu tava precisando. Tanto que, uma das coisas que a Oficina do Cuidado me trouxe foi largar atividades que eu não gostava, mas tava fazendo porque achava que era necessário para ser um médico melhor. Eu precisava sair de tudo aquilo. Então, eu acho que a representação desse meu novo processo, meu novo eu, tem mais a ver com coisas externas à medicina. Fazer o que eu gosto, fazer coisas que me identifiquem como ser humano, que eu tinha perdido um pouco da minha identidade. Eu recuperei um pouco disso, um pouco do que eu sou. *Iago*

Aí eu vi que tava escrito a palavra substrato...quando eu vi a palavra substrato, eu falei: 'meu Deus! É essa a palavra!' Essa oficina foi um substrato pra minha reexistência!... E aí eu falei assim: 'eu preciso expor essa palavra! *Joana* (referindo-se à Foto 25)

Eu pensei nessa experiência, nesse compromisso que eu tinha tentado fazer comigo depois da Oficina, que era de resgatar amizades, porque eu tava me sentindo sozinha, eu tava passando por um momento difícil na minha vida e achei que isso podia me fortalecer também. Os vínculos com as outras pessoas na Oficina, ver o sofrimento das outras pessoas ajuda a entender melhor o meu sofrimento. Aí, depois da Oficina, eu tentei reatar alguns laços de amizade, que estavam fragilizados ou então, amizades que eu tinha tipo: 'não quero ser sua amiga mais.' Porque eu, eu tinha fortes embates, ideias muito divergentes, de vida sabe, de comportamento, de pensamento, de defender uma postura, uma ação... Não é política, mas se bem que tudo que a gente faz é política, né? Então, uma postura, e isso me afastou dessas pessoas. Fui me desfazendo de coisas que eu não concordava, mas eu também sou uma pessoa que todo mundo discorda de um monte de coisas de mim (risos). Eu preciso entender isso. Aí, eu decidi que eu tinha que fazer alguma coisa, tinha que reatar alguns laços, e funcionou. Hoje acho que eu tenho mais laços de amizades do que eu tinha antes. *Helena*

O pessoal fala que intimidade é um caminho sem volta. Depois que você tem intimidade com a pessoa, difícil é ter menos intimidade, né? Eu acho que isso foi muito bom na oficina. A gente convivia, e até saía junto, mas as

provocações que foram feitas na oficina mostraram muito mais da gente.” *Bruno* comenta a Foto 29.

Acho que isso é muito, é uma tradução da Oficina. Esse exercício que a gente fez de reconhecer o outro e se conectar com o outro... é muito isso aí. Isso é muito importante! E durante a oficina a gente se reconhece muito no outro, e eu acredito que os outros se reconheçam na gente, nas nossas dores... nas nossas alegrias...eu, pelo menos, tentava sempre, quando eu ouvia as histórias de colegas, pensar isso pra mim, assim: “Ah! essa pessoa tá sofrendo e eu não consegui perceber. Ah! mas quando eu tô sofrendo, às vezes, os outros não percebem...” A reflexão, eu acho que é o válido, de você poder tá com os olhos abertos...estar disponível...e acho que a oficina mudou minha vida, né, gente...Não tem como...(risos) É uma experiência assim, é muita coisa... Eu sinto muita coisa... parece que foi muito simples..., mas é muita coisa que tem... *Joana* (fala emocionada sobre a Foto 15)

Eu acho que na nossa, na oficina que eu participei, teve alguns colegas que eu não tinha muito contato. E, através dessa oficina, eu pude conhecer mais aquela pessoa e ver que eu tinha muito mais em comum do que eu imaginava... Acho que isso mudou depois a minha vida. Se você for ver, no caso, eu tive 4 anos mais ou menos pra poder conhecer aquela pessoa, e nem nesse tempo inteiro, eu não conhecia ela, igual eu pude começar a enxergar ela depois da oficina. *Ana*

A constatação de que o encontro no grupo potencializava as relações coletivas e facilitava o processo de reflexão e cuidado de si e entre si dos participantes foi uma grande surpresa pra mim enquanto professora e pesquisadora. A impressão que eu tinha ao conceber o projeto da Oficina do Cuidado era que as pessoas se sentiriam desconfortáveis num grupo, teriam dificuldades em se expor, em estar entre pessoas que, por vezes não têm tanta intimidade ou de afinidade. Entretanto, a pesquisa me fez perceber que acontece o oposto disso, que o grupo fortalece o laço entre os participantes. (Fala da pesquisadora durante o Grupo Focal 3)

De igual modo, aqueles que se mostram mais tímidos em se expressar no grupo também podem aproveitar o encontro, conforme explica a participante:

É o que eu tava te falando hoje, quando eu fui te procurar. Mesmo eu não tendo exposto os meus problemas assim abertamente, a oficina acolhe. Você se sente cuidado. Isso traz uma mudança. *Elis*

A despeito de, a categoria temática de número 8: “Qual é o impacto que você está gerando no mundo?” não ter sido escolhida como representante de nenhuma das fotos, os participantes mostram-se claramente interessados que outras pessoas também possam se beneficiar com o que foi experienciado por eles na Oficina do Cuidado. Este fato fica evidente em dois momentos da pesquisa. O primeiro deles, na elaboração da síntese coletiva em que os participantes requisitam que a Oficina do Cuidado torne-se um componente curricular do curso de medicina. O segundo, aparece na forma de um pedido que os participantes fazem à pesquisadora sobre a organização de uma exposição com o material do *Photovoice*. As narrativas a seguir

ilustram essas questões:

Eu acho que a Oficina também é um instrumento de estruturação da própria autonomia do estudante para pensar sua condição de saúde, de sofrimento psíquico e de cuidado. Acho que essa é a questão. Não sei como dizer isso, mas estruturar ou até devolver essa autonomia desse estudante que chega fragilizado aqui, que tá se sentindo, que não tem essa clareza: 'não isso aqui é bom pra mim, isso aqui eu não vou fazer, isso aqui eu vou fazer menos, isso aqui eu vou fazer mais'. Eu acho que a Oficina deu base para construir essa autonomia conjunta, onde o estudante, agora consegue se cuidar de uma outra forma. Ter um cuidado de uma outra forma. *Helena*

E a Oficina do Cuidado de certa forma também funciona como um tensionador de um outro modelo de educação médica, né? Onde as pessoas tenham que valorizar também o tempo onde a pessoa (o estudante) se cuida. Não só o modelo do estudante que, ah! só faz medicina, só estuda, porque: 'Na minha época também foi assim'. Então eu acho que o fato de ter a Oficina do Cuidado é pedagógico, inclusive pros docentes, para a coordenação do curso e para a comunidade acadêmica como um todo, de ter que refletir sobre isso. Parar para pensar sobre isso. Tem que ficar clara a ideia de que, a inserção da Oficina do Cuidado não é uma coisa fácil e trivial, entendeu? Encontra muita resistência porque você tem um modelo rígido. E modelo rígido não é só por causa da carga horária. É a visão da formação, onde as pessoas não têm que ter tempo mesmo para se cuidarem. Por isso que é sempre um tensionamento, não é só duas horas do currículo, é um confronto de modelo mesmo. *Bruno*

Eu não sei também se daria para abranger outra coisa, porque eu acho que tem uma questão muito da medicina, mas se a gente for ver as fotos é muito além da medicina, sabe? É um comportamento que a sociedade moderna tem. Talvez esteja gravado na medicina, mas em outras áreas também. O nosso olhar se expande. Além de médicos, nós somos indivíduos na sociedade. Então eu acho que essa questão, não é só na nossa parte médica. *Flora*

É que a sociedade legitima essa forma, esse modelo de formatação médica. *Helena*

Eu achei muito legal, porque o seu projeto de mestrado meio que sintetizou a Oficina do Cuidado sob o nosso olhar. Eu acho que essa é uma das melhores formas de provar o quão bom é a oficina, sabe? Se existir alguma forma da gente expor isso mais aqui no *campus*...Eu acho que poderia ter uma exposição. É a forma de provar, que as pessoas que participaram do negócio, ninguém falou coisas negativas, em nenhum momento. É uma forma das outras pessoas conhecerem e se abrirem. *Flora*

Acho que seria uma coisa bem legal de trazer também, pra quem tá chegando na universidade ver um outro olhar, diferente do que acha que vai encontrar aqui. *Helena*

Eu acho que eles não têm noção do tanto do bem que isso faz, tanta diferença que faz na vida das pessoas. Com essa exposição, acho que dá para ter uma ideia pelo menos e estimular os alunos. *Gaia*

E no nosso caso, a gente já tava no 8º período, né? E essa questão de aula de humanização, a gente já tinha tido 1 milhão delas. Então, quando falaram da Oficina do cuidado, eu falei: 'Socorro, meu Deus!!! mais uma vez aquele negócio!' Eu falava: 'ai! não vou participar disso, não vou ser obrigada mais

uma vez na minha vida!’ E é totalmente diferente daquilo que a gente tem 1 milhão de vezes, só que a gente não tem, sabe? *Helena*

Percebe-se que se desenvolve uma relação empática e de compaixão entre os estudantes que participaram da Oficina do Cuidado que se estende para além desse espaço.

Bem como todas as falas enaltecem a diferença entre um aprendizado de conteúdo teórico – as aulas sobre humanização – e o aprendizado encarnado da humanização vivenciado pelos participantes e por eles valorizado.

Essas narrativas também revelam que, ao experimentar um outro modelo de formação médica na Oficina do Cuidado, o estudante clama por mais mudanças na sua formação. Adquire autonomia neste protagonismo, não só no cuidado de si, mas na militância por uma formação médica humanizada, reflexiva, crítica, onde os estudantes tenham papel ativo. Onde possam ter voz, ser ouvidos, valorizados e cuidados. Entendem que assim serão médico(a)s melhores. Médico(a)s que (re)conhecem o quão precioso é o acolhimento e a formação de vínculos, e que a prevenção e promoção em saúde podem proporcionar um (re)posicionamento existencial no qual há mais bem-estar e menos sofrimentos.

Deste modo, a Oficina do Cuidado opera como um instrumento para a aprendizagem significativa, bem como revela um aspecto híbrido de cuidado e formação. Cuidado que forma.

Quando Hutchinson (2016) aponta a importância e a necessidade de criar e desenvolver uma comunidade que defende a saúde mental no *Campus*, a autora sugere estratégias para angariar parceiros. Os participantes da Oficina do Cuidado revelaram-se parceiros nesta empreitada, uma vez que eles próprios reconhecem que saúde mental importa e levantam esta bandeira durante sua participação na pesquisa.

Acerca das ideias sugeridas pelos participantes durante a pesquisa cabem algumas palavras. A realização de uma exposição com as fotos da pesquisa no *campus* pode ser uma iniciativa valiosa e potente, bem como representa um dos objetivos de se utilizar o *Photovoice* como ferramenta metodológica, porém há que se cuidar para que os participantes não sejam revelados. Ainda que não se utilizem as fotos em que eles aparecem, talvez fosse possível identificá-los através das narrativas, uma vez que, como alguns disseram, determinadas pessoas ficaram traduzidas nas suas fotos e/ou legendas. Esse assunto será retomado com eles após

a defesa da dissertação de mestrado, foi um compromisso assumido pela pesquisadora.

A ideia de tornar a Oficina do Cuidado um componente curricular ao longo de todo o curso de medicina, conforme propuseram os participantes, é uma questão que precisa ser analisada com delicadeza. Ao tornar a Oficina do Cuidado uma atividade entre outras no currículo, corre-se o risco de que haja uma pasteurização dos efeitos da Oficina e sua burocratização, tornando-a inofensiva, e ainda, pode ocorrer o silenciamento da questão da humanização no curso de medicina, parecendo que a questão já estaria resolvida com a oficialização da Oficina, tornando-a uma panaceia. Sabe-se que há diversas questões complexas que envolvem a formação médica, conforme discutido nos capítulos anteriores, as quais requerem diversas medidas que envolvam, sobretudo, a transposição do paradigma biomédico. O trabalho na Oficina do Cuidado e seus resultados, podem ser, e têm sido, sinalizadores potentes para a necessidade de que estas mudanças ocorram e que são urgentes.

4.3.2 Abertura à reflexão

Os participantes enfatizam que a Oficina do Cuidado lhes abriu um espaço de reflexão, em que puderam olhar para si mesmos, para os outros, para o modo como levavam suas vidas e para a sua formação médica. Destacam que puderam carregar consigo esse modo mais reflexivo o que lhes acarretou inúmeras descobertas a partir da ampliação de perspectivas.

Na foto 11 a participante aborda diretamente este tema. Outras narrativas acerca dessa questão:

Ah! é que na Oficina a gente acaba refletindo muito sobre o curso, sobre aquilo que a gente tá passando e é difícil lidar, às vezes, com as dificuldades, sabe? Que vão surgindo e o caminho até você atingir aquele objetivo é longo. Nada vai ser perfeito, nada vai ser como você quer. Mas, mesmo assim, não adianta você se estressar por causa disso. Você nunca vai, tudo que você quiser na vida, a maioria das coisas, não vai sair como você planeja, como você quer exatamente. Mas isso não impede de você aproveitar aquele momento também, aprender com as situações, com as dificuldades. Se o caminho reto fosse curto, seria muito fácil. Até quando você chegasse ao seu objetivo, você não daria muito valor. *Ana* comenta a Foto 05

Então, eu acho que a forma que você conduzia a oficina, me levava a pensar que eu tinha que ser mais tranquilo, e não necessariamente as experiências iam mudar. Os desafios continuariam os mesmos, os problemas iriam continuar aparecendo, mas muda a forma com que você olha a situação, e

também os seus fracassos. Acho que foi nesse aspecto que a Oficina do Cuidado me ajudou. *Iago* comenta a foto 19

Eu sempre ouvia falar de pessoas que já foram morar longe de casa durante a faculdade e que no começo ia ser muito doloroso, aí toda vez que você vai para casa chora, é aquela coisa. Mas, depois acostuma e fica uma coisa normal. Mas para mim, até hoje, toda vez que eu vou para casa é aquela coisa, é muito sofrido. Eu tenho amigos lá, que já são amigos de um tempo e a gente é bem ligado também. E aí, toda vez que eu vou voltar para cá é muito difícil. E eu ficava: 'Essa hora que passa, dor que não acaba!'. E aí, na Oficina do Cuidado, trocando experiência com outras colegas que falavam também de como era a vida delas, na família delas, a relação familiar, eu comecei a pensar: ' Bom, pode até continuar sendo doloroso para mim toda vez que eu tenho que voltar. Mas, graças a Deus que eu sinto isso porque... Porque... Eu tenho para onde voltar! Eu tenho esse vínculo! Independente, se eu estiver lá, se eu estiver aqui. Isso não vai mudar. *Ana* comenta a Foto 18 (sua família mora a 1.100 Km de Macaé)

Nas narrativas acima, os participantes afirmam que, através da reflexão, chegaram a um novo entendimento sobre as dificuldades do caminho, da existência. Puderam inclusive ressignificar experiências. Como aparece nesta última narrativa da *Ana*, em que algo (a distância da família) que antes era unicamente sentido de modo doloroso, uma falta, agora pode ser valorizado como um privilégio: de sentir saudades de uma família na qual se sente amada. As experiências narradas mostram que foi possível para esses estudantes aprender a lidar com a adversidade, com o imponderável, com o que se impõe no momento. Adquirindo um modo resiliente para enfrentar os problemas. A foto 30 também reflete esta questão.

A aquisição de resiliência apontada pelos participantes, quando afirmam que passaram a enxergar os problemas de outro modo e a lidar com eles de forma mais tranquila e resolutiva, ou simplesmente aceitando o que não pode ser mudado, mostra-se como um efeito da Oficina do Cuidado. A resiliência foi apontada em diversos estudos como algo necessário a ser desenvolvido na formação médica através da introdução no currículo de atividades de prevenção e promoção em saúde mental (HUTCHINSON, 2016; WASSON et al, 2016; ANDRADE et al, 2014; GREENBERG, 2013; ZONTA, ROBLES e GROSSEMAN, 2006). Os autores afirmam que o desenvolvimento da resiliência pelo estudante de medicina reduz o risco de sofrimento psíquico durante a formação e suas consequências, bem como melhora a sua capacidade de aprendizagem e de ter mais qualidade de vida.

Ainda na seara das repercussões que a abertura à reflexão pode trazer. Segue outra narrativa:

É porque na Oficina, eu acho que eu fui, de certa forma, tocada quanto a esse assunto. Eu achava assim, que eu não tinha problema de intolerância, nem nada. Mas, aí eu comecei meio que a rever certos pensamentos. Com algumas coisas que nem passavam pela minha cabeça mesmo. E aí, eu acho que eu mudei um pouco nas concepções. Sabe? *Ana* comenta a Foto 08.

Bastante significativa esta narrativa, pois aqui *Ana* afirma que, ao participar da Oficina do Cuidado, pôde revisar suas crenças e, através da reflexão, dar-se conta de que poderia mudar sua perspectiva de olhar acerca de questões relevantes, como a tolerância.

A abertura à reflexão trazida à luz através da Oficina do Cuidado relatada pelos participantes traduz mais uma vez que a Oficina do Cuidado ocupa um lugar diferenciado na formação médica ancorada no modelo biopsicossocial de saúde e nas metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Segundo Mitre e outros, 2008:

O grande desafio deste início de século está na perspectiva de se desenvolver a autonomia individual em íntima coalizão com o coletivo. A educação deve ser capaz de desencadear uma visão do todo - de interdependência e de transdisciplinaridade -, além de possibilitar a construção de redes de mudanças sociais, com a conseqüente expansão da consciência individual e coletiva. Portanto, um dos seus méritos está, justamente, na crescente tendência à busca de métodos inovadores, que admitam uma prática pedagógica ética, crítica, reflexiva e transformadora, ultrapassando os limites do treinamento puramente técnico, para efetivamente alcançar a formação do homem como um ser histórico, inscrito na dialética da ação-reflexão-ação. (p. 2134)

4.3.3 Transformação e ampliação de possibilidades dos modos de ser e estar no mundo e com o outro

Os participantes enfatizaram que ao participarem da Oficina do Cuidado mudanças se operaram em suas vidas nos mais variados aspectos. Isso pode ser observado desde as perguntas estruturais por eles elaboradas durante os primeiros grupos focais. Dezesesseis, das vinte e duas categorias temáticas, que foram condensadas a partir das perguntas estruturais dos participantes, questionam sobre mudanças. Parece que, de algum modo, os estudantes sentiram-se convocados a transformações durante a Oficina do Cuidado e responderam a isso.

Os aspectos que se destacam nas narrativas a respeito das transformações são:

- A. **Cuidado de si:** os participantes passam a se relacionar consigo mesmos de outra forma. Mostrando-se mais atentos às suas escolhas, atos, necessidades, aos seus afetos, às suas crenças, ao seu bem-estar, aos seus limites, à sua saúde. Aprimorando o autoconhecimento, a autoestima e o autocuidado.
- B. **Mudanças no modo de se relacionar com os outros:** Falam em humanização das relações, valorização das vivências coletivas, tolerância, empatia, compaixão, por um lado, e por outro, estabelecimento de limites.
- C. **Mudanças no modo de perceber, experimentar e atuar no mundo:** as narrativas apontam a transmutação de crenças e padrões. Como a valorização do presente e de coisas simples, a atenção para o agora, a conexão com a natureza. E ainda, a aquisição de resiliência.

Os participantes asseveram que tais transformações levam à ampliação da possibilidade de ser feliz.

Um termo que apareceu frequentemente nas narrativas que envolvem a temática da transformação dos modos de ser e estar no mundo e com o outro dos participantes foi: “permitir-se”, ou “dar-se o direito”. As Fotos em que essa questão aparece explicitamente são as de nº 01 e 09.

Flora escreveu a seguinte legenda para sintetizar todas as suas fotos:

Se permitir, é isso que a Oficina do Cuidado representou para mim. E foi assim que consegui reencontrar e valorizar outros prazeres além da medicina. Na caminhada até o 8º período, a cada semestre eu intensificava a exclusividade da minha atenção, fui sem perceber aos poucos deixando de lado qualquer atividade que não fosse a faculdade. A Oficina possibilitou que eu tomasse consciência dessa negligência e, além disso, ofertou diversas ferramentas para que eu pudesse interrompê-la e ter uma vivência mais plena do presente.

Iago em seu comentário sobre a Foto 10 também fala em permitir-se:

Isso para mim representa uma reconexão comigo mesmo, porque eu sempre gostei muito de ler, livros em geral, mas principalmente livros espiritualistas, espíritas. É uma cultura da minha família. Só que eu não me permitia mais ter conexão com o eles. Não achava mais tempo para ler, não achava mais tempo para me conectar com a minha espiritualidade. Depois da Oficina do Cuidado eu voltei a fazer essa conexão. Os livros me ajudam nesse caminho.

A seguir, serão analisadas as narrativas que se debruçam sobre cada um desses três eixos de transformações.

A. Cuidado de si

Houve fotos e narrativas que retrataram a questão de que os participantes puderam, ao converter o olhar para si mesmos, entrar em contato com aquilo que lhes era mais próprio. Foi frequente o uso por eles dos termos (re)conexão, (re)encontro e (re)descobrimto de si ao narrarem estas experiências. As Fotos 01, 10, 21, 25 e 31 são bons exemplos desta temática. *Bruno* narra a sua experiência:

Pra mim o curso sempre foi uma coisa muito de adaptação. Eu entro na universidade muito desajustado pro modelo que é esperado pra medicina e pro modelo de universidade também, com a densidade teórica muito grande, um currículo muito fechado. O meu confronto pessoal o tempo inteiro tava sendo de adaptação. 'Como que eu vou conseguir me adaptar a isso, pra poder dar conta, pra poder passar de período?' E, por mais que, teoricamente, eu consiga esboçar uma discordância do modelo, e tudo mais, toda a minha luta era de adequação ao modelo. E aí, quando eu paro um momento, e uma coisa que facilita é que já tá mais pro final da faculdade, né? Então, o que poderia me segurar pra eu não conseguir me formar, teoricamente, a maioria já passou. E isso culmina com o momento da Oficina do Cuidado, que eu penso, ouvindo dos colegas também, e me ouvindo, quando eu falo, do meu perfil, da minha trajetória, porque na verdade, agora acho que não era o momento mais também, de ficar dando murro em ponta de faca pra me adaptar, entendeu? Eu entendi que isso não é possível, que não tenho esse perfil. Chegou um momento que eu vi que é inconciliável mesmo, a coisa de quem eu sou... tenho que me achar no que eu vou fazer, mas, reavivando o que eu entrei na universidade. Quando eu entrei eu já sabia que eu não tinha esse perfil. Eu fiquei muito tempo sofrendo, vendo se eu conseguia ter, cheguei no final e descobri que eu nunca vou ter mesmo. E, isso não é um problema. É melhor eu tentar valorizar isso de alguma forma.

Acho que com as dificuldades da faculdade... Teve muita coisa que aconteceu, muitos conflitos. E, a gente acaba assim... já não tendo muita paciência com as pessoas. Eu percebi que até minha família reparava que eu tinha ficado um pouco diferente... depois desses semestres... Acho que com a Oficina, agora, eu tô retomando o meu eu de antes. *Clarice*

Uma coisa que é engraçada, é que, assim, eu tenho a impressão que eu sou muito acelerada hoje em dia. Só que antes, a impressão que eu tinha é que as outras pessoas ou tudo que tava em volta de mim parece que tava muito devagar. E aí com o tempo eu parei e pensei: mas, será que não sou eu que tô acelerada, e tô achando que são os outros que estão devagar? *Ana* comenta a Foto 04

A partir da Oficina do Cuidado, as pessoas se mostram, aparecem para si mesmas e para os outros. Aparece aquilo que lhes é mais próprio. Os estudantes percebem que existe vida além do curso de medicina. Percebem que é possível fazer medicina sem que suas vidas desapareçam, sem que eles desapareçam. Embora pareça que a vida precise desaparecer durante a formação médica, pelo modo árido e técnico determinado pelo modelo biomédico. Falam de alívio, de poder respirar. É

como se eles dessem um passo atrás para conseguir olhar para o curso e para si mesmos.

Através das reflexões desencadeadas na Oficina do Cuidado, os participantes convertem o olhar para si mesmos, iniciando um processo de autoconhecimento e questionamento de crenças e padrões. *Bruno* afirma dar-se conta de que não se encaixa no modelo biomédico, que não corresponde à proposta curricular e se apazigua com isso ao participar da Oficina do Cuidado. Transitar com mais liberdade na vida. Assumindo-se. Alegando-se de si mesmo. Esta é a experiência aqui retratada.

O estabelecimento de uma relação consigo mesmo mais cuidadosa, mais amorosa, foi um aspecto que se mostrou bastante presente nas legendas e discursos.

A Foto 12 retrata poeticamente este aspecto. Nas Fotos 21, 23, 25, 26 e 27 os participantes descrevem os meios que encontraram para exercer o cuidado consigo. Seguem outras narrativas acerca dessa temática:

Como é que eu tô? Como é que tá minha saúde mental depois da Oficina do Cuidado? Na verdade, agora eu tô mais focada em cuidar de mim. Eu acho que tô mais leve, acho que eu tô me permitindo perder as coisas que eu tava querendo segurar...(risos). Fiz uma foto pra dizer um pouco do que eu tava sentindo. Porque agora eu tô numa fase bem feminista, só tô lendo livro de feministas...eu encasquetei com isso. Mas isso também é um prazer pra mim, tipo, mexer com as minhas plantas, poder chegar e ver, sentar lá na sacada, gosto desse ambiente assim. Acho que em todo lugar eu gosto de ver uma planta, parece que tem uma vida ali, pulsando, naquele lugar... *Helena* comenta a foto 12.

Acho que a Oficina me conectou muito comigo mesma. Eu me redescobri e consegui manter isso, mesmo depois de ter saído do oitavo período e da Oficina. As raízes têm muito a ver com isso. Porque a gente precisa ter as nossas raízes e galhos e conexões com os outros e tá enraizado na gente. Na Oficina muito do que a gente faz é a busca do autoconhecimento e a empatia, entender o outro, e se conectar, e eu acho que isso diz sobre essas duas coisas, das quais me marcaram muito na oficina. E pra mim, aí foi o meu renascimento (conta que cortou o cabelo bem curto durante a Oficina do Cuidado) aquilo pra mim foi um marco no meu momento de vida, foi importante aquilo. Eu me apropriar. Eu me senti dona de mim. Própria. Tomei conta de tudo que estava aqui. E ali começou acho que tudo indo... *Joana*

Essa questão da meditação pra mim foi muito válido. Não sei muitas coisas, nem muitas técnicas, nem fiz aulas, mas algumas coisas que a gente vai aprendendo ao longo da Oficina. Só o fato de você prestar atenção em tudo o que está acontecendo agora. Às vezes no banho. Eu me dei conta que você não toma banho. Você chega lá e começa a se esfregar rapidamente, pensando em tudo que aconteceu durante o dia. Você não presta atenção na água, nos seus músculos relaxando. Às vezes, na hora de comer mesmo. Uma coisa que eu não tinha costume de fazer e peguei na faculdade, que é comer assistindo TV. Eu nem gosto de TV, mas aí, agora com negócio de série, eu comia assistindo uma série. Às vezes nem prestava atenção na

comida que estava comendo. Não prestava atenção direito em nada. Aí eu comecei a tentar, principalmente quando eu tô muito ansiosa, eu paro e começo a tentar pensar no agora. Tomo um banho mais relaxante. Eu passei a fazer isso. É diferente. Você é mais, literalmente feliz! Quando você termina, você está muito diferente do que era antes. *Flora* comenta a Foto 21.

Eu me preocupava muito com essa coisa, de ser muito ansiosa. Eu ainda sou, na verdade, um pouco. Mas, eu acho que agora a gente tenta ter um novo olhar sobre as coisas, com a Oficina. É, sobre essa coisa de ficar preocupada com o que vai acontecer: 'Quando passar na residência que eu vou ser alguma coisa, que eu vou relaxar.' Assim, na verdade, você não vai relaxar nunca. Então, a Oficina me abriu os olhos para aproveitar agora, o que eu tenho agora. E também esta questão de que, antes, eu me preocupava muito em tentar agradar as pessoas o tempo todo. Eu tenho um pouquinho disso, porque a minha família me cobra muito algumas coisas. E aí, eu me sentia muito assim, de ter que abrir mão de qualquer coisa para tentar fazer as pessoas satisfeitas. Mas, elas nunca estão satisfeitas! Então, eu comecei a pensar: 'Ah, não! Eu vou fazer o que eu acho que é bom pra mim nesse momento.' E a Oficina me ajudou muito nisso também, muito mesmo. Eu tô mais feliz com quem eu sou agora (risos). *Gaia*

Eu aprendi a ser muito mais egoísta com a Oficina. Porque eu era tudo para todo mundo. E agora as coisas são pra mim, finalmente! (risos) *Diana*

Às vezes, a gente fica o tempo todo estudando, estudando e a gente tem que dar o momento também de descansar. Não que eu não descansasse antes da Oficina, mas agora, eu descanso sem culpa! Outra coisa que eu comecei a fazer mais depois que a gente passou pela oficina do cuidado é investi em atividade física. É uma coisa que me faz muito bem, correr e botar pra fora. Eu comecei a me cuidar mais. *Elis* comenta as Fotos 09 e 26

Nestas duas últimas narrativas as participantes falam sobre “se livrar da culpa” e “ser mais egoísta por estar cuidando de si”. Termos que aludem a forte influência do ascetismo monástico que exige a renúncia de si, a automortificação através da obediência e do sacrifício. As participantes afirmam terem encontrado em si mesmas os meios para se sentirem bem.

As narrativas dos participantes revelam que durante a Oficina do Cuidado eles iniciam um processo de cuidado de si nos moldes em que esta noção repousava na Antiguidade. Segundo Mattar (2016), para os antigos, ocupar-se de si mesmo requeria exercícios de exame de consciência, buscando o autoconhecimento, a assumpção de si mesmo, o melhoramento e a transformação de si. Sócrates ensinava que o cuidado de si envolve o reconhecimento do que é divino em si mesmo. A conversão do olhar para si mesmo oferece uma relação de (auto)cura em que a pessoa torna-se capaz de examinar o que lhe é mais próprio, distinguindo-se das representações que o mundo exterior lhe oferece.

Assim, os participantes demonstram que puderam experimentar o que a Oficina do Cuidado objetivava através da instituição do cuidado de si, uma vez que foram

capazes de estabelecer consigo uma relação de soberania sobre si mesmos, num ato de resistência às imposições do modelo biomédico. Os estudantes assumiram uma postura de autogoverno. Relacionam-se consigo agora de modo ético, livre, reflexivo e preparam-se para situações atuais e futuras.

Também ficou evidenciado, assim como ocorria na Antiguidade, que a relação cuidadosa estabelecida consigo estende-se para o outro e para o mundo através de uma preocupação e atuação ética, o que será demonstrado a seguir.

B. Mudanças no modo de se relacionar com os outros

Os participantes apontaram transformações nos seus relacionamentos interpessoais como um efeito de suas experiências na Oficina do Cuidado. As Fotos 13, 14, 15, 16, 17, 20, 24 e 28 trazem esta temática. As narrativas são marcadas por uma sensação de transitar mais livremente diante do outro, mantendo-se respeitoso consigo e com o outro.

Eu estava lá em casa de madrugada acordada, aí eu vi essa luz, minha janela estava assim, com a cortina entreaberta e a luz entrava um pouco, mas não completamente. Achei legal que isso. Eu vi um pouco o exterior e achei bonito. Tinha também a possibilidade da cortina se abrir mais. Aí, eu associei com a ideia que já tinha de fazer as fotos. Com essa reflexão da Oficina do Cuidado sobre como eu estava agindo e que seria uma coisa boa, não seria um sofrimento. Seria uma coisa que teria um resultado bom pra mim. Então, agora deu aquele estímulo para eu me esforçar pra isso. *Clarice* narra seu processo criativo acerca da Foto 13.

Eu lembrei muito de uma Oficina que a gente tava conversando sobre quando, às vezes, numa discussão com alguém você oculta alguma coisa, é como se você estivesse, de alguma forma, aprisionando aquela pessoa. Eu pensei muito nisso, isso marcou pra mim. Até porque, eu tenho um pouco de dificuldade nas minhas relações, com algumas pessoas, em expor o que eu tô sentindo e o que eu tô pensando. Não é nem porque eu quero, é porque eu tenho dificuldade mesmo. Mas aí, depois que eu comecei a pensar sobre isso, eu tô tentando me expor mais, como se eu me permitisse ser mais humana. O sentimento é de liberdade. *Ana* comenta a Foto 13.

A participante evidencia o fato de que a abertura para a reflexão constitui um portal para que as mudanças se operem. Ampliando o horizonte de visão do mundo, o horizonte de atuação também se amplia. A consciência crítica e reflexiva sobre si mesmo promove o desejo bem como a motivação para operar mudanças. Transformar-se.

Eu sempre fui uma pessoa meio...um pouco tímida. Quando eu conhecia alguém, já ia com uma precaução. Eu acho que eu fui mais leve depois dessa experiência. Achei que a Oficina mudou meu olhar pra dentro da minha formação, não só pra outros aspectos da minha vida que estavam sendo deixados de lado, mas eu pude focar mais dentro da minha formação com outro olhar. Eu fiz esse exercício de me aproximar de pessoas, que principalmente pela nossa comissão de formatura, eu saio com elas hoje, o que eu não fazia.(...) Foi um foto espontânea, eu quis simbolizar um ambiente descontraído, tem várias pessoas de vários períodos aí discutindo, trocando informação, conhecimento, afeto. Que também pode ser um ambiente rico, de troca coletiva. E eu tinha muita dificuldade antes da Oficina, de encarar certas coisas na minha formação. Eu sempre ia com pé atrás sobre determinados estereótipos das pessoas. E, aí que é um ambiente que... eu não queria ir fazer a rodada do internato neste hospital, queria ficar no outro, me surpreendeu. Porque eu achei que a Oficina me possibilitou enxergar a outra pessoa de outra forma assim, em outras multiplicidades... O *Kraepelin* (nome fictício) não é só o professor de neurologia que tá lá pra me ensinar, ele também é uma pessoa descontraída, ele consegue discutir outros temas. Antes disso acho que não tinha essa abertura, essa tranquilidade de encarar esses ambientes assim. Achei isso legal! *Helena* comenta a Foto 17.

Acho que isso tem a ver, não só com a Oficina, mas também com todas as nossas aulas de saúde mental. A gente precisa saber se colocar no lugar do outro, pra gente entender todo o processo que o outro está passando. Eu já sabia que a gente tinha que fazer isso, mas isso ser reforçado o tempo inteiro, acho que é uma coisa que fixou o conhecimento. Nas nossas práticas na obstetrícia agora, a gente pensa como aquela paciente está se sentindo naquela situação. 'E se fosse comigo? Eu ia gostar que fizessem desse jeito?...' Ontem, logo depois que eu tirei essa foto, aconteceu uma coisa na maternidade. Teve uma moça lá que tinha tido um feto morto...e ninguém queria colocar o feto dela dentro da.. pra mandar pro histopatológico, né? E eu achei aquilo desrespeitoso...tanto com a mãe...quanto com o bebê! Porque aquilo ali era uma vida esperada, a mãe queria aquele bebê...e o bebezinho todo mal formado...Aí, tava todo mundo assim: 'Ah não...não quero pegar ...isso é nojento!' Aí eu falei: 'não gente...pera aí...não vamos deixar o bebê aqui dentro da pia, né!' Aí peguei e fui lá...e guardei o bebezinho onde era pra ter guardado...Aí você pensa assim: 'não, se fosse a mãe...vendo aquilo...aí ela não ia gostar de uma situação dessas. Sobre a foto 28

A estudante conseguiu não ser indiferente. E relacionou sua atitude à experiência das Oficinas, do parar para pensar. Conseguiu estranhar a atitude dos colegas e da equipe, que é a atitude de não implicação com o que acontece ali. O que viam como uma “coisa nojenta” era um bebê que não foi a termo. Não um objeto a ser descartado.

Os participantes trazem fatos que evidenciam que a mudança em seus relacionamentos se deu no âmbito pessoal, acadêmico e na sua formação médica. Oficina do Cuidado: cuidado que (trans)forma.

C. Mudanças no modo de perceber, experimentar e atuar no mundo

As fotos 03, 05, 06, 07, 14, 20, 22, 24, 27, 32, 33 e 35 retratam as transformações que os participantes experimentaram nos seus modos de ser e estar no mundo. Refletem transmutação de crenças, hábitos, sentimentos, posicionamentos em relação à vida, ao existir.

Aspectos destacados pelos participantes dizem respeito a uma conexão com o momento presente, passando a viver o agora, tornando possível libertar-se dos tormentos do passado e das expectativas do futuro. Afirmam também que a experiência na Oficina do Cuidado aguçou sua percepção, trazendo um olhar mais atento para as coisas simples da vida e alegrando-se delas. Algumas fotos abordam uma abertura a novas possibilidades, ampliando o horizonte de visão e/ou atuação no mundo. Outras narrativas acerca destas questões:

Eu parei de me estressar. Hoje, pra mim é mais importante ir pro Muay Thai do que ficar até tarde acordada estudando, sabe? Assim consigo render um pouco mais, aprender com aquele pouco que estudei, e pegar mais mão das coisas no hospital do que ficar em casa, não fazendo nada. E sem falar que no Muay Thai e no handball, eu fiz amizades muito fortes. Eu percebi também, que eu não precisava ficar com aquelas pessoas de sempre. Eu me permiti conhecer outras pessoas, fazer outras amizades. *Diana*

Eu acho que tem muito a ver com aquilo que a gente falou do livro (refere-se ao arquétipo do Mestre em Arrien, 1997), de você não se importar com os resultados, de você ir seguir o seu caminho assim, desapegando de um resultado esperado para aquele momento, entendeu? Você ir e curtir o caminho, curtir o que você está fazendo naquele momento. Fazer a sua parte sem querer determinar o que vai acontecer. Nisso a Oficina me ajudou demais. Como é que você pode aproveitar aquilo, e o que você vai ganhar com aquilo, né? Porque a gente sempre ganha. Até porque a gente tem a oportunidade de estar estudado, de estar crescendo, conhecendo um monte de gente muito legal. Eu conheci muita gente na faculdade que eu vou levar pro resto da vida. E isso é incrível! E, poxa! Depois a gente fica nessa, de deixar pra viver a nossa vida quando o futuro chegar, aquele futuro que eu planejei, mas que nem existe... Se você pensar onde é que eu tô agora, sabe? Olha o que eu tô fazendo! Tanta coisa legal! Tudo bem que tem muito sofrimento, mas o sofrimento vai tá com a gente tem o tempo inteiro. Então, quando você estiver na residência vai tá ferrado também, (Risos) você não vai ter dinheiro... você não vai ter tempo pra fazer nada... aí depois você vai trabalhar, vai trabalhar sozinho, não vai ter mãe, não vai ter pai mais. Aí você vai ter que seguir sua vida sozinho. Você sempre vai ter problema, mas você pode aproveitar o caminho ali, né?! *Gaia* comenta a Foto 05 e correlaciona com a Foto 35.

Focar mais no agora, pra mim esse foi o principal ganho da Oficina. Claro, eu ainda sou ansiosa? Sou, mas pelo menos agora tenho consciência disso. Eu ficava numa bola de neve. Eu não sabia onde tinha começado. Agora pelo

menos eu tô consciente e quando entro naquela bola de neve, e eu falo: 'Páral!'(risos) Aí, eu consigo sair. *Flora*

Fazer a harmonia dessas divisões, foi uma missão depois da Oficina. (refere-se à Foto 32) Porque antes eu pensava: 'agora eu vou delimitar o tempo que eu tenho pra fazer as coisas que eu preciso.' Era um pouco de felicidade de final de semana só, né? Durante a semana é o período que eu sofro, que eu preciso estudar, que eu preciso ver as coisas que eu não gosto e final de semana é quando eu vou ser feliz. Só que aí chegava o final de semana, eu tinha que fazer coisas também, que eram obrigações e aí durante a semana também, às vezes não aguentava e queria fazer coisas que fossem felizes. Acho que a Oficina ajudou a ver um balanço maior entre isso. Era até engraçado que nos primeiros dias de oficina, a gente encontrou o grupo inteiro da oficina caminhando na praia, e não tinha combinado nada. A gente se cruzou nesse calçadão aí. Eu passei a encarar de outra maneira. Não tem como você parar sempre que surgir uma obrigação ou uma coisa que você não gosta, né? E tentar ver isso como um paralelismo, né? Às vezes, cê tá andando fazendo o que você quer, fazendo uma coisa que você gosta... ou tem que fazer. *Bruno*

Às vezes, eu ficava pensando que ao estar em Macaé, parecia que estava vivendo os dias rapidamente, pra que eu saísse daquela situação. Para que eu me formasse ou chegasse no feriado. (risos) Mas não é bem assim, a gente não pode viver seis anos e fingir que não tá acontecendo pra ir pra próxima etapa. Você tem que tentar tornar aquela situação a melhor possível. Nem sempre você pode mudar totalmente, mas você pode tornar bem mais agradável. *Flora* comenta a foto 33.

Às vezes, na Oficina a gente chegava achando que o nosso problema era o maior problema do mundo. E que o mundo ia acabar por causa daquilo. E eu aprendi que sempre tem uma outra forma de olhar. E você nunca tá preso a uma situação. Claro, nunca não. Mas raras são as situações em que você está presa, invariavelmente à situação, entendeu? *Flora*

Em tudo a gente pode encontrar um lado positivo. Você pode interpretar as coisas de forma diferente. Não tudo tão ruim e nem tudo tão aquele drama. Você pode tirar alguma coisa boa dali. *Ana*

Quando você, você ama alguém, quando você reconhece aquela pessoa é também um exercício de gratidão. De você ser grato por ter aquela pessoa na sua vida, independente do que ela ofereça, da utilidade que ela tenha pra você. *Helena* comenta a Foto 20.

Acho que essa é a questão mais difícil pra mim entre todas as outras, a de pedir ajuda. Eu sou muito retraída, e logo acho que vou ficar incomodando. A pessoa tem seu próprio problema e eu vou atrapalhar com meu problema? Mas durante a Oficina, eu percebi que eu posso viver a situação de outro jeito, até porque eu costumo ajudar muito as outras pessoas, então, porque eu não posso pedir ajuda, né?! Aos pouquinhos eu vou melhorando, tô me esforçando pra mudar isso. *Clarice* sobre a Foto 24.

Fica a impressão de que as temáticas que se evidenciaram a partir das experiências dos participantes na Oficina do Cuidado podem ser vistas num *continuum*. Como uma cascata de fenômenos que foram desencadeados nos encontros nas Oficinas. A experiência do espaço da Oficina como um local de acolhimento e cuidado, que abre uma brecha no tempo e proporciona reflexões. As

reflexões por sua vez suscitam uma ampliação do horizonte de possibilidades de olhar para si mesmos, para suas vidas e para o mundo. Uma vez que o olhar se expande, ampliam-se também as possibilidades de atuação dos participantes, que apontam mudanças em seus modos de lidar consigo, com os outros, com a formação médica e com a existência. Maior consciência, maior liberdade, maior autonomia, maior intencionalidade, maior resiliência, maior empatia, maior agrado de si mesmos.

Em suma, a Oficina do Cuidado oportuniza uma interrupção do ritmo, da cadência do curso de medicina, que, por sua vez, está alinhada com a cadência que o mundo contemporâneo dita do que se deve fazer: ser forte, rápido, eficiente, autônomo, funcional, bem-sucedido, produtivo. Há uma brecha (uma quebra) para respirar. A partir desta interrupção da cadência do curso de medicina durante a Oficina do Cuidado, e da ampliação de possibilidades, o estudante segue adiante transformado. Interrompe e segue adiante transformado. Outro modo de se relacionar com a temporalidade, não é mais o tempo da técnica, mas o tempo da arte, do silêncio, do agora, do café da manhã. Uma interrupção para cuidar. A formação diz que eles não podem parar. A Oficina do Cuidado se opõe a isso e os estudantes correspondem, pedem isso. Permitir-se a partir dali, dos encontros no coletivo e consigo. A ruptura trouxe bem-estar e alívio, bem como a possibilidade de apropriação de si mesmos, do que acontece em suas vidas.

Foi surpreendente para a pesquisadora descobrir o impacto que o trabalho da Oficina do Cuidado gerou na existência de cada um dos participantes. Alguns deles, por características pessoais, mais reservados, pouco falavam nos encontros, embora a pesquisa tenha demonstrado que muito refletiram e se transformaram.

A pesquisa oportunizou conhecer, através do olhar dos estudantes, a experiência na Oficina do Cuidado no oitavo período do curso de medicina. Os resultados apresentados remontam à noção da ética antiga que se traduzia numa estética da existência, na qual se conceitua a vida como uma obra de arte. Esse espaço que foi comum na Antiguidade Greco-romana, o dos exercícios espirituais na constituição de si e preparação para a vida, mas que se perdeu na Modernidade, pode sempre ser retomado, atualizado, fazendo com que se volte o olhar para o modo como

se tem vivido, colocando em questão as múltiplas prescrições que passaram a reger a vida. Essa a proposta da Oficina do Cuidado.

CONCLUSÃO

Eros e Psique

***...E assim vêdes, meu Irmão, que as verdades
que vos foram dadas no Grau de Neófito, e
aquelas que vos foram dadas no Grau de Adepto
Menor, são, ainda que opostas, a mesma verdade.***

(Do Ritual Do Grau De Mestre Do Átrio Na Ordem Templária De Portugal)

Conta a lenda que dormia
Uma Princesa encantada
A quem só despertaria
Um Infante, que viria
De além do muro da estrada.

Ele tinha que, tentado,
Vencer o mal e o bem,
Antes que, já libertado,
Deixasse o caminho errado
Por o que à Princesa vem.

A Princesa Adormecida,
Se espera, dormindo espera,
Sonha em morte a sua vida,
E orna-lhe a fronte esquecida,
Verde, uma grinalda de hera.

Longe o Infante, esforçado,
Sem saber que intuito tem,
Rompe o caminho fadado,
Ele dela é ignorado,
Ela para ele é ninguém.

Mas cada um cumpre o Destino
Ela dormindo encantada,
Ele buscando-a sem tino
Pelo processo divino
Que faz existir a estrada.

E, se bem que seja obscuro
Tudo pela estrada fora,
E falso, ele vem seguro,
E vencendo estrada e muro,
Chega onde em sono ela mora,

E, inda tonto do que houvera,
À cabeça, em maresia,
Ergue a mão, e encontra hera,
E vê que ele mesmo era
A Princesa que dormia.

(PESSOA, 2003, p. 181)

Uma digressão possível despertada pelo poema de Pessoa (2003) é o encontro com o divino a partir da conversão do olhar para si mesmo à semelhança do que preconizava a noção antiga do cuidado de si. A retomada da espiritualidade tal como

acontecendo na Antiguidade, em que a procura da verdade e de qualquer saber sobre a vida implicava em uma transformação ética de si mesmo. A aquisição de conhecimentos não estava apartada da vida cotidiana, mas era uma preparação para a vida. A medicina é cuidado com a vida, mas com o avanço técnico, essa dimensão originária muitas vezes se perde. No entanto, a tarefa de cuidar da existência, sentido mais próprio do filosofar, cabe a todos.

Ao chegar ao final deste trabalho, sabe-se ter ainda um longo caminho a ser trilhado daqui por diante. A proposta apresentada traz uma mudança no paradigma da atuação médica desde sua formação.

A formação médica que predominou ao longo do século XX no Ocidente foi marcada pelo paradigma biomédico. Neste, há ênfase na doença e no hospital, os outros contextos do processo saúde-doença são desconsiderados, como o social, o cultural, o histórico e o psicológico. O relatório Flexner teve grande influência na consolidação do modelo biomédico no ensino (PAGLIOSA e DA ROS, 2008). A educação médica deste período foi regida pela hierarquia mestre-aluno, assim como médico-paciente, por um construto curricular rígido, pela segmentação, especialização e pela crença de que somente o conhecimento científico era válido. A visão reducionista do paradigma biomédico consolidada pelo cientificismo e por rígidas relações de poder (ADUB et al, 2012) trouxe diversas repercussões para a educação médica, entre as quais destacam-se: uma barreira de acesso, em que por cerca de um século, a elite branca foi privilegiada no ingresso à graduação em medicina, um cuidado em saúde médico empobrecido de arte e humanidade(s), o estresse e sofrimento experimentado pelos estudantes de medicina ao longo de sua formação.

A literatura científica aponta que os estudantes de medicina apresentam maior prevalência de sintomas ansiosos e depressivos do que a população universitária de outras áreas, o que impacta o desempenho acadêmico podendo levar ao abandono do curso, ao abuso de substâncias psicoativas e ao suicídio (ALVES, 2014). Apesar do sofrimento psíquico ser comum entre os discentes durante a formação médica, poucos procuram cuidado psicológico ou psiquiátrico (ROTEINSTEIN et al, 2016). O preconceito e o estigma que historicamente envolvem as questões de saúde mental funcionam como impedimentos para que o estudante de medicina busque ajuda.

Silva e Ayres (2010) sugerem que há escassez de oportunidades de tematização das angústias vivenciadas pelo estudante durante a formação médica, e

que tal negligência pode se reproduzir em sua prática profissional numa ausência de acolhimento do sofrimento existencial dos seus pacientes. Roberto e Almeida (2011) recomendam que se façam intervenções promotoras de bem-estar psicológico ao discente pelas entidades de educação médica.

Ampliando o olhar diante do horizonte histórico-cultural, percebe-se que há um mal-estar que transcende as fronteiras da formação médica, mostrando-se instalado nas vivências cotidianas do contemporâneo.

Bauman (1999) afirma que tal desconforto é produto da sociedade de consumo. Uma vez que imprimiram-se nos tempos atuais uma velocidade e fluidez que conferem uma sensação de eterna instabilidade/volatilidade, e que não permitem que se tenha referências ou que raízes sejam estabelecidas. Na sociedade de consumo, regida pelo sistema capitalista, a economia e a indústria global ditam as regras. Assim, o consumidor ideal é aquele que rapidamente se cansa do produto recém-adquirido e que se sente seduzido pelas incessantes novidades do mercado. Há no consumidor ideal uma tristeza como pano de fundo que é traduzida pela sensação constante de que há sempre algo que falta. Essa tristeza produzida pela sociedade de consumo serve de combustível para o aquecimento do mercado, onde a promessa de “satisfação garantida” é propagandeada constantemente.

Viver na sociedade de consumo é uma realidade para todos, porém nem todos podem consumir. É preciso poder de compra para navegar nesse mar, o que coloca os pobres numa condição marginalizada de invisibilidade, e os ricos numa condição privilegiada em que podem escolher e se movimentar com liberdade. Bauman (1999) usa a metáfora dos “vagabundos” para os primeiros e dos “turistas” para os segundos. As consequências culturais e psicológicas desta polarização são traduzidas em exclusão, estigmatização e criminalização dos vagabundos e em veneração dos turistas. A riqueza e o sucesso passaram a ser os grandes alvos a se atingir na sociedade de consumo, o que tem produzido extremo mal-estar e sofrimento nos viventes destes tempos atuais. Nesse contexto, assiste-se ao surgimento da geração que ficou conhecida como a geração Y.

Hutchinson (2016) afirma que a geração Y (pessoas que nasceram entre 1982 e 2002) carece de empatia e de resiliência emocional, a capacidade de reconhecer, encarar e superar os desafios, e ainda crescer como resultado do processo. A autora sugere que as escolas de ensino médico, e a universidade como um todo, devem

empreender ações de prevenção e promoção em saúde mental, incorporando a noção de que a saúde mental importa e angariando o apoio da comunidade dos *campi*.

Entre as estratégias de enfrentamento para o sofrimento psíquico dos estudantes de medicina, o presente estudo destacou: as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina (DCNs), a psicologia médica e algumas estratégias de cuidado encontradas através de uma revisão da literatura. Note-se que são ainda iniciativas muito tímidas frente à dimensão do problema que desafia aqueles que estão envolvidos com a formação médica.

A DCNs trazem como grande diferencial a fundamentação no modelo biopsicossocial de saúde, além de acolher a relevância em atender às demandas sociais de saúde (destacando o SUS) e convocarem as escolas de ensino médico a mudarem as práticas pedagógicas aproximando-as da realidade social e, nas DCNs de 2014, incorporando as metodologias ativas de ensino-aprendizagem (MAEA). As MAEA estão fundamentadas na educação libertadora de Paulo Freire, promovendo autonomia ao discente para autogovernar o seu processo de formação e construir sua própria história. O prazo para incorporação das DCNs (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2014) nas escolas médicas é até o fim de 2018.

A psicologia médica aproxima as ciências sociais e as ciências da saúde através do estudo das relações na medicina, incorporando o paradigma biopsicossocial.

Na revisão narrativa da literatura científica com os descritores saúde mental, educação médica, estudantes de medicina, cuidado e currículo, encontraram-se em sua maioria artigos que abordavam o sofrimento e o estresse do estudante de medicina e que recomendavam o desenvolvimento de ações de cuidado com a sua saúde mental, porém muito pouco foi encontrado sobre estratégias de cuidado em andamento, menos ainda sobre ações de prevenção e promoção em saúde mental para o estudante de medicina. Resta a dúvida de se há pouco sendo feito neste sentido, ou se pouco se publica neste campo. A impressão é de que há pouco sendo feito.

Em função desta escassez, o presente estudo trouxe a experiência de uma intervenção de cuidado com a saúde mental dos estudantes de medicina que vem sendo realizada na UFRJ – Macaé intitulada Oficina do Cuidado. A Oficina do Cuidado constitui-se um espaço de reflexão e cuidado na esteira da noção antiga do cuidado de si em que não é possível cuidar do outro sem antes cuidar de si. Na Oficina do

Cuidado esta noção é retomada de forma que o estudante pode refletir sobre o modo como tem vivido, pode falar do mal-estar experimentado na formação médica sem que haja censura, um espaço afetivo que não se mostra indiferente às questões humanas (que estão para além da técnica) que envolvem a formação médica e a existência.

A pesquisa realizada interessou-se em conhecer a experiência discente de participação na Oficina do Cuidado no oitavo período do curso de graduação em medicina da UFRJ – Macaé. A metodologia qualitativa e participativa foi escolhida com o objetivo de acessar as vivências singulares dos participantes e de conferir-lhes o papel de autoria dos resultados. Ao mesmo tempo, a ferramenta metodológica utilizada, o *Photovoice* que articula fotografia e narrativa, integra as experiências individuais dos participantes no coletivo a que pertencem, dando visibilidade e fortalecendo esta comunidade. Assim, no *Photovoice*, uma vez formulada a pergunta da pesquisa: **Como foi a sua experiência de participação na Oficina do Cuidado?**, os participantes tiraram fotografias visando respondê-la e construíram uma legenda que articulou a fotografia e a pergunta da pesquisa. Seguiram-se entrevistas individuais e discussão em grupo das fotografias e narrativas produzidas, finalizando com a elaboração pelos participantes de uma síntese coletiva dos resultados obtidos.

Os resultados foram surpreendentes. Os participantes mostraram-se estimulados e desafiados pelo *Photovoice* concebendo um trabalho sensível e extremamente criativo.

A discussão dos resultados da pesquisa foi conduzida através da análise qualitativa de perspectiva fenomenológica pela metodologia *Systematic Text Condensation* (MALTERUD, 2012).

Deste modo, as respostas à pergunta da pesquisa foram agrupadas em três principais categorias temáticas: **Encontro de um espaço de acolhimento e cuidado na formação médica; Abertura à reflexão; Transformação e ampliação de possibilidades dos modos de ser e estar no mundo.**

Destacou-se das experiências de participação na Oficina do Cuidado, narradas pelos estudantes de medicina, o sentimento de serem cuidados, a possibilidade de serem ouvidos, de que suas vivências e sofrimentos foram acolhidos naquele espaço. A experiência de falar de si num grupo nas Oficinas possibilitou a aproximação entre os participantes, a criação e/ou fortalecimento de laços, o desenvolvimento de empatia. Os participantes nomearam o que acontece no espaço da Oficina como uma vivência de humanização na formação médica e colocaram em questão que a Oficina

do Cuidado contrapõe-se, oferecendo resistência, ao modelo biomédico estritamente de ensino e saúde.

A experiência de abertura à reflexão apontada pelos participantes possibilitou-lhes a conversão do olhar para si mesmos, avaliando o modo como levavam suas vidas e como se relacionavam consigo, com os outros, e com a formação médica. A partir da reflexão, afirmam que as perspectivas de olhar se ampliaram, bem como ampliaram-se as possibilidades de ser e estar no mundo e com o outro, traduzidas nas mudanças que enumeraram como efeitos de sua participação na Oficina do Cuidado.

Algumas das transformações atribuídas pelos participantes como efeitos da sua participação nas Oficinas foram: 1) reencontro/reconexão consigo mesmos, afirmando que agiam como se suas identidades estivessem eclipsadas pela formação médica – a partir daí passaram a cuidar de si mesmos com prioridade; 2) permitir-se resgatar atividades abandonadas durante a formação e/ou viver outras experiências fora da curso médico; 3) estabelecimento de uma nova relação com o tempo, valorizando o presente; 4) Travar uma relação com a vida de gratidão e aceitação, estando atento ao que é simples; 5) Enfrentar os problemas com resiliência e pedir ajuda quando necessário; 6) Relacionar-se com a formação médica de modo mais livre, reflexivo e afetivo.

Propuseram que a Oficina do Cuidado torne-se um componente curricular e que seja feita uma exposição com as fotos da pesquisa para divulgar seus resultados e sensibilizar a comunidade acadêmica para a relevância de medidas como esta visando à preservação da saúde mental do corpo discente.

Pode-se concluir, através da experiência dos participantes, que a Oficina do Cuidado revelou-se um espaço de aprendizagem significativa, operando de modo híbrido e sinérgico em que o cuidado também forma, ancorado no modelo biopsicossocial de saúde. Transitar pela vida e pela formação médica de modo mais crítico, reflexivo e autônomo foram resultados encontrados neste trabalho.

Os resultados desta pesquisa reforçam o que aparece na literatura (HUTCHINSON, 2016; WASSON et al, 2016; ANDRADE et al, 2014; GREENBERG, 2013; ZONTA, ROBLES e GROSSEMAN, 2006) acerca da necessidade de que seja incluída no currículo do ensino médico a dimensão psicológica da formação e do trabalho em saúde. Não apenas em teoria, mas em práticas que propiciem espaços de conversa em que o estudante possa falar e refletir sobre suas angústias no

cotidiano da formação, nas relações entre os discentes, nos espaços de aprendizagem, com os professores, a equipe de saúde, as pessoas sob cuidado, seus familiares e consigo mesmos. Espaços em que a reflexão e a troca de experiências sejam priorizadas.

Sistematizar e divulgar os efeitos desta pesquisa e desta experiência, através da publicação de artigos científicos e de palestras e seminários em congressos de ensino médico fazem parte do planejamento da autora para futuros trabalhos.

A Oficina do Cuidado mostrou-se uma intervenção potente na seara da prevenção e promoção em saúde mental para estudantes de medicina. Entretanto, é necessário deixar claro que esta se configura uma entre outras medidas que precisam ser tomadas neste campo, no sentido de reduzir as fontes de estresse e sofrimento discente durante a formação médica. Alguns dos aspectos a serem explorados neste campo: revisão curricular de modo a adequar a proposta pedagógica ao que propõem as DNCs, como a incorporação das MAEA e a adoção do paradigma biopsicossocial de saúde; sensibilização docente, educação permanente para os docentes, melhoria das condições de trabalho e salários; moradia, alimentação e bolsas para estudantes em condições econômicas precárias (as bolsas disponibilizados pelo governo só contemplam 1/3 dos que precisam); adoção de medidas que reduzam a competitividade entre discentes, e também entre docentes. A maioria destas mudanças esbarra numa delicada, porém rígida trama que envolve as relações de saber-poder na medicina e na Academia. Adentrar nesse labirinto buscando saídas revela-se uma temática relevante e tarefa urgente para futuros estudos e intervenções.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ABUD, C.C.; ZIMMERMANN, V.B.; LUCCHESI, A.C.; DE MARCO, M.A. **Metodologia de Ensino em Psicologia Médica e Atenção Integral ao Paciente** In: REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 2002. v. 36, n. 3, p. 436-441, 2012.

ALVES, T.C.T.F. **Depressão e ansiedade entre estudantes da área de saúde.** In: Rev Med São Paulo, v. 93, n. 3, p. 101-105, jul./set. 2014.

ANDRADE, J. B. C.; SAMPAIO, J.J.C.; FARIAS, L.M.; MELO, L.P.; SOUSA, D.P.; MENDONÇA, A.L.B.; MOURA FILHO, F.F.A.; CIDRÃO, I.S.M. **Contexto de formação e sofrimento psíquico de estudantes de medicina.** *Rev. bras. educ. med.* [online], v. 38, n.2, p. 231-242, 2014. ISSN 0100-5502. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022014000200010>. Acesso em: 10/01/2018

ARRIEN, A. **O caminho quádruplo: trilhando os caminhos do guerreiro, do mestre, do curador e do visionário.** 2. ed, São Paulo: Ágora, 1997.

BALDASSIN, S.; MARTINS, L. C.; ANDRADE, A. G. **Traços de ansiedade entre estudantes de medicina.** *Arq Med ABC*, v. 31, n.1 p. 27-31, 2006.

BARRETO, A.D.A.L.; BABLER, F.; QUARESMA, I.Y.V; ARAKAKI, J.N.L.; PERES, M.F.T. Projeto QUARA - **Prevalência de abusos, maus-tratos e outras agressões durante a formação médica: um estudo de corte transversal em São Paulo, Brasil, 2013.** *Rev Med (São Paulo)*, v. 94, n. 1, p. 06-14, jan./mar. 2015.

BAUMAN, Z. **Globalização: As consequências humanas.** Tradução Marcus Penchel, - Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999.

CASANOVA, M. A. **O instante extraordinário: vida e valor na obra de Friedrich Nietzsche.** 1. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

CHARON, Rita. **O corpo que se conta: Porque a medicina e as histórias precisam uma da outra;** [tradução Ricardo Santiago]. São Paulo : Letra e Voz, 2015.

CHAVES, L. J.; GONÇALVES, E. C. Q.; LADEIRA, L. R.; RIBEIRO, M. S.; COSTA, M. B.; RAMOS, A. A. M. **A Tutoria como Estratégia Educacional no Ensino médico.** *Rev. Bras. Educ. Méd.*, v. 38, n. 04, p. 532-541, 2014.

DAMIANO, R. F.; SANTOS, A. G.; PEREIRA, M. A. D.; SANTOS, R. M. **O primeiro Ano do Grupo de Apoio ao Primeiranista.** *Rev. Bras. Educ. Médica*, v. 39, n. 02, p. 302-309, 2015.

EISENBERG, D.; LIPSON, S. **Data from the healthy minds network: The economic case for mental health services.** Depression on College Campuses Conference, March 13, 2014. University of Michigan.

FEIJOO, A. M. L. C.; MATTAR, C. M. **A Fenomenologia como Método de Investigação nas Filosofias da Existência e na Psicologia.** *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 30 n. 4, p. 441-447, out./dez. 2014.

FOLHA DE SÃO PAULO, por Cláudia Collucci, Medicina da USP se mobiliza após tentativas de suicídio, São Paulo, 12/04/17

FOUCAULT, M. **A Hermenêutica do Sujeito.** São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, M.; **O nascimento da clínica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2006.

FRANCO, C. A. G. S.; CUBAS, M. R.; FRANCO, R. S. **Currículo de Medicina e as Competências Propostas pelas Diretrizes Curriculares**. Rev. Bras. Educ. Méd., v. 38 n.2 p. 221-230, 2014.

GAZETA DO POVO, por Murilo Basso, Risco de suicídio entre alunos de Medicina exige cuidados, Curitiba, 14/07/17

GIORGI, A.; SOUSA, D. **Método fenomenológico de investigação em psicologia**. Lisboa: Fim de século, 2010.

GREENBERG, R. **Medical Schools Take Active Role in Reducing Students' Stress and Anxiety**. Association of American Medical Colleges (AAMC) Reporter: January 2013.

HUTCHINSON, D. **Mental health matters**: creating and cultivating a campus community that supports mental health. In: Wellness issues for higher education: a guide for student affairs and higher education professionals. David S. Anderson (ed). NY: Routledge, 2016.

INSTITUTO DE PSICOLOGIA – USP, Biblioteca Dante Moreira Leite. O que é revisão da literatura? Disponível em: <http://www.ip.usp.br/portal/images/biblioteca/revisao.pdf>, acesso em 29/07/17.

KEMP, A; EDLER, F.C.; **A reforma médica no Brasil e nos Estados Unidos**: uma comparação entre duas retóricas. In: Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3. p. 569-585, set./dez. 2004.

LYONS, D. J. **Vision & Voice**: A guide to using photovoice methodology. Disponível em: <http://www.danieljacklyons.com/new-blog-1/>, acesso em 10/06/2016.

MACHADO DE ASSIS, J. M. **Papéis avulsos**. Rio de Janeiro: Livraria Garnier, 1989.

MALTERUD, K. **Systematic text condensation**: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, v. 40, p. 795-805, 2012.

MARCOLINO, J.A.M; COHEN, C. **Sobre a correlação entre a bioética e a psicologia médica**. In: REV ASSOC MED BRAS, v.54, n.4, p. 363-368, 2008.

MARTINS, L.A.N. **Saúde mental dos profissionais de saúde**. Rev. Bras. Med. Trab., v. 1, n. 1 p. 56-68, 2003.

MATTAR, Cristine Monteiro. **Psicologia, Cuidado de si e Clínica**: diálogos com Kierkegaard e Foucault. 1 ed. Rio de Janeiro: Via Verita, 2016.

MAUPASSANT, Guy de. **Bola de Sebo e outros contos**. Tradução de Pietro Nasseti. São Paulo: Martins Claret, 2003.

MELEIRO, A.M.A.S.; **Suicídio entre médicos e estudantes de medicina**. Rev Ass Med Brasil, v. 44, n. 2, p. 135-140, 1998.

MERHY, E.; ACIOLE, G.G. **Uma nova escola médica é possível?** Aprendendo com a CINAEM1 as possibilidades de construção de novos paradigmas para a formação em medicina. Pro-Posições, v. 14, n. 1, Jan./abr. 2003.

MILLAN, L. R.; ARRUDA, P. C. V. **Assistência psicológica ao estudante de medicina**: 21 anos de experiência. Revista da Associação Médica Brasileira, 2008. v.54, n.1, p.90-94. Disponível em: <http://producao.usp.br/handle/BDPI/10116>, acesso em 19/08/2017.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Diretrizes nacionais curriculares para o curso de graduação em medicina. 2001 Disponível em: <http://portal.mec.gov.br>, acesso em 19/08/2017

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Diretrizes nacionais curriculares para o curso de graduação em medicina. 2014 Disponível em: <http://portal.mec.gov.br>, acesso em 19/08/2017

MITRE, S.M.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; GINARDI-DE-MENDONÇA, J.M; MORAIS-PINTO, N.M.; MEIRELLES, C.A.B.; PINTO-PORTO, C.; MOREIRA, T.; HOFFMANN, L.M.A. **Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais.** CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA, v. 13, n. 2, p. 2133-2144, 2008.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Biblioteca Virtual de Direitos Humanos da USP - Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946 in: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organização-Mu...Saúde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>, acesso em 07/02/2018 17:30

OS GRANDES CONTOS POPULARES DO MUNDO / Organização de Flávio Moreira da Costa. – 1ª reimp. - Rio de Janeiro: Ediouro, 2005.

O TEMPO, por Thuany Motta, Suicídios na UFMG preocupam alunos e coordenação, Belo Horizonte, 21/05/2017

PAGLIOSA, L.; DA ROS, L.M.A. **O relatório Flexer: para o bem e para o mal.** In: REV BRAS DE EDUC MÉD, v. 32, n.4, p. 492-499, 2008.

PEREIRA, N.K.C.; PADOIM, I. & JUNIOR, R.F. **Fatores de estresse psicossociais e relacionados à saúde enfrentados por estudantes de medicina.** In: Rev Med (São Paulo), v. 93, n. 3, p. 125-34, jul./set. 2014.

PESSOA, F. **Fernando Pessoa:** obra poética. 18. reimp. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 2003. v. único p.181.

ROBERTO, A.; ALMEIDA, A. **A saúde mental de estudantes de medicina-Estudo exploratório na Universidade da Beira Interior.** In: Acta Med PORTUGAL, v. 24, n.2, p. 279-286, 2011.

ROTENSTEIN, L.S; RAMOS, M.A.; TORRE, M.; SEGAL, J.B.; PELUSO, M.J.; GUILLE, C.; SEN, S.; MATA, D.A. **Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis.** JAMA. 2016 Dec 6; v. 316, n. 21, p. 2214-2236, 2016. Acesso em: 14/07/17 doi: [10.1001/jama.2016.17324](https://doi.org/10.1001/jama.2016.17324)

SANTO, Maria Inês do Espírito. **Vasos sagrados:** mitos indígenas brasileiros e o encontro com o feminino. 1ª ed. Rio de Janeiro: Rocco, 2010.

SILVA, G.S.N.; AYRES, J.R.C.M. **O encontro com a morte:** à procura do mestre Quíron na formação médica. In: REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, v. 34, n. 4, p. 487-496, 2010.

WANG, C; BURRIS, M. A. **Photovoice:** concept, methodology, and use for participatory needs assessment. In: Health Education & Behavior, v. 24, n. 3, p. 369-387. Jun. 1997.

WANG, C. C. **Photovoice:** A Participatory Action Reserch Strategy Applied to Women's Health. *Journal of Women's Health*, v. 8, n. 2, p. 185-192, 1999.


WASSON, L. T.; CUSMANO, A.; MELI, L.; LOUH, I.; FALZON, L.; HAMPSEY, M.; YOUNG, G.; SHAFFER, J.; DAVIDSON, K.W. **Association Between Learning Environment Interventions**



and Medical Student Well-being - A Systematic Review. JAMA, v. 316, n. 21, p. 2237-2252. 2016. [doi:10.1001/jama.2016.17573](https://doi.org/10.1001/jama.2016.17573)

ZONTA, R.; ROBLES, A.C.C.; GROSSEMAN, S. **Estratégias de enfrentamento do estresse desenvolvidas por estudantes de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina.** Revista brasileira de educação médica, Rio de Janeiro, v. 30, n.3, p. 147-153, set./dez. 2006. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022006000300005>

ANEXO A – APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

Plataforma Brasil 04/11/17 12:38



 principal  sair


MÔNICA GOMES DE ANDRADE - Pesquisador | V3.2


Cadastros Seu sessão expira em: 38min 25

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A saúde mental dos estudantes de medicina: uma experiência de cuidado em oficinas de arte e filosofia
Pesquisador Responsável: MÔNICA GOMES DE ANDRADE
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 56917417.6.0020.5263
Submissão em: 23/07/2017
Instituição Proponente: Instituto de Pesquisa da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/ UFRJ)
Situação da Versão do Projeto: Aprovado
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio







Comprovante de Recepção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_926134

DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

- ✖ Versão Atual Aprovada (PO) - Versão 2
 - ✖ Pendência de Pensar (PO) - Versão 2
 - ✖ Documentos do Projeto
 - Comprovante de Recepção - Submissão 2
 - Cronograma - Submissão 2
 - Dedaração de Instituição e Infraestrutura
 - Folha de Rosto - Submissão 2
 - Informações Básicas do Projeto - Submissão 2
 - Orçamento - Submissão 2
 - Outros - Submissão 2
 - Projeto Detalhado / Brochura Investigação
 - TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa
 - ✖ Apreciação 2 - UFRJ - Instituto de Pesquisa
 - ✖ Projeto Completo

Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações

LISTA DE APRECIACÕES DO PROJETO

Apreciação *	Pesquisador Responsável *	Versão *	Submissão *	Modificação *	Situação *	Exclusiva do Centro Coord. *	Ações
PO	MÔNICA GOMES DE ANDRADE	2	23/07/2017	25/07/2017	Aprovado	Não	   

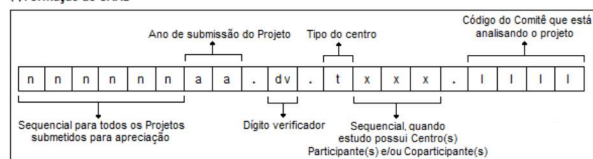
HISTÓRICO DE TRÂMITES

Apreciação	Data/Hora	Tipo Trâmite	Versão	Perfil	Origem	Destino	Informações
PO	25/07/2017 10:00:07	Parecer liberado	2	Coordenador	UFRJ - Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro/ IPUB - UFRJ	PESQUISADOR	
PO	25/07/2017 09:59:48	Parecer do colegiado emitido	2	Coordenador	UFRJ - Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro/ IPUB - UFRJ	UFRJ - Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro/ IPUB - UFRJ	
PO	25/07/2017 09:59:17	Parecer do relator emitido	2	Coordenador	UFRJ - Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro/ IPUB - UFRJ	UFRJ - Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro/ IPUB - UFRJ	
PO	25/07/2017 09:49:30	Aceitação de Elaboração de Relatoria	2	Coordenador	UFRJ - Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro/ IPUB - UFRJ	UFRJ - Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro/ IPUB - UFRJ	
PO	25/07/2017 09:49:15	Confirmação de Indicação de Relatoria	2	Coordenador	UFRJ - Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro/ IPUB - UFRJ	UFRJ - Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro/ IPUB - UFRJ	
PO	25/07/2017 09:48:58	Indicação de Relatoria	2	Coordenador	UFRJ - Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro/ IPUB - UFRJ	UFRJ - Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro/ IPUB - UFRJ	
PO	25/07/2017 09:48:39	Aceitação do PP	2	Coordenador	UFRJ - Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro/ IPUB - UFRJ	UFRJ - Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro/ IPUB - UFRJ	
PO	23/07/2017 21:28:59	Submetido para avaliação do CEP	2	Pesquisador Principal	PESQUISADOR	UFRJ - Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro/ IPUB - UFRJ	
PO	28/06/2017 13:03:27	Parecer liberado	1	Coordenador	UFRJ - Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro/ IPUB - UFRJ	PESQUISADOR	
PO	28/06/2017 13:03:10	Parecer do colegiado emitido	1	Coordenador	UFRJ - Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro/ IPUB - UFRJ	UFRJ - Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro/ IPUB - UFRJ	

« « « Ocorrência 1 a 10 de 16 registro(s) » » »

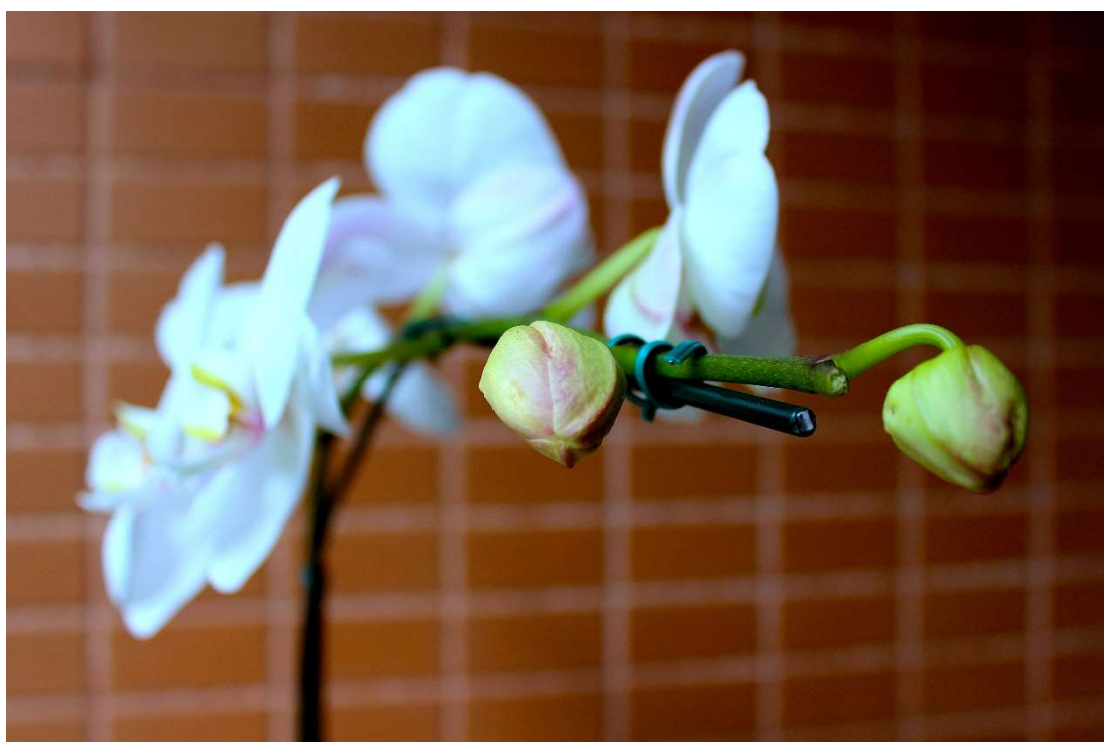
LEGENDA:**(*) Apreciação**

PO = Projeto Original de Centro Coordenador	POp = Projeto Original de Centro Participante	POc = Projeto Original de Centro Coparticipante
E = Emenda de Centro Coordenador	Ep = Emenda de Centro Participante	Ec = Emenda de Centro Coparticipante
N = Notificação de Centro Coordenador	Np = Notificação de Centro Participante	Nc = Notificação de Centro Coparticipante

(*) Formação do CAAE

[Voltar](#)

Este sistema foi desenvolvido para os navegadores Internet Explorer (versão 7 ou superior),
ou Mozilla Firefox (versão 9 ou superior).

APÊNDICE A – DESABROCHAR

APÊNDICE B – ACOLHIMENTO



APÊNDICE C – CONVERSÃO DO OLHAR



APÊNDICE D – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “**A saúde mental dos estudantes de medicina: uma experiência de cuidado em oficinas de arte e filosofia**”, desenvolvida pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB- UFRJ), conduzida pelos pesquisadores Mônica Gomes de Andrade e Dr. Octavio Domont de Serpa Junior. Este estudo tem por objetivo conceder voz aos estudantes da faculdade de Medicina da UFRJ de Macaé, através da produção de fotos e narrativas, nas quais compartilhem sua experiência e seu conhecimento em primeira pessoa de participação das Oficinas do Cuidado.

Você foi selecionado(a) por ter participado da Oficina do Cuidado, na Disciplina de Saúde Mental do oitavo período da faculdade de Medicina da UFRJ/Macaé. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Cabe pontuar que a presente pesquisa pode evocar a lembrança de situações de sofrimento psíquico, o que pode provocar tensão emocional.

Sua participação nesta pesquisa consistirá na participação em: grupos de discussão sobre ética e fotografia; treinamento sobre o uso de câmeras fotográficas digitais; produção de fotografias; entrevistas semiestruturadas individuais que evoquem narrativas sobre as fotos produzidas; grupos de discussão sobre as fotos e narrativas produzidas pelos participantes; e grupo avaliativo do processo da pesquisa. Os grupos e as entrevistas individuais serão conduzidos pelos pesquisadores responsáveis, e realizados nas instalações da UFRJ/Macaé. As atividades de treinamento, dos grupos e das entrevistas individuais serão audiogravados e posteriormente transcritos.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

Os pesquisadores responsáveis se comprometeram a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes. Os nomes dos participantes serão substituídos por pseudônimos.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final desse documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, dos pesquisadores responsáveis pela pesquisa. Seguem os telefones dos pesquisadores responsáveis e o endereço e telefone do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos dos pesquisadores responsáveis: Mônica Gomes de Andrade - Celular: (21) 978958911; Octavio Domont de Serpa Junior – (21) 3938-5529. Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psiquiatria da UFRJ: Av. Venceslau Brás 71 Fundos, CEP: 22290-140. Campus Praia Vermelha - Botafogo – Rio de Janeiro; telefone: (21) 3938-5510.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.

Assinatura do(a) participante _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

Declaro que desejo utilizar a minha própria imagem nas fotografias desta pesquisa.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.

Assinatura do(a) participante _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

APÊNDICE E – AUTORIZAÇÃO DE CESSÃO DE IMAGEM

Eu, _____, de nacionalidade _____, estado civil _____, profissão _____, inscrito no CPF sob o nº _____ e RG sob o nº _____, autorizo o uso da minha imagem para fins de pesquisa e educativos do projeto de pesquisa intitulada “**A saúde mental dos estudantes de medicina: uma experiência de cuidado em oficinas de arte e filosofia**”, coordenado pelos pesquisadores Mônica Gomes de Andrade e Dr. Octavio Domont de Serpa Junior, ambos do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, localizado na Av. Venceslau Brás 71 Fundos, CEP: 22290-140, Campus Praia Vermelha - Botafogo – Rio de Janeiro; telefone de contato (21) 3938-5529.

Local:

Data: / /

Nome e Assinatura:

APÊNDICE F – CARTA DE AGRADECIMENTO AOS PARTICIPANTES

Macaé, 11 de dezembro de 2017.

Sou muito grata pela entrega de vocês à proposta da Oficina do Cuidado. Os resultados extrapolaram as expectativas. Vocês são muito lindos! Cada um ao seu modo reviu e reconstruiu sua vida, seus conceitos, seus valores. Isso é muito maior que a Oficina. Nós podemos mudar o mundo! Vocês podem! Façam isso na vida profissional de vocês. Ajudem as pessoas a refletirem sobre a parcela de responsabilidade delas pela vida que levam. Construindo consciência crítica. Cuidando-se, cuidado do outro, do planeta, fazendo paz, fazendo amor, sendo felizes.

Ser médico é poder oferecer saúde ao outro. Se vocês fizeram isso na vida de vocês, se cuidaram, vocês podem ajudar as pessoas a fazerem o mesmo. Nós plantamos uma semente no outro e não sabemos o que vamos colher, no entanto, por vezes, o melhor pode acontecer, caso haja entrega. Obrigada por oferecerem o que têm de melhor! Façam o mesmo na vida. Despertem isso nos outros. Foi um grande privilégio na minha vida, na minha carreira, ter tido essa experiência com vocês. Vocês fazem parte do meu totem de pessoas de poder. Gratidão!

Mônica Andrade