

PEDRO CARLOS DA SILVA CARNEIRO

**A influência da Reforma Psiquiátrica Brasileira na formação dos
médicos psiquiatras: convergências e divergências na prática do
cuidado em saúde mental nas residências médicas nos serviços públicos
do SUS**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de
São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

(Versão Corrigida. Resolução CoPGr 6018, de 13 de outubro de 2011. A versão original
está disponível na Biblioteca da FMUSP)

São Paulo
2021

PEDRO CARLOS DA SILVA CARNEIRO

**A influência da Reforma Psiquiátrica Brasileira na formação dos
médicos psiquiatras: convergências e divergências na prática do
cuidado em saúde mental nas residências médicas nos serviços públicos
do SUS**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de
São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

São Paulo
2021

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Carneiro, Pedro Carlos da Silva
A influência da Reforma Psiquiátrica Brasileira
na formação dos médicos psiquiatras : convergências
e divergências na prática do cuidado em saúde
mental nas residências médicas nos serviços públicos
do SUS / Pedro Carlos da Silva Carneiro. -- São
Paulo, 2021.
Tese (doutorado) -- Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.
Programa de Saúde Coletiva.
Orientador: José Ricardo de Carvalho Mesquita
Aires.

Descritores: 1.Saúde mental 2.Psiquiatria
3.Residência médica 4.Políticas públicas de saúde
5.Reforma psiquiátrica 6.Integralidade em saúde

USP/FM/DBD-169/21

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, José Carneiro (in memoriam) e Helena, por sua ética, sabedoria, amor e dedicação aos seus filhos que me inspiram em toda minha trajetória de vida.

AGRADECIMENTOS

Ao professor José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres pela orientação segura, inteligente e generosa com diálogo sempre produtivo, criativo e inspirador para minha formação como profissional de saúde.

Ao Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, em especial aos professores Ricardo Teixeira e André Mota pela inesquecível troca de saberes em suas disciplinas e à professora Lilia Schraiber por suas ideias e sugestões que tanto contribuíram para minha pesquisa.

Aos funcionários da secretaria desse Departamento pela paciência e atenção que tiveram com minhas dúvidas durante o percurso desse estudo.

Aos professores Paulo Amarante, Fernando Kinker e Felipe Lessa Fonseca, convidados de outras instituições, por suas valiosas contribuições na banca de qualificação.

Ao querido “Grupo de Orientandos JR Ayres” que me trouxeram grandes reflexões para este trabalho em nosso grupo de estudos.

Aos colegas psiquiatras que cederam seu tempo em longas entrevistas, as quais proporcionaram o principal conteúdo dessa pesquisa.

À Patrícia Zapletal pelo carinho, escuta e acolhimento nos momentos mais difíceis deste trabalho.

Aos meus sobrinhos, Isabela e Gabriel pelo valioso incentivo.

Às minhas irmãs, Helena e Penha pela ajuda e apoio sempre presentes.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

NORMALIZAÇÃO ADOTADA

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

RESUMO

ABSTRACT

APRESENTAÇÃO DO AUTOR E MOTIVAÇÃO PARA REALIZAÇÃO
DA PESQUISA 1

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA.....4

1.1 Reflexões Gerais sobre a Reforma Psiquiátrica4

1.2 Cuidando do (com o) sujeito: discussões sobre práticas de Cuidado
numa perspectiva de contribuir para formação dos psiquiatras na
Reforma Psiquiátrica Brasileira.....10

1.3 Formação do psiquiatra no contexto Reforma Psiquiátrica Brasileira ...16

2. HIPÓTESE28

3. OBJETIVO29

4. MÉTODO30

4.1 Instrumentos para coleta dos dados da pesquisa31

4.2 Sujeitos, tempo e locais da pesquisa33

4.3 Interpretação do material empírico37

5. ASPECTOS ÉTICOS.....40

6. DISCUSSÃO E RESULTADOS42

6.1 Entrando em campo: narrativas dos contatos com pessoas, cenários
e programas das instituições nos bastidores das entrevistas42

6.2 A prática do cuidado na formação dos Residentes em Psiquiatria51

6.3 O segredo das Pílulas Mágicas: a quem interessa o conflito de interesses
na medicalização.....63

6.4. A influência e repercussões da Reforma Psiquiátrica Brasileira na
formação dos Residentes de Psiquiatria: mudou algo na prática e/ou na
teoria?.....78

6.4.1 Modelos de residência: formando em redes na saúde mental
coletiva78

6.4.2 Formando psiquiatras para integrar equipes interdisciplinares
na Rede de Saúde Mental do SUS91

6.5 O Manicômio nosso de cada dia: como desinstitucionalizar também a formação do “Manicômio Mental” nos psiquiatras	98
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
8. ANEXOS.....	119
9. REFERÊNCIAS.....	126

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRASCO:	Associação Brasileira de Saúde coletiva
ABRASME:	Associação Brasileira de Saúde Mental
CAPS:	Centro de Atenção Psicossocial
CEBES:	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CNBB:	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CNRM:	Comissão Nacional de Residência Médica
CAPPesq:	Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa
CID:	Classificação Internacional de Doenças
CDC:	Centers for Disease Control and Prevention
DSM:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DINSAM:	Divisão Nacional de Saúde Mental
ESF:	Estratégia de Saúde da Família
MRS:	Movimento de Reforma Sanitária
MTSM:	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
MNLA:	Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
NASF:	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB:	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OAB:	Ordem dos Advogados do Brasil
OPAS:	Organização Pan-Americana da Saúde
PAIN:	Prescription Addiction Now
PTS:	Projeto Terapêutico Singular
RAPS:	Rede de Atenção Psicossocial
RPB:	Reforma Psiquiátrica Brasileira
RM:	Residência Médica
SM1:	Residência Integrada 1
SM2:	Residência Integrada 2
SUS:	Sistema Único de Saúde
TCLE:	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
U1:	Residência Ligada a Universidade 1
U2:	Residência Ligada a Universidade 2
UBS:	Unidade Básica de Saúde

RESUMO

Carneiro, PCS. *A influência da Reforma Psiquiátrica Brasileira na formação dos médicos psiquiatras: convergências e divergências na prática do cuidado em saúde mental nas residências médicas nos serviços públicos do SUS*. [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2021

Introdução: Diante do desafio das mudanças causadas pelo processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira nas políticas públicas de saúde mental no país, urge saber, qual a influência que estas exercem na formação dos médicos nos programas de Residência Médica de Psiquiatria, considerando que existem poucos estudos associados aos programas de formação dessas residências, em particular, estudos baseados na escuta dos próprios residentes. Pressupõe-se que a qualidade da interação entre as propostas de formação efetivamente em curso em programas de residência médica em Psiquiatria e o processo mais amplo de Reforma Psiquiátrica são determinantes para o perfil do egresso e sua capacidade de trabalhar segundo o modelo de atenção por ela proposto. **Objetivo:** Identificar em que medida e de que forma os princípios, diretrizes e métodos propostos pela Reforma Psiquiátrica Brasileira influenciam a formação dos psiquiatras em programas de Residência Médica, segundo a compreensão dos próprios médicos residentes e de seus preceptores. **Método:** Trata-se de estudo qualitativo que investiga conteúdos e experiências promovidos durante a formação em 4 programas de Residência Médica de Psiquiatria. Foram entrevistados 16 sujeitos em 4 instituições públicas de formação sendo 2 programas em modelos centrados em hospitais-escola e outros 2 em modelos integrados, onde os residentes utilizam os serviços da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) como espaços para sua formação. **Resultados:** Os resultados sugerem que os 4 programas pesquisados citam princípios da reforma psiquiátrica em seus conteúdos teóricos. Nota-se, porém, que as oportunidades de práticas do modelo integrado propiciam uma formação mais convergente com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O estudo levantou, ainda, aspectos significativos da compreensão dos entrevistados sobre temas relacionados ao ideário da Reforma Psiquiátrica, observando-se uma preocupação com o cuidado integral, não centrado apenas nos diagnósticos e sintomas, mas na singularidade e no andar a vida dos sujeitos; a crítica à medicalização, seja na forma do uso abusivo de medicação, seja como interferência em demandas não especificamente médicas; a importância de experiências interdisciplinares em equipes multiprofissionais e uma proposta da superação de uma cultura manicomial que vai além da institucionalidade dos serviços, mas que opera nos processos cotidianos de normalização social e sua correlata racionalidade científica. **Conclusão:** Conclui-se pela relevância da diversidade de espaços de prática, com destaque para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e do contato interprofissional para a formação dos médicos psiquiatras. Recomenda-se, ainda, a ativa reflexão e discussão com os residentes de temas chave como: cuidado, integralidade, medicalização, institucionalização e relações entre saúde mental e racionalidade científica biomédica.

Descritores: Saúde Mental; Psiquiatria; Residência Médica; Políticas Públicas de Saúde; Reforma Psiquiátrica; Integralidade em Saúde

ABSTRACT

Carneiro, PCS. *The influence of the Brazilian Psychiatric Reform in the academic education of psychiatric physicians: convergences and divergences in the practice of mental health care in medical residencies in the Unified Health System (SUS) public services*. [Thesis]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2021.

In the view of the challenge of the changes caused by the Brazilian Psychiatric Reform process in public mental health policies in our country, it is urgent to know what influence they have on the training of physicians in the Psychiatric Medical Residency programs, considering the fact that there are few studies related to the training programs of these residences, specially studies based on listening to the residents themselves. It is assumed that the quality of the interaction between the ongoing training proposals in psychiatric medical residency programs and the broader Psychiatric Reform process determine the profile of the graduate and his/her ability to work according to the care model proposed by the Reform. **Objective:** To identify to what extent, and in what way, the principles, guidelines and methods proposed by the Brazilian Psychiatric Reform have influenced the training of psychiatrists in Medical Residency programs, according to the understanding of the resident physicians and their preceptors. **Method:** This is a qualitative study that investigates contents and experiences promoted during the academic education in 4 Psychiatric Medical Residency programs. 16 subjects were interviewed at 4 public training institutions: 2 programs centered on teaching hospitals and the other 2 programs on integrated models, where residents use the services of RAPS (Psychosocial Care Network) as spaces for their training. **Results:** The results suggest that the 4 researched programs mention principles of psychiatric reform in their theoretical contents. It is noted, however, that the opportunities of practices found in the integrated model provide a training that converges more with the principles of the Brazilian Psychiatric Reform than the programs centered on teaching hospitals. The study also raised significant aspects of the interviewees' understanding of themes related to the Psychiatric Reform idea, observing a concern with comprehensive care, not only focused on diagnoses and symptoms, but on the singularity and on the ways of life the subjects; the criticism of medicalization, whether in the form of medication abuse, or as interference with demands that are not specifically medical; the importance of interdisciplinary experiences in multiprofessional teams and a proposal to overcome an asylum culture that goes beyond the institutionality of services, but that operates in the daily processes of social normalization and its related scientific rationality. **Conclusion:** We conclude there is a necessity of diversity of practice spaces, with emphasis on the Psychosocial Care Network (RAPS) and the interprofessional contact for the training of psychiatrists. We also recommend active reflection and discussion with residents on key topics such as: care, comprehensiveness, medicalization, institutionalization and the relationship between mental health and biomedical scientific rationality.

Descriptors: Mental health; Psychiatry; Medical residency; Public health policies; Psychiatric reform; Integrality in Health

APRESENTAÇÃO DO AUTOR E MOTIVAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Meu contato com as propostas da Reforma Psiquiátrica Brasileira vem de longa data. Desde a minha primeira graduação em Psicologia pela Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), no qual participei do centro acadêmico e pude organizar vários cursos e seminários sobre este tema.

Fascinava-me a forma como foram elaboradas as teses da Reforma Psiquiátrica através de encontros regionais e nacionais que contavam com a participação de usuários do SUS, seus familiares e técnicos da saúde mental.

Entrei na minha segunda graduação em medicina pela Universidade Estadual de Pernambuco (UPE) já com uma alguma bagagem teórica que me permitia à luz das propostas da Reforma Psiquiátrica, questionar o modelo biomédico, o qual já era predominante não apenas na formação médica daquela Universidade, mas da maioria dos cursos de medicina das universidades brasileiras.

Após terminar o curso de medicina, especializei-me em Psiquiatria no final dos anos 90 e tive sorte de iniciar minha carreira já trabalhando em serviços de saúde com equipes multidisciplinares que já apontavam para uma prática ligada às teses da Reforma.

No entanto, pude perceber que ainda predominava um formato de hospital psiquiátrico manicomial e asilar, o que me fez organizar em Recife, junto com outros colegas da saúde mental, um Fórum de Saúde Mental, referente ao Movimento Antimanicomial, que tinha como principal objetivo discutir os princípios da Reforma Psiquiátrica nas políticas públicas.

Em 1997, mudei-me para a cidade de São Paulo, onde fiz duas outras especializações: Homeopatia para Médicos e Psicologia Analítica Junguiana, as quais me auxiliaram a solidificar minhas críticas ao modelo biomédico e ao crescente processo de medicalização, que até hoje predominam nos cursos da área de medicina.

Fiz meu mestrado na Escola Paulista de Medicina da UNIFESP pelo Departamento de Saúde Coletiva, finalizado em 2009. Após o término do mestrado, juntei-me a um grupo de professores participantes do Movimento de Reforma Psiquiátrica e Antimanicomial para criar um curso de especialização no Instituto SEDES Sapientiae na área de Saúde Mental, intitulado: “Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica: Clínica e Política na Transformação das Práticas”.

Esse curso, que já conta com 10 anos de existência na qualidade de Pós-Graduação, foi baseado nos vários conteúdos referentes à Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e Reformas de outros países que a influenciaram. Atualmente, sou professor responsável pela disciplina Desinstitucionalização e Política de Saúde Mental desse curso

Paralelamente a esta trajetória acadêmica, desde que cheguei em São Paulo, trabalhei em diversos serviços no campo da assistência, o qual destaco o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Adulto de saúde mental, CAPS referente à dependência Química. Atualmente trabalho como médico psiquiatra efetivo, concursado pela Prefeitura de São Paulo, na equipe de saúde mental de uma unidade básica de saúde (UBS) na região central desta cidade.

No campo da gestão, trabalhei como assessor de saúde mental nas Coordenadorias Regionais de Saúde Sul, Oeste e Supervisão de Saúde Centro-Sé da Cidade de São Paulo. De 2010 a 2013 fiz parte da equipe de gestão em saúde mental na

cidade de São Bernardo do Campo. Experiências essas que me permitiram conhecer a realidade de vários serviços na saúde mental da rede pública do SUS.

Minha militância no Movimento da Reforma Psiquiátrica também foi ativa desde que cheguei em São Paulo - SP. Fui um dos delegados representantes pelo Estado de São Paulo em duas Conferências Nacionais de Saúde Mental (Terceira e Quarta); sou um dos fundadores responsáveis e fui presidente por 5 anos da ONG Vida em Ação, que fomenta a geração de renda no contexto da economia solidária para usuários com dificuldades de ingressarem no mercado formal de trabalho em parceria com CAPS e Centros de Convivência. Ademais, sou associado fundador do Núcleo Paulista da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) e fui membro da comissão organizadora do V Congresso Brasileiro de Saúde Mental, organizado por essa Associação, realizado na cidade de São Paulo em 2016.

Tudo que vivi clinicando, em cargos de gestão, como professor e como militante, motivaram-me a aprofundar as bases teóricas e práticas do campo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, principalmente nos aspectos que, em minha opinião, têm sido pouco valorizadas e compreendidas. Refiro-me aos cursos de formação em psiquiatria, em especial, às residências médicas desta área. Diante disto, parto do pressuposto de que a residência em psiquiatria dos vários serviços e das universidades brasileiras seja um meio estratégico e fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, nesse sentido, proponho-me conhecer de que forma e como esses espaços de formação têm recebido e trabalhado essa proposta.

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

1.1 Reflexões Gerais sobre a Reforma Psiquiátrica

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) guarda relação com o Movimento da Reforma Sanitária (MRS). Esse Movimento tem origem na segunda metade dos anos 70 no Brasil, ainda dentro do período histórico da ditadura militar e tem como finalidade a construção de um sistema de saúde universal como dever do estado e direito do cidadão. Segundo Paiva e Teixeira (2014, p. 21)

O MRS coincide com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976; e, três anos depois, a criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO - atualmente chamada de Associação Brasileira de Saúde Coletiva). Estas instituições contribuíram de forma decisiva para a proposta do Sistema Único de Saúde (SUS).

Amarante e Nunes (2018, p. 2068) afirmam que: “as políticas de saúde mental e atenção psicossocial no SUS têm relação direta com a ideia-proposta-projeto-movimento-processo da reforma sanitária e com a conjuntura de transição democrática”.

No final da década de 70 se inicia, a partir das denúncias de maus-tratos em pacientes dos hospitais psiquiátricos, vários movimentos relacionados com a crítica à assistência psiquiátrica no Brasil.

Nessa mesma época, trabalhadores de saúde mental da antiga DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental) deflagram greve com apoio de várias entidades ligadas aos direitos humanos, como: OAB, CNBB, dentre outras. Em represália, cerca de 260 profissionais de saúde mental foram demitidos.

Importante ressaltar, com relação ao tema de nossa tese que a chamada “Crise da DINSAM” teve como atores principais segundo Amarante e Nunes (2018, p.2068) a “mobilização de bolsistas e residentes dos hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde, onde as condições eram absolutamente precárias”.

De acordo com Amarante (2007, p.76), em 1978:

Foi criado no Rio de Janeiro o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) que no mesmo ano se tornou um movimento nacional e, em janeiro de 1979, organizou o I Congresso Nacional no Instituto Sedes Sapientiae, em São Paulo.

As lideranças do MTSM participaram ativamente na oitava conferência de saúde mental, coordenada por Sergio Arouca então Presidente da Fiocruz (Amarante, 2007). Esta conferência é um marco nas políticas de saúde para construção do SUS

Desviat (2018), comentando sobre as várias reformas em saúde mental pelo mundo, refere-se que o grande diferencial da Reforma Psiquiátrica Brasileira foi a parceria com as organizações da sociedade civil e movimentos referentes à saúde coletiva.

Esse autor aponta que “A Reforma psiquiátrica (brasileira) é um dos expoentes máximos da Saúde Coletiva, na medida em que coloca o debate sobre a doença não só em algo puramente técnico” (Desviat, 2018, p. 45).

Entendendo que a Reforma Psiquiátrica estava associada a um processo mais amplo de consolidação da cidadania e reformas sociais, o MTSM tomou “Por Uma Sociedade Sem Manicômios” o lema do seu II Congresso Brasileiro.

Neste Congresso, realizado em 1987, em Bauru, no estado de São Paulo, a plenária final decidiu incluir em seus quadros os usuários dos serviços de saúde mental e seus familiares, deixando de ser um movimento apenas de técnicos para ser um Movimento Social chamado de Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA),

o qual foi um ator influenciador importante nas ações de pressão política sobre o poder público para as conquistas no campo da Reforma Psiquiátrica (Oliveira; Martinhago; Moraes, 2009).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira guarda também grande influência da reforma italiana, sendo esta: “referência fundamental do processo que virá a ser implantado na cidade de Santos (...) que se tornou o eixo da mais importante face do processo da reforma psiquiátrica brasileira”. (Amarante, 2007, p. 56).

Esse marco ocorreu na cidade de Santos, no estado de São Paulo, em 1989, quando o hospital psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta foi interditado pela sua Secretaria Municipal de Saúde, após denúncias de mortes de pacientes por maus tratos neste serviço.

Foi a primeira vez que um órgão público municipal interveio diretamente em um hospital psiquiátrico, fechando-o e, construindo em seu lugar, uma política de saúde mental baseada em uma rede de serviços integrada e substitutiva ao modelo manicomial centrado no hospital psiquiátrico.

Na Itália, a Lei n.180, de 13 de maio de 1978, determinou que a maioria dos hospitais psiquiátricos italianos fossem fechados e o país passou a desenvolver uma rede alternativa aos manicômios, tendo como referência o movimento italiano da Psiquiatria Democrática (Basaglia, 2005).

Neste movimento é importante destacar a figura de um médico que foi a sua maior liderança, Franco Basaglia. Em seus escritos, Basaglia (2005) detalha um pouco da implantação dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos naquele país e toda organização deste processo, o qual inspirou a nova política de saúde mental no Brasil.

A invenção dos Centros de Saúde Mental na reforma italiana influenciou diretamente a criação dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) no Brasil,

regulamentados na Lei n.10.216 de 2001 (Brasil, 2001), bem como a Portaria GM/MS n. 336 de 2002 (Brasil, 2002).

Esses serviços têm uma proposta de atendimento em rede, que visa superar uma tradição centrada nos hospitais e busca incluir outras áreas de interesse como habitação, cultura e circulação dos usuários pelo seu território.

Os CAPS têm sido considerados serviços estratégicos, sejam porque buscam desmontar o modelo centrado no médico, através de um trabalho em equipe interdisciplinar; sejam porque, com a participação dos usuários, pretende evitar um processo de institucionalização, baseado tão somente no modelo concebido por sua equipe técnica.

A ideia era que serviços abertos e democráticos fossem gradativamente substituindo os hospitais psiquiátricos através de um processo de desinstitucionalização, que para Rotelli (2001, p. 35)

É um trabalho homeopático que usa as energias internas da instituição para desmontá-la”, é um processo dos mais importantes na Reforma Psiquiátrica para que não haja uma substituição do hospital manicomial para outro serviço com estas mesmas características as chamadas “instituições totais.

Erving Goffman (2008) pesquisando um hospital psiquiátrico nos EUA e, objetivando conhecer o mundo social do interno destas instituições, os quais denominou *instituição total*, foi um cientista social de grande influência para os pesquisadores da saúde mental no Brasil. Para Goffman,

A instituição total é aquela em que seu fechamento ou seu caráter total, é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico – por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos. (Goffman, 2008, p. 16).

Em tais instituições estão ausentes os projetos de vida dos internos; há limitação da sua autonomia, com forte condição de dependência dos agentes institucionais; os dias são fracionados em uma ordem, onde os horários são ditados por exigências da organização de tais instituições, as quais não buscam considerar singularidade dos indivíduos internados. Para Goffman (2008, p. 18), estas instituições estabelecem

(...) o controle de muitas necessidades humanas pela organização burocrática de grupos completos de pessoas – seja ou não uma necessidade ou meio eficiente de organização social nas circunstâncias – é o fato básico das instituições totais.

Além do mais, Rotelli (2001) aponta que a desinstitucionalização, no caso da reforma italiana, não se reduz apenas a uma desospitalização, mas trata-se de

(...) um processo social complexo que tende a mobilizar como atores os sujeitos sociais envolvidos, que tende a transformar as relações de poder entre os pacientes e as instituições, que tende a produzir estruturas de saúde mental que substituam inteiramente a internação no hospital psiquiátrico e que nascem da desmontagem e reconversão dos recursos materiais e humanos que estavam ali depositados. (Rotelli, 2001, p.18)

A substituição do modelo manicomial no Brasil tem gerado novos serviços e dispositivos além dos CAPS, como: as Residências Terapêuticas (moradias para egressos de pacientes institucionalizados há mais de dois anos em hospitais psiquiátricos), Unidades de Acolhimento (unidades de moradia provisória para pacientes com dependência química associada à problemas psicossociais graves), e Centros de Convivência, serviços centrados na convivência e inclusão social, aberto não apenas para pacientes psiquiátricos, criado na gestão da prefeita Luiza Erundina (1989-1992) na cidade de São Paulo, a qual também trouxe grandes contribuições para o modelo da RPB, além dos diversos empreendimentos solidários da geração de renda e arte no sentido de promover maior inclusão social.

Além disso, no campo hospitalar, foi incentivado pelo Ministério da Saúde, o aumento de leitos psiquiátricos em hospitais gerais com assistência de uma equipe interdisciplinar, cujos detalhes estão contidos na Portaria n. 1.615 de 2002 (Brasil, 2012), inclusive com incentivo que aumenta o valor de repasse financeiro do leito SUS.

No campo da atenção em saúde para problemas de álcool e outras drogas, destaca-se a política pública de redução de danos referentes aos princípios de respeito às singularidades dos pacientes, que têm sido referências para a implantação em vários territórios no Brasil, das equipes de Consultório na Rua, que estão detalhadas na Portaria n.122 de 2012 (Brasil, 2012).

Outra questão alusiva aos avanços da Reforma Psiquiátrica brasileira é a crítica ao modelo biomédico. Esse modelo está centrado nas doenças, e o paradigma da Reforma Psiquiátrica reorienta o foco da doença para o sujeito, na relação do sujeito-psiquiatra com o sujeito-paciente, pois, como afirma Basaglia (2005, p. 101): “o problema não é tanto a doença em si (o que ela é, qual a causa, qual o prognóstico), mas somente o tipo de relação que vem a instaurar-se com o doente”. A discussão da influência do modelo biomédico na formação do psiquiatra será discorrida a seguir no item 1.3.

Nesse contexto, com foco de tratamento no sujeito, fala-se em um Projeto Terapêutico Singular (PTS), feito por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, e elaborado a partir das possibilidades e das potencialidades desse sujeito, construído com sua participação ativa.

O Projeto Terapêutico Singular oriundo do paradigma da Reforma Psiquiátrica brasileira propõe uma nova forma de cuidado em saúde mental e produção de novas subjetividades e práticas intersetoriais na comunidade em que o usuário do SUS circula. Esses projetos não se caracterizam apenas pelo tratamento da doença, mas são

considerados “Projetos de Vida” para os usuários, os quais são atendidos e cuidados nos serviços propostos pela Reforma.

Os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico têm como um dos seus objetivos provocar maior interação e inclusão dos usuários nas relações de circulação nos lugares públicos das cidades, como argumenta Rotelli (2001, p. 47): “Se os espaços sanitários são habitualmente bem separados, aqui se procura cada ocasião para que sejam, ao invés disso, abertos ao bairro e atravessados pelas pessoas”.

Portanto, para propor “Projetos Terapêuticos de Vida” baseados numa circulação social em liberdade e “atravessados por pessoas” como cita Rotelli (2001), se faz necessária uma reflexão profunda sobre o tipo de Cuidado que se é ofertado aos usuários dos serviços de saúde mental no contexto da RPB, temática que será discutida no próximo tópico.

1.2 Cuidando do (com o) sujeito: discussões sobre práticas de Cuidado numa perspectiva de contribuir para formação dos psiquiatras na Reforma Psiquiátrica Brasileira

As intervenções em saúde, em contraste com um grande crescimento e desenvolvimento de suas técnicas, mostram-se limitadas para responder efetivamente às necessidades dos usuários dos serviços de saúde, principalmente numa perspectiva de atenção em saúde mental, entendendo-se *saúde mental* como uma “nova formulação de políticas assistenciais e a passagem da abordagem biomédica para abordagem biopsicossocial, com uma maior pluralidade e horizontalidade das equipes” (Desviat, 2018, p.32).

Neste contexto, o aprofundamento e discussão do tipo de abordagem nas práticas de atenção onde estão presentes os diversos sentidos do cuidado são bastante pertinentes. Uma das contribuições nesta direção é o conceito de cuidado adotado por Ayres:

Cuidado como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico e mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde. (Ayres, 2004, p.22)

Considerando a definição acima, o desafio estaria na relação com os sujeitos, no qual o trabalho em saúde possa estar afinado com os seus “Projeto de Felicidade” (Ayres, 2007), isto é, ao que move o sujeito em seu cotidiano, seu “andar a vida”.

Baseado no enfoque hermenêutico, Ayres (2007) propõe um conceito de Projeto de Felicidade onde **Projeto** implica em “determinantes conhecidos e desconhecidos, determinações causais e não-causais, trabalháveis e não-trabalháveis; implica devir, implica uma temporalidade não-linear, não cumulativa, e uma própria temporalização plástica”(Ayres,2007, p.55) e **Felicidade** como um “ideal eminentemente político. A partir de nossas interações, reconstruímos o tempo todo, histórica e socialmente, os conteúdos concretos do que vamos a cada vez entendendo por felicidade.” (Ayres, 2007, p.56).

Do mesmo modo, abordando o conceito de cuidado integral, Pinheiros e Mattos (2004) criticam o trabalho centrado na doença e apostam em modelos que não cuidam apenas de portadores de doença; entretanto, de desejos, de aspirações e de sonhos, o que implica numa forma de cuidar do sujeito e não apenas de sua doença.

Assim, refere-se a um sujeito emancipado e capaz para cuidar de si mesmo, numa relação entre sujeito-médico com o sujeito-usuário dos serviços de saúde. O

enfoque do usuário como *sujeito* resulta em contextualizá-lo em seu grupo social, levando-se em conta aspectos culturais e sociais próprios.

Alves e Guljor (2004, p. 227), comentando sobre esta forma mais singular de cuidado, afirmam que o sujeito em sofrimento mental “possui necessidades que atravessam diversos campos”.

O olhar é deslocado da doença para o conjunto de fatores que envolvem seu “*andar a vida*”. Deste modo, continuam os autores: “o cuidado abarca a construção de projetos de vida, em contraposição ao reducionismo de uma intervenção voltada para remissão de sintomas”. (Alves; Guljor, 2004, p.227).

Neste sentido, são importantes as contribuições de Canguilhem (2006) que vê a clínica médica como uma prática relacionada não somente ao campo das ciências, e sim ao cotidiano da vida do paciente e seus conflitos com o meio.

Este autor faz comentários sobre a relação do que é considerado estatisticamente anormal, criticando o reducionismo estatístico normativo, a saber:

Em primeiro lugar há de se convir que a determinação das constantes fisiológicas, pela elaboração de médias experimentais obtidas apenas no âmbito de um laboratório, corre o risco de apresentar o homem normal como homem mediano, bem abaixo das possibilidades fisiológicas de que os homens em situação de influir sobre si mesmo e sobre o meio são evidentemente capazes, mesmo aos olhos cientificamente menos informados”. (Canguilhem, 2006, p. 119)

Desse modo, Canguilhem (2006), quando questiona o conceito de normalidade a partir de fundamentações estatísticas refere-se à “normatividade”, ou seja, a capacidade singular da pessoa estabelecer suas próprias referências e normas com relação ao cuidado de si e a relação com o meio.

Para Canguilhem (2006), a forma e as funções do corpo humano não são apenas a expressão de condições impostas à vida pelo meio, mas a expressão dos modos de viver socialmente adotados pelo sujeito na sua relação com meio.

Buscando contribuir para uma lógica referente a um cuidado integral com o sujeito que busca ajuda para seu sofrimento na área de saúde, apresenta-se como importante conceito a ser destacado o da “Clínica Ampliada”, que considera a “*co-construção*” de intervenções do profissional de saúde juntamente com o sujeito usuário, como bem assinala Campos (2012, p. 67)

Para que a modalidade de anamnese ampliada seja possível, é fundamental repensar os espaços organizacionais – consulta individual, grupo, atendimento domiciliar, internação - entendendo-os como “espaços de cogestão”, isto é, de compartilhamento do saber e da propedêutica sanitários com desejos e interesses dos sujeitos usuários.

Apesar de críticas sobre a amplitude do conceito de Clínica Ampliada, por abarcar muitas dimensões que fogem especificamente da matriz essencial do conceito de cuidado, consideram-se importantes suas contribuições no que tange ao aprofundamento dessa discussão nas políticas públicas referentes à RPB.

Uma visão de cuidado integral permite o compartilhamento de saberes e compromissos entre os diversos grupos envolvidos no cuidado em saúde, inclusive a implicação do próprio usuário a quem se destina o cuidado.

Uma das questões relevantes abordadas no cuidado integral é a escuta, a qual é considerada fundamental para favorecer um vínculo efetivo e fortalecer uma boa prática integral.

A valorização do “agir médico” igualmente passa por essa perspectiva. O médico tem na escuta do paciente uma ferramenta estratégica para a valorização de sua ação clínica, como comenta Madel Luz (2007, p. 83)

[...] a escuta do paciente [...] constituir-se-á, de novo, nas fontes privilegiadas da investigação e acumulação de dados da clínica, valorizando-se novamente o agir do médico, a ser visto mais como um terapeuta que como investigador de patologias do presente.

Concordando com essa prerrogativa, Ayres (2004) ressalta o valor da escuta como dispositivo básico para um olhar ampliado do sujeito:

Não parece difícil aceitar que talvez a mais básica condição de possibilidade da inflexão [na direção do cuidado] seja o privilegiamento da dimensão dialógica do encontro, isto é, a abertura a um autêntico interesse em ouvir o outro. (Ayres, 2004, p.23)

A partir da discussão sobre os possíveis sentidos na arte do cuidado, é possível estabelecer a premissa que um “cuidado integral” pode contribuir para a formação médica, seguindo as diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

Por sua vez, Pinheiros e Mattos (2004, p. 170) apontam a relação entre a discussão da Reforma Psiquiátrica e a integralidade no cuidado em saúde mental:

E onde entra a questão da integralidade? [...] A negação do papel do isolamento, aliada à compreensão de que o que deve ser cuidado é o indivíduo e seus problemas e não somente o seu diagnóstico, determina um olhar integral da situação.

À luz do conceito de cuidado integral, nas diversas vertentes anteriormente descritas, torna-se possível esclarecer e compreender algumas críticas recebidas pelas práticas psiquiátricas tradicionais, a partir do que orienta as diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

É imprescindível acrescentar uma questão contemporânea, que vem sendo também discutida na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, que se relaciona à medicalização.,

Alguns autores se referem ao uso abusivo de medicamentos como também a forma tutelar que os médicos psiquiatras impõem em seu cuidado com os pacientes, seja em relação à sua restrição de circulação na sociedade, dada pela internação; seja pela exigência de uma “normalização” de seu comportamento.

O poder atribuído ao médico-psiquiatra pode, a partir do discurso da razão, formada no modelo instrumental da racionalidade biomédica e fundamentado no paradigma das ciências positivas, imputar os “sujeitos loucos” na condição de objeto, moldando suas subjetividades a uma suposta razão verdadeira de um “outro” sobre o louco como assinala Foucault (2009, p. 187):

Neste sentido, o louco pode estar inteiramente investido pela razão, dominado por ela, uma vez que é ela que secretamente o habita; mas a razão o mantém sempre fora dela mesma; se tem alguma ascendência sobre ele, é do exterior como um objeto. Esta condição de objeto, que mais tarde fundará a ciência positiva da loucura, está inscrita a partir desta estrutura perceptiva que analisamos no momento: reconhecimento da racionalidade do conteúdo, no próprio movimento com o qual se denuncia aquilo que existe de não-razoável em sua manifestação...É bem esse o primeiro e o mais aparente paradoxo do desatino: uma imediata oposição à razão que só poderia ter por conteúdo a própria razão.

A medicalização foi um tema trazido muito intensamente por Foucault. De acordo com Birman (2014, p. 43), “Foucault tem no tema da medicina e nos efeitos civilizatórios que a medicina teve na nossa modernidade um ponto estratégico”.

Para Birman (2014, p. 43) a ideia de “normalização” é a categoria chave de Foucault na exploração do processo de medicalização, e, para ele, a medicina e o modelo médico (ou biomédico) “são constitutivo da nossa modernidade”.

Ademais, a cultura da medicalização está fortemente presente na formulação do diagnóstico na atenção psiquiátrica, que por sua vez influencia o processo da prescrição de psicofármacos. Segundo Bezerra (2014, p. 26),

Em 1962 o congresso americano aprovou uma legislação que exigia que todas as medicações tivessem sua segurança e eficácia testadas em ensaios clínicos randomizados controlados. Para serem aprovadas, as substâncias precisavam demonstrar que eram eficazes [...].Rapidamente a afinidade entre exigências metodológicas desse tipo de pesquisa e os critérios classificatórios do DSM III começaram a produzir uma interpenetração entre os dois polos, com a indústria

farmacêutica incentivando a difusão das categorias (e junto com elas a prescrição correspondente) e o processo de alocação diagnóstica das categorias sendo progressivamente influenciado pela ação dos fármacos (se uma condição clínica melhora sob a ação de um antidepressivo, trata-se de uma depressão).

Cada vez mais se estabelece uma formação do psiquiatra demasiadamente prescritiva e apoiada em categorias diagnósticas, que moldam a forma de tratamento tão somente focado no diagnóstico da doença, desprezando as demais dimensões do sofrimento psíquico humano.

A medicalização é uma categoria importante dentre as práticas do cuidado, não somente pela sua relação com a dinâmica nosografia-nosologia-tratamento, como também pelo conflito de interesses que pode existir entre a indústria farmacêutica e as instituições psiquiátricas, os médicos psiquiatras, bem como os pesquisadores, (Amarante; Pitta; Oliveira, 2018).

1.3 Formação do psiquiatra no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira

A formação médica no Brasil sofre grande influência a partir dos anos 40 do século passado através do relatório Flexner (Carvalho; Ceccim, 2012). Este relatório foi publicado em 1910 pelo pesquisador americano Abraham Flexner a partir de estudos de avaliação do ensino médico nos Estados Unidos e passou a ser referência para o ensino das escolas médicas americanas até os dias de hoje.

A educação em saúde no Brasil, sob a influência desse relatório, passa a associar uma “educação de base científica” a uma base biológica que “seria orientada pela especialização e pela pesquisa experimental e estaria centrada no hospital” (Carvalho, Ceccim, 2012, p. 141).

Esta concepção de educação, de caráter bastante instrumental, com modelos de explicação baseados nas Ciências Naturais, moldou também a formação do especialista em psiquiatria.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), discutida no início da introdução de nosso estudo, orienta no Brasil uma mudança nos conceitos de saúde mental, influenciando as práticas, quer seja no cuidado, quer seja na organização e na gestão desses serviços. Diante disso, urge refletir sobre a formação de novos perfis de profissionais que trabalham neste campo.

Baseado nos princípios do SUS que a RPB modificou a assistência em saúde mental com a implementação de serviços com uma lógica de desinstitucionalização (Rotelli, 2001), bem como com um tipo de cuidado que traz, para além do tratamento convencional médico, a perspectiva de favorecer uma maior inclusão social dos sujeitos que acessam os serviços, ressignificando uma atenção à saúde em forma de rede e sob a perspectiva de territorialidade.

Os serviços referentes às políticas públicas propostas pela RPB tornaram-se um lugar de experimentação de novas formas de gestão com a participação dos usuários. A participação dos usuários dos serviços de saúde mental nas *Assembleias dos CAPS* constitui um bom indicador da forma como eles estão se relacionando com este serviço, talvez o mais estratégico constituído com os fundamentos da RPB.

As associações de usuários e/ou familiares muitas vezes surgem dessas assembleias, que buscam questionar e refletir sobre as necessidades do serviço e dos usuários. Por sua vez, os usuários são incentivados, através dessas organizações, a discutir seus problemas comuns e buscar soluções coletivas para questões sociais e de direitos essenciais, que ultrapassam as possibilidades de atuação técnica dos CAPS.

Diante desta nova perspectiva que confronta muitas ideias do modelo hegemônico determinista, o qual enxerga a doença como “entidade autônoma” operada “no interior do conhecimento biomédico” (Camargo Jr., Kenneth R., 2004, p.162), as unidades de formação para médicos psiquiatras, principalmente àquelas referentes ao setor de formação dos residentes em psiquiatria assumem um papel fundamental, não apenas na atualização e transformação dos seus currículos teóricos, mas estimulando esses residentes a uma reflexão mais crítica sobre o conjunto de práticas desta especialidade, tendo como base uma visão mais integral da atenção à saúde, articulando a prática do médico a outros profissionais, corroborando com um modelo de atenção interdisciplinar.

Além disso, é importante o entendimento do real protagonismo dos usuários a partir do compartilhamento do cuidado juntamente com os profissionais de saúde, de modo a posicionar os usuários como corresponsáveis na elaboração do seu Projeto Terapêutico Singular.

Ademais, pode-se afirmar que atualmente existe uma forte tendência de “psiquiatrização” do que antes eram considerados: “aspectos sociais, culturais e psíquicos, que revelam os conflitos do homem consigo mesmo e a angústia de viver” (Furtado, 2018, p.41). Estes passam a ser substituídos por novos diagnósticos de transtornos mentais e normalmente podem ser medicados em nome da obrigatoriedade da constante felicidade e do imperativo do bem-estar (Furtado, 2018).

No entanto, o psiquiatra tende cada vez mais a desconsiderar tais aspectos para fazer “diagnósticos biomédicos”, isto é, deixar de lado possibilidades de “diagnósticos” com base em reações psicológicas referentes às diferentes formas de subjetividade produzidas na contemporaneidade, bem como problemáticas sociais específicas de cada contexto.

Neste momento da Psiquiatria, em que a localização cerebral ou a disfunção de neurotransmissores tende a ser privilegiada no diagnóstico etiológico dos transtornos mentais, mesmo sem marcadores biológicos fidedignos, é possível que, muitas vezes, um mal-estar social possa ser confundido com doenças mentais de bases biológicas.

Além do mais, Furtado (2018) assinala um deslocamento da construção das subjetividades nesta área. Conforme a autora, “o que nos faz sermos nós, o que rege nosso organismo, nossas emoções e comportamentos, passa a ser uma secreta reserva primordial da vida: a matéria prima do tecido das células”. (Furtado, 2018, p.45)

Segundo Donnangelo e Pereira (1976, p.80) que discutem medicina comunitária e reforma médica, relatam que uma recomposição do sentido da prática médica virá por um “descentramento do enfoque biológico e a correspondente orientação do ato médico no sentido de apreender e interferir com a complexidade do paciente dada por sua inclusão em um campo de relações”.

Nesse contexto, esses autores (1976) propõem uma reforma educacional na escola médica como necessária, pois:

As práticas dominantes da escola médica contribuem para reforçar o caráter fragmentário da medicina, sua dimensão predominantemente curativa e o conseqüente distanciamento entre as necessidades de saúde e a atenção médica”. (Donnangelo, Pereira, 1976, p.80).

O modelo biomédico, alicerce da medicina contemporânea ou medicina científica, baseado em evidências, tem suas bases no século XVII com a filosofia de Descartes, que apontou para uma compreensão do homem a partir da divisão entre corpo e mente.

Esse modelo apresenta conseqüências na prática médica, que de acordo com Camargo Jr., Kenneht R. (2005) caracteriza-se, entre outros aspectos, por

o uso excessivo de exames complementares, a desvalorização da subjetividade do paciente (e do próprio médico), a farmacologização excessiva, que configuram uma propensão iatrogênica intrínseca que não pode ser chamada de "distorção". (Camargo Jr., Kenneht R, 2005, p.197)

Capra (2006, p.119) ressalta que o modelo cartesiano direcionou à predominância de uma visão do homem como uma máquina corporal e à “negligência de aspectos psicológicos, sociais e ambientais da doença”.

No século XIX, com os avanços das pesquisas de Louis Pasteur a partir de sua teoria microbiana, reforçou-se uma relação entre etiologia de base biológica das doenças (reforçada pelos postulados de Robert Koch) e a medicina.

Outrossim, a classificação das doenças sofreu influência desta concepção, na qual a “identificação de micróbios com doença forneceu um método para isolar e definir entidades patológicas” (Capra, 2006, p.121).

No entanto, atualmente, a classificação internacional das doenças (CID) concentra nas alterações anátomo-fisio-patológicas as causas para os diagnósticos, deixando em segundo plano os aspectos psicossociais.

Sobre esta lógica, Mendes-Gonçalves (2017, p.142) comenta

é possível identificar no sentido cognitivo que orienta a abstração que conduz ao diagnóstico pelo menos uma característica notável: a postulação da ilegitimidade das dimensões psicológicas e social, enquanto constitutivas do diagnóstico, sua redução à condição de “contaminantes”, no pior dos casos, ou de “condicionantes” ou “moduladoras”, no melhor.

Pode-se afirmar que os avanços da medicina foram acompanhados pelos progressos da tecnologia médica. A elaboração científica positiva do corpo anátomo-fisiológico como suporte do que seja normal e patológico, bem como sua consequente instrumentalização, proporcionou desenvolvimentos no conhecimento médico. No

entanto, segundo Mendes-Gonçalves (1994, p.65): “daí não se segue que esse conhecimento não tenha limites, e, sobretudo que sua utilização em contextos históricos concretos não adquira sentidos sociais que, se não independem dele, não decorrem dele como motivação explícita”

De Marco (2006), em um artigo em que aborda a educação permanente na área médica, destaca que, ao contrário das práticas biomédicas, o modelo que ele nomeia como “Biopsicossocial” traz uma visão mais integral acerca do adoecimento, podendo ampliar o olhar para os diferentes âmbitos da vida, em suas dimensões física, psicológica e social.

Esse autor acrescenta que as contribuições de um modelo biopsicossocial na prática médica têm como pressuposto o estabelecimento de vínculo e o investimento relacional com a proposta de consolidar uma comunicação verbal e não verbal, além de uma escuta efetiva com relação às necessidades dos pacientes.

Cabe ressaltar um outro fenômeno bastante estudado: o “*sobretreamento*” e o consequente uso abusivo de medicamentos psicotrópicos (Frances, 2016). Allen Frances, professor emérito da escola de medicina da Universidade de Duke e responsável por liderar a equipe de elaboração do manual “*Diagnóstico e Estatístico de transtornos Mentais IV*” (*DSM-IV*), faz sérias críticas a esse fenômeno, e comenta

No que diz respeito ao transtorno mental, esta é a melhor e pior das eras. A melhor, porque há numerosos tratamentos eficazes disponíveis e numerosos clínicos competentes. A pior, porque há um excesso de sobretreamento de gente que não precisa e um excesso de subtratamento de gente que precisa – e numerosos clínicos incompetentes fornecendo diagnósticos inexatos e tratamentos inapropriados. (Frances, 2016, p.265).

O DSM, principalmente em relação a sua última edição, o DSM V, tem recebido críticas de várias correntes teóricas da Psiquiatria, em especial de autores do campo da RPB (Amarante, Pitta, Oliveira, 2018).

Uma das críticas é o deslocamento da causalidade dos transtornos mentais de suas relações com a história de vida e as necessidades das pessoas, muito valorizadas pelas teorias psicossociais e pela psicanálise, na direção de uma visão que se diz atórica, mas que, na verdade é centrada nas ciências biológicas, base do modelo biomédico. Sobre este aspecto, Martinhago e Caponi (2019, p.7) comentam

Foi a partir do DSM-III (1980-1987) que a psiquiatria deu uma grande virada removendo as categorias e signos clínicos da psicanálise e passando a se considerar como atórica, deslocando-se para o campo das ciências biológicas, e assim segue as sucessivas edições do Manual até o DSM-V.

Portanto, é preciso aprofundar a reflexão referente ao processo de formação não somente do profissional médico especialista em Psiquiatria, mas de todos os trabalhadores da área de saúde mental, que desejam exercer o cuidado neste campo. Ademais, Bezerra (2007, p.248) enfatiza o que ele chama de “característica especial da psiquiatria”, a de ser

um campo essencialmente atravessado por determinantes biológicos, influências culturais, jogos de verdade, paradigmas teóricos, dinâmicas sociais, lutas econômicas e seus reflexos político-assistenciais, e assim por diante.

Por sua vez, Amarante, Pitta, Oliveira, (2018) reiteram que os transtornos mentais não são apenas determinados por uma condição biológica, e chamam a atenção para importância da dimensão psicossocial como possibilidade de relativizar “*a hegemonia das práticas discursivas do modelo biomédico da psiquiatria*”.

Estes autores também ressaltam que o modelo biomédico concentra o poder e o saber sobre o especialista médico, excluindo dos seus pacientes e dos cidadãos em geral

a responsabilidade de participação na compreensão do cuidado reclamado por seu sofrimento.

Outro importante fator a ser evidenciado é a influência da indústria farmacêutica e o poder publicitário, incentivando o uso excessivo de prescrições medicamentosas em tudo que aparentemente “não é normal”, levando ao que Frances (2016) chama de “monocultura humana”.

Conforme este autor: “toda diferença entre pessoas está sendo transmutada em desequilíbrio químico a ser tratado com um conveniente comprimido” (Frances, 2016, p.324).

O problema do uso abusivo de medicamentos, principalmente de psicotrópicos, fica ainda mais desafiador, depois do relato feito pelo CDC (Centers for Disease Control and Prevention), no ano de 2018, divulgado pelo Jornal Folha de São Paulo (2018, p. A16), de 70 mil mortes de overdose, sendo 28 mil por uso abusivo de opioides sintéticos só nos EUA.

Importante destacar movimentos que tentam chamar a atenção da sociedade sobre a medicalização em várias partes do mundo, como o Movimento Antimanicomial no Brasil, o “Stop DSM” que tem como uma de suas principais lideranças o Psiquiatra e Psicanalista Francês Patrick Landman crítico do modelo dos “DSM” e o PAIN (Prescription Addiction Intervention Now) liderado pela fotógrafa Nan Goldin que alerta a sociedade para o perigo das prescrições médicas, principalmente as que causam adição, e sobre a insuficiente informação que é dada aos usuários sobre este aspecto no ato da prescrição médica.

Tais movimentos defendem que o uso de recursos diagnósticos e terapêuticos orientados pelo modelo biomédico deve ser relativizado pelos médicos em geral, em especial, na Psiquiatria, onde há poucos instrumentos de validação diagnóstica baseada

em evidências, tornando a relação médico-paciente a base fundamental de toda clínica psiquiátrica.

Além do mais, apostam em que a escuta da singularidade dos pacientes, de sua história, cultura e condições psicossociais diminuem a possibilidade de diagnósticos desnecessários e consequente uso abusivo de medicamentos psiquiátricos, ampliando os sentidos e significados do cuidado em saúde mental.

Nesse contexto, considerando os aspectos abordados anteriormente, faz-se necessário conhecer o que pensa o especialista em Psiquiatria, particularmente em relação a sua principal pós-graduação existente no Brasil: a residência médica (RM).

A residência médica, que ainda não tem vagas suficientes para todos os médicos que desejem se especializar em Psiquiatria, ainda é a grande referência de boa qualidade na formação para a Associação Brasileira de Psiquiatria, como publicado nas “Diretrizes para um modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil” (2014, p. 26):

Do ponto de vista mais específico do psiquiatra, a formação de referência deve ser a residência médica, realizada em instituição credenciada pelo Ministério de Educação, segundo diretrizes amplamente discutidas pela sociedade.

Em relação ao histórico das residências médicas em Psiquiatria no Brasil, de acordo com Uchôa (apud DIAS, 2013, p. 21):

Os primeiros programas de residência médica em psiquiatria no Brasil foram implantados no ano de 1948, em hospital geral não-universitário, o IPASE – Instituto de Previdência e Assistência do Estado (Rio de Janeiro) e, em 1951, no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo.

O Decreto n. 80.281, de 5 de setembro de 1977, estabelece que a Residência Médica (RM) que se configura como um “ensino de pós-graduação *lato sensu* destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização”. (BOTTI, 2009, p.16)

Caracterizada como “treinamento em serviço”, funciona sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação (preceptoria) de profissionais médicos qualificados. (BOTTI, 2009)

De acordo com Botti (2009), a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), também estabelecida pelo Decreto de 1977, coordena as iniciativas na área da RM e é a instância credenciadora dos programas válidos nacionalmente. O credenciamento vale por cinco anos, após o que a instituição terá de buscar credenciamento, o que supõe avaliação do programa.

A resolução da CNRM Nº 02 /2006 de 17 de maio de 2006 (Brasil, 2006) que dispõe sobre requisitos mínimos dos programas de residência médica no Brasil, propõe que a residência em psiquiatria, atualmente com duração de 3 anos, tenha acesso direto sem pré-requisitos e dispõe que, ao final do Programa, o residente deva ser capaz de:

- Comunicar-se eficientemente e demonstrar atenção e comportamentos respeitosos ao interagir com os pacientes e familiares.
- Reunir informação essencial e acurada sobre seus pacientes.
- Tomar decisões de maneira informada acerca das intervenções diagnósticas e terapêuticas, com base nas informações e preferências do paciente, nas evidências científicas atualizadas e no julgamento clínico.
- Desenvolver e executar planos terapêuticos.
- Aconselhar e instruir pacientes e familiares.
- Usar tecnologia da informação para embasar as decisões de tratamento e a educação do paciente.
- Executar com competência todos os procedimentos médicos e invasivos considerados essenciais para a área.

- Propiciar serviços de saúde que visem à prevenção dos problemas de saúde ou a manutenção da saúde.
- Trabalhar com profissionais de saúde, incluindo aqueles de outras disciplinas, para fornecer atendimento centrado no paciente.

Como se pode observar, a exigência de conhecimento sobre terapias psicossociais e saúde mental da comunidade, apesar de constar entre as competências a serem alcançadas pelo residente, abordados na Reforma Psiquiátrica, não foram contemplados conteúdos importantes como, por exemplo: conhecer a rede de atenção em saúde mental, acionando de forma adequada as instâncias de atenção próprias a cada caso; utilizar corretamente procedimentos de referência e contra-referência; bem como, do psiquiatra ser habilitado a estimular a autonomia e inclusão social dos pacientes, concorrendo para a desinstitucionalização.

O déficit de formação se reflete na prática cotidiana dos serviços e na dificuldade de articulação dos profissionais na rede. O modelo biomédico, predominante nas diversas formações na área de saúde, não se apresenta como suficiente para acompanhar as novas práticas de saúde mental relacionadas à Reforma Psiquiátrica, como sugere um estudo realizado com trabalhadores de CAPS em Goiânia-GO: “[...] ficou constatado que a falta de preparo dos profissionais recém-chegados ao serviço está relacionada ao caráter biologicista da formação, insuficiente para atuação no contexto da Reforma Psiquiátrica.” (Carneiro; Porto, 2014, p. 160).

Neste contexto, a formação do psiquiatra se faz com vários saberes e práticas que operam de forma diferente sua influência, dependendo do tipo de formação que o psiquiatra recebe como aborda Duarte (2012, p. 49):

Os saberes e as práticas podem ter contribuído para diferentes posicionamentos dos psiquiatras. Alguns deles, tidos como conservadores, mantiveram-se adeptos da longa internação em

hospitais e/ou clínicas particulares. Outros adotaram uma postura ambígua, se por um lado, defendiam as lutas pela redemocratização do país e auxiliaram na Reforma Psiquiátrica, por outro lado, entendiam que esta Reforma deveria ficar somente restrita aos hospitais públicos. Vários deles juntamente com a maioria dos profissionais da área de saúde mental, ajudaram ativamente no movimento pela abertura política e redemocratização do país e também para a Reforma Psiquiátrica.

Entendemos que a construção de um diálogo entre estas práticas e saberes diferentes em saúde mental possa contribuir para aprimorar a formação nesta área de conhecimento no que diz respeito ao novo modelo assistencial, principalmente quanto à formação do médico psiquiatra.

Uns dos desafios para esse diálogo é conciliar, na formação dos residentes, capacidades técnicas com a construção de uma boa relação médico e paciente; desenvolver as competências e habilidades clínicas abrangendo aspectos práticos relacionados à atuação com o paciente em sua anamnese objetiva e subjetiva; exame psíquico e a adequada condução do caso (Coêlho e Santana, 2011).

Para isto, é fundamental ouvir os residentes em Psiquiatria, como intuito de saber como eles compreendem sua formação, e não simplesmente sugerir mudanças nos currículos desta especialidade sem ao menos conhecer a real situação desses residentes, como sugerido no estudo de Coêlho; Zanetti; e Neto (2005, p.18) sobre Residência em Psiquiatria no Brasil:

No entanto, apesar da profundidade de todos os debates já realizados, todas essas análises falham em um ponto. Não há a participação do estudante, do residente, ou seja, daquele que, em última instância, será afetado por todas essas propostas, na sua formulação. O olhar interno de quem é o alvo do processo de formação é igualmente importante para compor esse novo paradigma de ensino. Além disso, evita incorrer em análises que, na prática, não são tão eficientes quanto parecem na teoria, pelo simples desconhecimento da situação dos residentes.

2. HIPÓTESE

Defendemos a hipótese de que a qualidade da interação entre as propostas de formação efetivamente em curso em programas de residência médica de Psiquiatria e o processo mais amplo de Reforma Psiquiátrica Brasileira são determinantes para o perfil do egresso e sua capacidade de trabalhar de acordo com o modelo de atenção por ela proposto.

3. OBJETIVO

Identificar em que medida, e de que forma, os princípios, diretrizes e métodos propostos pela Reforma Psiquiátrica Brasileira influenciam a formação dos psiquiatras em programas de Residência Médica, de acordo com a compreensão dos próprios médicos residentes e de seus preceptores.

4. MÉTODO

Para o alcance do objetivo acima exposto, este estudo será desenvolvido a partir de uma abordagem qualitativa, que conforme Santos (2004), almeja um conhecimento intersubjetivo, descritivo e compreensivo, ou seja, trata-se de dialogar com os sujeitos envolvidos na pesquisa, buscando compreender e problematizar as diversas significações e influências da Reforma Psiquiátrica, para além e na formação dos residentes de psiquiatria e não somente em seus aspectos oriundos do modelo biomédico.

A metodologia qualitativa nasce com contribuições das Ciências Sociais, Antropologia e Psicologia Social, permitindo conhecer os significados e intencionalidades dos fenômenos sociais (Minayo, 2004).

De acordo com Minayo (2004, p.12), as metodologias qualitativas devem ser entendidas não como “*uma alternativa ideológica às abordagens quantitativas*”, mas como forma de “*aprofundar o caráter do social e as dificuldades de construção do conhecimento que o apreendem de forma parcial e inacabada*”.

A pesquisa se utilizará de entrevistas semiestruturadas, de forma a buscar o diálogo como exercício de compartilhamento, a fim de entender o outro, no qual o entrevistador se coloca numa posição de relação entre dois sujeitos, ou seja, buscando uma experiência hermenêutica “do nós”. (Gadamer, 1997). Gadamer (1997) aborda a compreensão de uma tradição num horizonte histórico, fala em abertura para opinião do outro, e nessa abertura, coloca a opinião do outro em diálogo com nossas prévias opiniões. Esse deslocar-se para compreender o outro, de acordo com Gadamer:

não é nem empatia de uma individualidade na outra, nem submissão do outro sob os próprios padrões, mas significa sempre uma ascensão a uma universalidade superior, que rebaixa tanto a particularidade própria como a do outro. (Gadamer, 1997, p.456)

Nesse sentido, uma das bases de construção e interpretação importante do material empírico deste estudo será baseado no conceito de “fusão de horizontes” de Gadamer (1997). Conforme Ayres (2007, p.58) fusão de horizontes se dá “com o recurso aparentemente simples, mas pouco utilizado, de um perguntar efetivamente interessado no outro e a escuta atenta e desarmada frente à alteridade encontrada”.

É, nesta busca, a partir dos vários conceitos e referências abordados acima, que pretendemos construir um processo dialógico com os sujeitos participantes deste estudo. Em seguida serão apresentados os instrumentos necessários para a coleta dos dados desse trabalho.

4.1 Instrumentos para coleta dos dados da pesquisa

Vale destacar que, mesmo nos momentos que antecederam e que sucederam as entrevistas propriamente ditas, já houve interações entre o pesquisador e o universo dos seus participantes da pesquisa através das pessoas que viabilizaram nossa entrada nos campos empíricos.

O campo de pesquisa será detalhado no item 6.1 dos Resultados, nomeado “Entrando em campo: Primeiras aproximações e cenários das entrevistas”. Nesse tópico iremos discorrer o processo relacionado aos encontros com os entrevistados, estratégia de entrada nos campos, como foi apresentada a pesquisa nos serviços que atuamos, quais foram os contatos estabelecidos para articulação da entrada no serviço da pesquisa e quais as facilidades e dificuldades encontradas.

Todos esses aspectos foram registrados, considerando as diferenças de cada campo pesquisado a fim de compor, juntamente com as análises contextuais mais amplas, o pano de fundo interpretativo das entrevistas.

Para isto, utilizamos o diário de campo, no qual anotamos o cotidiano da pesquisa. Este diário pode trazer informações relevantes que por vezes não são captadas durante o tempo formal das entrevistas, e que podem se revelar importantes para o nosso objeto de estudo.

Para orientar as entrevistas, adotamos a elaboração de roteiros (Anexos 1 e 2), os quais foram os principais instrumentos de nossa pesquisa. Trata-se de um conjunto de questões que não deve ser entendido como um questionário fechado, mas como um guia que vai se moldando aos possíveis caminhos a serem trilhados com os participantes durante as entrevistas.

A escolha por um roteiro semiestruturado constitui uma forma de coleta de dados que permite ao entrevistador flexibilizar as perguntas e colocar questões estruturadas e abertas, nas quais o entrevistado “tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador” (Minayo, 2004, p. 108).

Acreditamos que a forma de entrevistas de caráter semiestruturado permite que o entrevistado possa falar mais livremente sobre os temas propostos com possibilidade de exploração, inclusive, de outras questões não levantadas pelo roteiro original, possibilitando desdobramentos surpreendentes e relevantes para o objeto de nossa pesquisa.

Nesse sentido, visando alcançar os objetivos da pesquisa, foram elaborados dois roteiros de entrevista com questões abertas: um para as entrevistas com os residentes, o

Roteiro 1 (Anexo 1) e outro para entrevistas com os Coordenadores/Preceptores de cada residência pesquisada, o Roteiro 2 (Anexo 2).

Importante destacar que as perguntas desses dois roteiros foram atualizadas logo após as sugestões feitas pelos membros da banca de qualificação. No entanto, manteve-se a lógica das categorias preliminares descritas no item 4.3 de interpretação do material empírico.

Todas as entrevistas foram gravadas pelo próprio entrevistador através de duas fontes: gravador digital e celular. Os locais das entrevistas foram combinados com os participantes e ocorreram dentro das próprias instituições de trabalho, preservando o sigilo e privacidade, e sem a presença de terceiros. A média de duração das entrevistas variou entre 1 hora e 1 hora e 20 minutos. Todas as entrevistas foram transcritas em sua totalidade.

Apesar do foco principal para estabelecer os resultados foram as narrativas emergidas do campo empírico de nossa pesquisa, vale ressaltar que esse pesquisador realizou a revisão bibliográfica e se utilizou de referências teóricas que contribuíram ao trabalho, em especial, artigos científicos buscados em bancos de dados da PubMed, MEDLINE, LILACS, SCIELO e Portal de periódicos da CAPES.

4.2 Sujeitos, tempo e locais da pesquisa

A pesquisa de campo desse estudo foi realizada no período entre os meses de maio de 2019 e novembro de 2019. A escolha dos sujeitos participantes não teve como base critérios de representatividade, nos moldes da amostragem de estudos quantitativos, mas de expressividade, isto é, sujeitos cujas narrativas pudessem

potencializar o acesso a sentidos e significados de concepções e ações na temática deste estudo.

Para Thiollent (2007), a validade expressiva ou qualitativa é dada por uma avaliação da relevância dos grupos e das ideias que veiculam dentro de uma certa conjuntura ou movimento.

Desse modo, baseados na metodologia qualitativa foram priorizadas as narrativas dos residentes de psiquiatria e dos preceptores que pudessem expressar condições típicas e, simultaneamente, variações de perfis de interesse para o estudo.

Foram entrevistados médicos que estavam em formação de especialista na residência médica de psiquiatria que participavam dos quatro Programas de Residência nesta especialidade, e que estavam em serviços credenciados pelo Ministério da Educação (MEC), para termos como base de referência a resolução CNRM N° 02/ 2006, de 17 de maio de 2006 (Brasil, 2006), que dispõe sobre requisitos mínimos dos programas de residência médica no Brasil.

Na escolha dos residentes e preceptores, que também eram coordenadores dos programas, além de sua vinculação às instituições relevantes para a formação do médico psiquiatra, foram considerados critérios de disponibilidade e de interesse, na tentativa de estabelecer uma situação de interação favorável ao diálogo entre o sujeito entrevistador e o sujeito entrevistado.

Considera-se que uma entrevista não é uma simples coleta de dados, mas é sempre afetada por interações nas quais as informações dadas pelas pessoas entrevistadas podem ser influenciadas pela natureza das relações entre o entrevistador e o entrevistado (Minayo, 2004).

No entanto, em cada campo empírico houve a seleção dos residentes com certas peculiaridades que foram detalhadas nos resultados desse trabalho, no item 6.1, quando apresentamos os dados referentes ao ingresso em cada campo de pesquisa.

O propósito de entrevistar residentes pertencentes em anos diferentes da residência, ou seja, R1(primeiro ano), R2(segundo ano) e R3(terceiro ano), facilitou ao entrevistador, reconhecer características dos programas em suas diversas fases.

Além disso, como ocorrem algumas mudanças no Projeto da residência ao longo dos anos, o R3 (último ano) pode acompanhar essas mudanças e, assim, posicionar-se sobre suas motivações e impactos efetivos.

Foram entrevistados 16 sujeitos, sendo três residentes de cada uma das quatro instituições pesquisadas, e quatro preceptores, que também eram coordenadores do programa.

Os Programas escolhidos para o estudo foram Residências vinculadas a duas Universidades de excelência no ensino, localizadas em dois centros urbanos da região sudeste do país; e, duas residências Integradas vinculadas às Secretarias Municipais de Saúde das mesmas cidades.

A escolha dos Programas vinculados às Universidades foi por concentrarem a maioria de suas atividades em Hospital Universitário, o que é de interesse ao nosso objeto de pesquisa pela situação de distanciamento da *Rede de Atenção Psicossocial* e da Rede Pública de Saúde em geral.

No caso das residências vinculadas às Secretarias Municipais de Saúde, nosso objetivo foi pesquisar as Residências cujas atividades estivessem predominantemente baseadas nos serviços da Rede de atenção psicossocial do SUS, inclusive os novos serviços introduzidos pela Lei n. 10.216 de 2001 da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

O Quadro 1, abaixo, expõe o perfil dos entrevistados, com nomes fictícios, idade, posição (R1, R2, R3) ou (Preceptor), sexo, tempo de formado e instituição ao qual é vinculado, sendo que U1 e U2 às Universidades e, SM1 e SM2 às Secretarias Municipais de Saúde.

Quadro 1: Perfil dos entrevistados

Nome	Idade	Posição	Sexo	Tempo de Formado	Instituição*
Roberta	24	R1	Feminino	1 ano	U1
Jorge	26	R2	Masculino	3 anos	U1
Renata	29	R3	Feminino	4 anos	U1
Patrícia	24	R1	Feminino	1 anos	U2
Rosa	27	R2	Feminino	2 anos	U2
Fernando	28	R3	Masculino	3 anos	U2
Jaqueline	32	R1	Feminino	2 anos	SM2
Simone	32	R2	Feminino	3 anos	SM2
Pedro	27	R3	Masculino	3 anos	SM2
Gabriela	27	R1	Feminino	3 anos	SM1
Penha	31	R2	Feminino	4 anos	SM1
Helena	32	R3	Feminino	5 anos	SM1
Eugênio	54	Preceptor	Masculino	25 anos	U1
Gustavo	53	Preceptor	Masculino	28 anos	U2
Antonieta	56	Preceptor	Feminino	31 anos	SM2
Arlindo	32	Preceptor	Masculino	8 anos	SM1

4.3 Interpretação do material empírico

Na busca de atingir os significados manifestos e latentes no material da pesquisa qualitativa, fizemos a opção pela Análise de Conteúdo, que teve como finalidade identificar “os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado” (Minayo, 2004, p. 209).

Nesse sentido, dividimos os procedimentos da Análise de Conteúdo, baseados em Bardin (2016), que lista três fases em uma pesquisa: *pré-análise*; *exploração do material* e; *tratamento dos resultados* obtidos, com interpretação e inferência dos mesmos.

Inicialmente, na fase da *pré-análise* foi realizada a organização do material da pesquisa, através de leitura exaustiva dos conteúdos coletados.

Este primeiro momento se caracterizou pelo contato do pesquisador com os conteúdos produzidos do material através das entrevistas que foram feitas no campo, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo (Minayo, 2004).

Bardin (2016) comenta que esta fase

corresponde a um período de intuições, mas tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise. (Bardin, 2016, p.125)

Cabe ressaltar que é importante, nesta fase, que o pesquisador esteja atento para um recorte do material empírico a ser analisado a partir de unidades de categorização que sejam relevantes para o objetivo de nosso estudo (Bardin, 2016).

Em seguida, na etapa da *exploração do material* produzido, as narrativas foram transformadas em unidades de registro, isto é, temas que indicaram os núcleos de sentido destas narrativas.

Esta fase, segundo Bardin (2016) “consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração”. No caso de nosso estudo foi realizada uma *seleção de unidades de significados* com o uso de frases, sentenças ou parágrafos que permitam a interpretação do texto transcrito.

Na última fase de *tratamento de resultados*, segundo essa autora, inicia-se a *construção de categorias* que permitiram *compreender melhor os sentidos e significados presentes nessas narrativas* e, extraíndo delas, respostas, reflexões e conclusões para nossa pesquisa.

Segundo Spink (2004, p. 79), as *categorias* podem ser entendidas como: “estratégias linguísticas delineadas para conversar, explicar, organizar e dar sentido ao mundo, cujas especificidades estão vinculadas ao contexto que as produzem”.

Neste sentido, foram listadas algumas *categorias preliminares* e os temas advindos por elas, as quais não devem ser confundidas com as *categorias interpretativas que depois emergiram do campo*, pois seu objetivo foi nortear nosso roteiro de entrevistas e permitir uma melhor aproximação ao problema colocado por nossa hipótese. São elas:

- *Concepções sobre Reforma Psiquiátrica Brasileira*: O que julga pretender e fundamentar a Reforma Psiquiátrica? Quais seus aspectos teóricos e de repercussão nas práticas dos residentes de psiquiatria?
- *Avaliação da formação*: Como o residente avalia a influência em sua formação de psiquiatra dos aspectos referentes à Reforma Psiquiátrica e

dos temas relevantes relacionados com os conteúdos teóricos produzidos por esta Reforma?

- *Apreciação crítica do modelo de atenção psiquiátrica*: Como avalia o cuidado em Psiquiatria proposto pela instituição?
- *Atitude frente à medicalização*: Como compreende o conceito de medicalização e suas implicações na formação do psiquiatra?

De posse de todo material de pesquisa, discutimos nossos resultados inicialmente com uma síntese dos cenários dos campos, dos programas de residência disponibilizados pelas instituições e descrição dos contatos com as pessoas que viabilizaram nossos encontros com os entrevistados.

Após esse primeiro momento, selecionamos algumas categorias, discutidas no item 6.2, *a partir das narrativas que emergiram do campo empírico*. Para isto, usamos a estratégia de incluir recortes das falas obtidas pelas entrevistas, que davam sentido e atendiam ao nosso objeto de estudo.

Na medida em que trazíamos os recortes das falas das narrativas colhidas e escolhidas como chaves interpretativas, estabelecíamos um constante diálogo com autores teóricos que contribuíssem para a compreensão da realidade estudada.

5. ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi aprovada no parecer número: 3.229.075 pelo Comitê de Ética da CAPPesq/HC da Faculdade de medicina da USP, instituição sede desse pesquisador, em cumprimento às normas exigidas pelo Conselho Nacional de Saúde em conformidade com a resolução número: 466/12.

Com relação às instituições coparticipantes, foram obtidos pareceres específicos de aprovação para cada comitê de ética destas instituições, que não foram divulgados aqui por questões de sigilo, no entanto, as documentações (entrevistas transcritas, os três pareceres das instituições coparticipantes, Anuência das instituições e gravações) estão de posse do pesquisador e disponível para consulta.

Cada aprovação dos pareceres obedeceu a critérios específicos referentes à exigência correspondente a cada campo pesquisado, lembrando que só foi possível a aprovação dos pareceres, após apresentação das cartas de anuência de cada instituição onde foram realizadas as pesquisas.

Os esclarecimentos sobre os objetivos do estudo foram assegurados aos entrevistados, respeitando os princípios éticos de sigilo e anonimato dos entrevistados e das instituições pesquisadas, como também foram prestadas as informações necessárias a respeito da realização da pesquisa e das questões investigadas.

Foi apresentada a cada participante um TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) (Anexo 3), devidamente aprovado pelo Comitê de Ética CAPPesq/HC, sendo que os detalhes relacionados às instituições, como contatos dos comitês, endereços das instituições pesquisadas e condições específicas exigidas por cada comitê

de ética das coparticipantes foram respeitadas, a partir das normas previstas por cada parecer de cada comitê de ética pelos quais esta pesquisa foi autorizada, obtendo a concordância e assinatura dos sujeitos entrevistados como condição para realização da entrevista.

Vale salientar a dificuldade encontrada pelo pesquisador desse estudo para aprovação da pesquisa por quatro comitês de ética diferentes, sendo um da Instituição proponente e três de instituições coparticipantes, pois apresentavam critérios diferentes para aprovação dos seus respectivos pareceres.

6. DISCUSSÃO E RESULTADOS

6.1 Entrando em campo: narrativas dos contatos com pessoas, cenários e programas das instituições nos bastidores das entrevistas

Neste momento construirei minha narrativa em primeira pessoa, pois, trata-se agora de expor observações anotadas no diário de campo desde as primeiras aproximações com as instituições onde foi realizada a construção do material empírico.

Cabe destacar que tive dificuldade no acesso à informação sistematizada sobre os conteúdos e grades curriculares dos Programas de Residência¹ credenciados pelo MEC, quer seja no Ministério da Saúde e nas instituições responsáveis.

O primeiro campo de que me aproximei foi de umas das Residências médicas vinculada à Universidade (U1).

O primeiro contato foi realizado com o coordenador/Preceptor dessa residência em umas das salas da instituição. Neste primeiro contato, senti que minha pesquisa foi bem aceita e tratamos de como seria a minha aproximação com os residentes.

Ficou acordado nesta reunião que mandaríamos o título da pesquisa e algumas outras breves informações para que os residentes aderissem voluntariamente ao estudo.

Nesse primeiro contato com coordenador foi marcado uma data para sua própria entrevista realizada em 07/05/2019 numa sala reservada pelo mesmo na própria instituição.

¹ Os Programas não serão citados nas referências, por conta do sigilo para os nomes das instituições pesquisadas.

Em reunião realizada com os residentes dentro das atividades já existentes nessa Universidade, o coordenador perguntou quem voluntariamente gostaria de participar da pesquisa.

Um dos residentes que aceitou, um R2, foi contactado pelo aplicativo WhatsApp, sendo a entrevista realizada em 13/06/2019, utilizando o Roteiro 1 (Anexo 1).

O segundo residente entrevistado, R1, também aceitou voluntariamente em conceder entrevista, a qual foi agendada por WhatsApp, e realizada em sala dessa instituição.

O terceiro residente interessado, R3 entrou em contato por e-mail, mas estava em estágio naquele momento fora da cidade onde está localizada a instituição, portanto sua entrevista só foi realizada depois da qualificação, sendo utilizado o roteiro para residentes já com as atualizações da qualificação.

O programa de residência médica do U1, segundo página na internet desse mesmo serviço, *“resulta de análise e implementação de melhorias a partir de diversas fontes”*, entre elas: *“experiência na prática de ensino/supervisão dos Residentes, análise das avaliações e devolutivas veiculadas por Residentes e Supervisores, diretrizes fomentadas pela Comissão Nacional de Residência Médica ligadas ao Ministério da educação e Comissão de Residência Médica”*.

No caso da residência dessa Universidade (U1), além das diversas análises de outros programas implementados em diversas Universidades de reconhecido mérito acadêmico, seu estudo foi baseado pela *“literatura voltada para questões de ensino médico voltados para área psiquiátrica”*.

Os objetivos estratégicos para essa Residência, citados no mesmo documento, referem como objetivos, para seu *primeiro ano*, a aquisição de: *“conhecimentos básicos*

para a formação em Psiquiatria com estágios na Enfermaria e Hospital Dia”, que conforme esse objetivo, o residente: “terá a oportunidade de reconhecer e diagnosticar as principais manifestações psicopatológicas, bem como estabelecer e conduzir o tratamento adequado.” E complementa que, nesse ano, o residente também acompanha pacientes “em nível ambulatorial e é iniciado nas disciplinas de psicoterapias”.

Em seguida, o documento informa os objetivos do *segundo ano*, no qual “o Residente pode optar por também estágios opcionais em assistência ou pesquisa.”

Em relação ao *terceiro ano*, o documento assinala que os residentes são direcionados para cuidar de enfermidades ligadas a especialidades da Psiquiatria como: “*psicogeriatría, psiquiatria da infância e adolescência e transtornos alimentares. Nesse ano, além dos estágios obrigatórios também é possível realizar estágios opcionais em pesquisas ou assistência.*”

A U1 faz parte de um complexo hospitalar de grande porte, na qual a maioria das atividades dos residentes são feitas dentro da própria instituição. Atividades de ambulatório, enfermaria, hospital-dia, Pronto-Socorro e interconsultas são as bases da maioria das práticas de toda residência como observado em documento fornecido pela coordenação da residência desse serviço, vigente em 2019.

As atividades didático-teóricas são divididas em basicamente três eixos: Psiquiatria Clínica, Psicopatologia e Entrevista Psiquiátrica.

Fica evidente, no documento, que a maioria das atividades ocorrem dentro do próprio ambiente hospitalar, e que o conhecimento da rede pública de saúde mental no território em que o hospital está localizado só é possível a partir do terceiro ano dessa residência, como modelo opcional destacado nesse mesmo documento.

A U1 fica localizada em bairro central da cidade, sendo seu hospital vinculado de forma bastante autônoma ao SUS, onde a comunicação com os serviços da rede de

saúde mental, como já apontado, se faz muito pouco presente no currículo dos residentes, sendo priorizadas as atividades tanto do núcleo didático-teórico como as de práticas dentro da instituição.

O segundo campo pesquisado foi uma das Residências Integradas à uma Secretaria Municipal de Saúde (SM1). O primeiro contato com o Coordenador/Preceptor foi por ligação telefônica e o segundo contato foi pessoalmente, em que nos conhecemos e construímos estratégias para se iniciar a pesquisa.

Foi combinado que as entrevistas fossem realizadas em ambiente não assistencial da Secretaria, em localização que favorecesse o deslocamento dos residentes, a partir dos vários campos de estágio distribuídos pela rede de saúde mental da cidade, em salas disponíveis nos dias agendados com os mesmos.

A escolha dos residentes foi feita da mesma forma descrita para o campo anterior. O contato entre o pesquisador e os residentes também foi feito por ligação telefônica e aplicativo WhatsApp, no qual eram combinados o dia e horário mais convenientes para os residentes.

Inicialmente foram entrevistados os residentes do segundo e terceiro ano em 26/09/2019, em outro dia o Coordenador e, por último, o residente do primeiro ano. Esta sequência de entrevistas se deu de acordo com a disponibilidade dos horários dos residentes e de seu coordenador. Os roteiros utilizados foram os indicados nos Anexos 1 e 2.

Podemos observar que a distância física entre o campo de práticas dos residentes e o local em que ocorre a maioria das aulas teóricas foi um aspecto a ser destacado logo de início pelos residentes, ou seja, a dificuldade do deslocamento entre os campos na rede pública.

O Programa da Residência está de acordo com a resolução da CNRM N° 02 /2006, de 17 de maio de 2006 (Brasil, 2006), que dispõe sobre os requisitos mínimos dos programas de residência médica no Brasil com duração de 3 anos.

No entanto, chama atenção no Programa publicado em sua página institucional na internet um aviso ao final da página, onde é dito que: *“O modelo de residência integrada prevê a formação de um psiquiatra que além da excelência técnica específica deverá também compreender o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial da Secretaria Municipal”*. Ressaltando o objetivo de formar médicos Psiquiatras para a *“Rede de Atenção Psicossocial da Rede pública do SUS”*.

O fato de priorizar, no seu objetivo geral, a Rede Psicossocial Pública, é possível apontar uma diferença entre a relação das residências com as atividades mais centralizadas em ambiente hospitalar, como no caso do campo descrito anteriormente.

Em seguida, o Programa ressalta que suas atividades práticas são desenvolvidas majoritariamente no primeiro ano em bairros periféricos da cidade. E, no segundo e terceiro anos de residência as atividades práticas são desenvolvidas majoritariamente em região mais central. Em um terceiro local, também mais central, são realizadas as atividades teóricas, de pesquisa e supervisão em psicoterapia.

Na apresentação das Residências médicas vinculadas a essa instituição, descrita em seu site, destaca-se a intenção de um modelo integrado em que: *“além da formação técnica especializada na área médica, é proporcionar também o desenvolvimento de competências relacionadas aos fluxos da Rede Municipal de Saúde que integra os diferentes níveis de atenção: integralidade do cuidado, protocolos da SMS e suas linhas de cuidados, regionalização e necessidades sanitárias da população.”*

Nota-se a importância de um modelo que extrapola um ambiente estritamente hospitalar e aponta para uma formação mais descentralizada na rede municipal pública,

o que está em acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica, ainda que nos documentos do programa (2019) não se observa referência explícita à Reforma Psiquiátrica Brasileira, e tampouco a Lei n. 10.216 de 2001 (Brasil, 2001).

No entanto, no contato com o coordenador dessa residência, foi explicitado que nas aulas teóricas e no contexto da prática na Rede, a questão da importância da RPB é sempre enfatizada, inclusive do seu ponto de vista histórico.

Em seguida, será descrito o campo de pesquisa vinculado à Universidade (U2). Diferentemente dos campos empíricos anteriores, os contatos com o Coordenador/Preceptor da Residência foram feitos à distância, por WhatsApp. Somente no dia em que iniciei as entrevistas decampo foi possível conhecê-lo pessoalmente.

O Coordenador/Preceptor ficou encarregado de discutir com os residentes e verificar quem teria interesse e estaria disposto voluntariamente a participar da pesquisa durante as atividades regulares dessa Residência. Os dados do Projeto dessa pesquisa foram fornecidos aos residentes, assim como dos campos empíricos anteriores.

Foi combinado com o Coordenador da residência, dia e horário por WhatsApp para realização das entrevistas com os residentes, inclusive com ele. As três entrevistas com os residentes e a entrevista com o Coordenador foram realizadas em um mesmo dia (manhã e tarde) na data de 01/08/2019 sendo que antes das entrevistas foram visitadas as instalações do serviço pelo pesquisador.

Nesta instituição foram utilizados os mesmos Roteiros (Anexos 1 e 2) dos campos anteriores e, foi possível entrevistar um residente de cada ano de formação, sendo as entrevistas realizadas na mesma sala, que foi reservada pelo Coordenador dessa residência para esse fim.

Trata-se de um serviço localizado em bairro central da cidade, possui atendimento ambulatorial e internação especializada, que, de acordo com o documento

do site dessa instituição: *“conforme acordo da Programação Pactuada Integrada Intermunicipal firmadas pelas instâncias gestoras respectivas, considerando o contexto de necessidades macro-regionais”*.

Conforme os documentos disponíveis, o programa dessa Residência se originou de um antigo Curso de Formação de Especialista em Psiquiatria dessa instituição, destacando que as atividades dessa residência: *“são realizadas em três níveis: Assistência a pacientes de diferentes complexidades e em diferentes ambientes de cuidado; Aprendizado teórico através de aulas e seminários; Atividades de pesquisa científica.”* Não há descrição de atividades específicas para R1, R2 e R3 nesse documento.

Cabe evidenciar que, nesse Programa, a ênfase na atuação do residente como membro de uma equipe multiprofissional em saúde mental, como escrito em um dos itens, a saber: *“Nosso programa também se destaca no treinamento do médico psiquiatra como membro atuante de equipes multiprofissionais em saúde mental, em espaços de prática diversificados.”*

Apesar do documento referir que está em sintonia com as “prerrogativas constitucionais do “SUS”, em momento algum cita a Reforma Psiquiátrica Brasileira como sua referência teórico-prática.

O Programa da Residência também ocorre de acordo com a Resolução da CNRM N° 02 /2006, de 17 de maio de 2006 (Brasil, 2006), que dispõe sobre requisitos mínimos dos programas de residência médica no Brasil com duração de 3 anos.

Por fim, o último campo descrito é o da Residência Integrada a outra Secretaria Municipal de Saúde (SM2), com semelhanças de estrutura em relação à residência integrada descrita anteriormente (SM1), apresentando campos de formação prática distribuídas na rede pública de saúde mental do SUS dessa cidade.

Em 18 de outubro de 2019 foi realizado o primeiro contato com a coordenação da residência por WhatsApp, a qual prontamente se colocou à disposição para contribuir com a pesquisa. Desse modo, foi enviado o título da pesquisa e informações gerais sobre o trabalho, em semelhança da descrição feita para os campos empíricos anteriores.

Em reunião realizada com os residentes dentro das atividades regulares, foram escolhidos os residentes participantes de forma voluntária, que teria interesse em participar desse estudo.

No dia 24/10/2019, iniciei a pesquisa desse campo, tendo nessa mesma ocasião visitado as instalações da instituição. Embora a coordenação da Residência esteja sediada nessa instituição, e o curso teórico e o restante da parte didático-pedagógica sejam ministrados também na mesma, o treinamento em serviço é realizado em toda a rede do Município.

Chama a atenção, em visita às instalações da instituição, o fato dessa sede estar localizada em um antigo hospital psiquiátrico com pronto-socorro e enfermaria apenas de psiquiatria, o que supostamente dificulta a integração com espaços mais gerais de saúde, por não ser um hospital geral e as intercorrências clínicas de urgências mais graves terem que ser avaliadas em outro Pronto-socorro geral, o que implica em risco ao usuário em seu deslocamento. Além disso, numa rede integrada ideal, de acordo com os princípios da RPB, o Pronto-socorro, sala de observação e enfermaria de psiquiatria deveriam estar instaladas em um hospital geral integrado à rede de atenção psicossocial, no qual o hospital psiquiátrico deveria ser o último recurso como retaguarda, caso não houvesse vaga no hospital geral.

As entrevistas foram realizadas no centro de estudos dessa instituição, em sala previamente reservada para sua realização, no período da manhã e da tarde e no mesmo dia. Houve a participação de um residente de cada ano e do coordenador/preceptor da

residência e os roteiros utilizados foram os mesmos das entrevistas anteriores, anexados ao final do trabalho como Anexos 1 e 2.

A residência médica em psiquiatria desse campo pesquisado está vinculado ao centro de estudos dessa instituição. Esse centro é também uma das entidades federadas da Associação Brasileira de Psiquiatria e o Programa se norteia pelos requisitos mínimos da Resolução da CNRM N° 02 /2006, de 17 de maio de 2006 (Brasil, 2006).

No projeto pedagógico fornecido pela coordenação da residência estão presentes várias parcerias com Ministério da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde e outra Universidade local, entre outros centros formadores localizados nessa cidade.

Essa instituição está constituída por uma Residência multiprofissional em saúde mental que realiza várias atividades práticas e teóricas em conjunto com a Residência em psiquiatria. Essa parceria entre as duas residências é descrita pela maioria dos residentes entrevistados nesse campo como enriquecedora para troca de saberes e fundamental para embasar a prática interdisciplinar.

Cabe ressaltar duas disciplinas do Programa fornecido, uma referente ao campo psicossocial, no qual é destacado o estudo da rede de atenção psicossocial e o movimento da luta antimanicomial; e outra referente ao tema da atenção básica, que destaca como objetivo *“oferecer ferramentas para o trabalho de saúde mental na atenção primária em saúde”*, desafio histórico importante nas políticas da RPB.

No projeto pedagógico que nos foi passado, as instalações físicas para o treinamento dos residentes concentram-se basicamente em três territórios de saúde na cidade com Unidades de Internação e Unidades Extra-Hospitalares espalhadas nesses territórios, com atividades ambulatoriais, em Centros de Atenção Psicossocial e Prontos-Socorros.

6.2. A Prática do Cuidado na Formação do Residente em Psiquiatria

A prática do cuidado em psiquiatria tem sido bastante focada pelo médico psiquiatra, principalmente em tratamentos que funcionam através de ferramentas estritamente biológicas como, por exemplo, a prescrição de psicotrópicos e da eletroconvulsoterapia.

A RPB (Reforma Psiquiátrica Brasileira) acelerou o processo de desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos, constituindo-se de serviços que devam funcionar em rede, de acordo com o conceito de integralidade do SUS, distanciando-se do modelo asilar psiquiátrico. Após a criação de novos serviços de saúde mental, orientados pela RBP, o cuidado psiquiátrico se diversificou com várias outras práticas, que em sua maioria tem intervenção interdisciplinar, ou seja, práticas em parceria com a equipe multiprofissional desses serviços, quebrando o isolamento causado pelo modelo médico centrado.

O tema relacionado ao cuidado, citado no método do nosso estudo, nas categorias preliminares, a saber: “Apreciação crítica do modelo de atenção psiquiátrica”, foi inspiradora para um dos focos de nossas entrevistas, portanto escolhemos este tema como nossa primeira categoria interpretativa, a partir de nossa pesquisa de campo.

Vários residentes e preceptores comentaram sobre um “cuidado de forma abrangente”, “ampliado”, aproximando-se da concepção de cuidado descrita pelos autores que defendem um processo de ressignificação do conceito de cuidado em psiquiatria na RPB.

Neste sentido, algumas das falas dos residentes participantes de nosso estudo sobre o conceito de cuidado foram destacadas a seguir:

“[...] É essa forma integral, interdisciplinar que acho que é um cuidado, pra chegar num projeto de cada pessoa, sempre visando sua autonomia do cuidado da pessoa que tá ali na sociedade, inserida na vida da comunidade, né? (Pedro, R3, SM2)

“...E ai eu acho que a Reforma é um pouco isso, de você abrir, ampliar o cuidado. Assim como a saúde mental virou uma coisa mais ampla do que a psiquiatria, acho que a reforma teve um pouco também, de ampliar o cuidado além de só a internação e medicação, né? (Rosa, R2, U2)

Como também de Preceptores:

“...Então isso é cuidar em saúde mental: é quando a gente tem acesso não apenas ao que é dito como sintoma “tô deprimido, tô ansioso, tô sei lá, mas quando você acessa todos os fatores que tão contextualizando aquele sintoma. Pra mim, cuidar em saúde mental é contexto. Não existe pra mim um cuidado focado no sintoma...” (Antonieta, Precep., SM2)

“Eu acho que chamou mais atenção a clínica pra que se pense não exclusivamente em fazer diagnóstico e entubar remédio, mas que se pense objetivamente em ciências e áreas auxiliares, em abordagem multidisciplinar...”. (Eugenio, Precep., SM1)

Observamos nas narrativas uma visão que se aproxima de nossa discussão sobre um cuidado como uma boa prática baseada no princípio de integralidade do SUS em saúde mental. Alguns autores denominam esse tipo de cuidado como “Cuidado Integral”, tema já discutido na nossa introdução.

Ademais, nota-se que é mencionado um cuidado referente questões de promoção e prevenção em saúde, bem como uma preocupação com um bom vínculo na relação médico-paciente, como nas narrativas abaixo destacadas dos residentes:

“...A gente tem que ser criativo às vezes! Não é só medicar, não acredito que é só medicação que ajude, mas acho que vínculo ajuda muito também”. (Jaqueline, R1, SM2)

“...vamos convencer o paciente dar chance pra essas terapias alternativas, preventivas, então durante a semana vamos fazer uma meditação, a gente faz terapia bioenergética, vê como ele se sente, vê se diminui um pouco a ansiedade ao fazer práticas de respiração...”. (Helena, R3, SM1)

Isso também fica presente na fala de alguns dos preceptores:

“...Eu acho que o foco maior tem que ser dado à promoção de saúde, à prevenção de saúde mental e outras estratégias aí que possam auxiliar no cuidado de saúde mental. Eu acho que o foco tem que ser a gente discutir mais esses outros recursos que muitas vezes o próprio paciente às vezes não tem conhecimento, né? Então, por exemplo, da importância da psicoterapia, de linhas da psicoterapia ou linha de psicoterapia mais adequada, de participação de grupo, de atividades de grupo, prática de atividade física, uma alimentação saudável, práticas meditativas. Eu acho que tudo isso é algo que precisa ser mais conversado, precisa ser mais falado...”. (Arlindo, Precep, SM1)

“... Então necessariamente o cuidado de saúde, numa perspectiva mental, ele vai passar não só por critérios de natureza do modelo médico, mas também por uma apreensão antropológica, sociológica, política, ideológica, sobre uma série de aspectos, né? Então essa é uma consideração que eu acho importante a gente tratar...”. (Eugênio, Precep., U1)

Esta noção de integralidade no cuidado tem sido objeto de pesquisa dentro do campo da Saúde Coletiva. Uma das bases da discussão sobre integralidade vem do conceito de vida ou nos modos de “andar a vida” sugeridos por Canguilhem (2006).

Como referenciado em nossa introdução, Canguilhem (2006), a partir do conceito de normatividade, ao discutir as fronteiras entre o normal e o patológico na medicina, considera que aspectos ligados aos “modos de viver” do paciente e sua relação de adaptação ao meio, para além de aspectos do funcionamento do seu organismo, são importantes para a discussão dessa frágil fronteira. Em relação a isso esse autor assinala

Para julgar o normal e o patológico não se deve limitar a vida humana à vida vegetativa. Em última análise, podemos viver, a rigor, com muitas malformações ou afecções, mas nada podemos fazer de nossa vida, assim limitada, ou melhor, podemos sempre fazer alguma coisa, e é nesse sentido que qualquer estado do organismo, se for uma adaptação a circunstâncias impostas, acaba sendo, no fundo normal, enquanto for compatível com a vida. (Canguilhem, p.151,2006)

Nessa mesma direção, ou seja, da importância de se pensar o adoecimento através de como cada sujeito estabelece de forma singular sua relação com a vida, produzindo sua própria normatividade, uma de nossas residentes entrevistadas comenta:

“...Com certeza esse aspecto de cotidiano, de entender a vivência do paciente, porque cada vivência é muito singular, então se a gente não tentar empatizar pela vida do paciente, a gente não vai entender o contexto inteiro do seu adoecimento”.
(Gabriela, R1, SM1)

Baseados em Canguilhem, na revista do CEBES número 1, Anamaria Arouca e Sérgio Arouca (1976), apresentam proposições no artigo: “Medicina de Comunidade: implicações de uma teoria”, e propõem em relação à *educação em saúde*:

“Assumir a dupla face dos acontecimentos de saúde, segundo a ciência e a experiência dos sujeitos concretos dos conceitos, e, portanto, planejar a educação nesta articulação dialética que define as possibilidades e a crítica do conhecimento científico existente e o lugar e a importância da experiência vivida. Ou seja, que o estudante, como paciente, possa participar da dupla face dos acontecimentos da saúde”. (Arouca e Tambellini, p.23, 1976)

Esses teóricos, ainda amparados pelas concepções de Canguilhem, afirmam que

Libertar o homem em sua “experiência”, o que significa fornecer-lhes os meios para compreender e controlar o seu “modo de andar e vida” e, portanto, libertar o conhecimento sobre esta experiência que se encontra profissionalmente monopolizada” (Arouca e Tambellini, p.23, 1976).

Nesse sentido, observamos algumas falas dos residentes semelhantes a um tipo de cuidado que produz novas subjetividades pela mudança a um novo “modo de andar a vida”, é possível destacar no depoimento de um residente quando perguntado sobre as experiências nos serviços da RAPS e nos cuidados com práticas não medicamentosas:

“...Eu acho que permite mais refletir sobre aquela dor, refletir um pouco mais sobre aquelas experiências que passaram, ou que está gerando toda essa ansiedade, todo esse sintoma, e ver o que pode fazer com isso, sem ter a necessidade de medicação”. (Helena, R 3, SMI)

E ainda, algumas narrativas colhidas sobre a definição de cuidado em saúde mental, como na fala da residente Gabriela:

“O cuidado em saúde mental é tanto preventivo, quanto curativo. A gente tem que abordar não o paciente em si, mas a pessoa, e entender todo o contexto de vida dela, que influencia no processo de adoecimento...” (Gabriela, R1, SMI)

Como podemos observar, de alguma forma, mesmo sem muita base epistemológica na discussão dos vários modos de cuidar, os residentes apostam nas práticas de promoção e prevenção de saúde, realizadas pelos serviços que não centram sua terapêutica tão somente na ideia de “cura” (pelo desaparecimento de sintomas dos transtornos mentais); mas, sobretudo, em cuidados que possam influenciar positivamente o contexto do “andar a vida”, ou seja, considerar a história de vida e da vida concreta dos sujeitos como base de seu adoecimento.

Neste contexto, o cuidado extrapola uma prática baseada apenas num saber estritamente científico, de técnicas universais do chamado “conjunto das tecnociências da saúde”, entretanto pode compor um “jogo de diálogo” entre os desejos e os modos de viver do paciente (seus projetos, sua cultura e suas escolhas) e as tecnologias propondo

como finalidade algo que faça sentido para o paciente, como coloca Ayres (2004) comentando a importância do cuidado nas práticas em saúde

O desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo, de exercício de uma sabedoria prática para a saúde, apoiados na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a ação em saúde. Mais que tratar de um objeto, a intervenção técnica se articula verdadeiramente com um Cuidar quando o sentido da intervenção passa a ser não apenas o alcance de um estado de saúde visado de antemão, nem somente a aplicação mecânica das tecnologias disponíveis para alcançar este estado, mas o exame da relação entre finalidades e meios, e seu sentido prático para o paciente, conforme um diálogo o mais simétrico possível entre profissional e paciente (Ayres 2004, p.86)

No campo da saúde mental, principalmente nos serviços que compõem a chamada RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), destacam-se as “oficinas terapêuticas”, sejam elas no campo do trabalho e economia solidária, sejam elas ligadas à arte ou a práticas esportivas, essas colaboram para a inclusão social, a partir da identificação com alguns dos saberes produzidos nessas oficinas, e que trazem novos significados para vida dos seus usuários.

Desse modo, pode-se perceber que essas práticas estão presentes na maioria dos serviços abertos formulados no campo da RPB, como, por exemplo: CAPS, Centro de Convivência; e, também, nos recentes Pontos de Economia Solidária e Cultura, (que possa existir em alguma rede de saúde mental no Brasil).

Pode-se afirmar que essas práticas são o exemplo de um cuidado que ultrapassa as técnicas convencionais baseadas nas tecnociências médicas, e podem combinar-se a elas na elaboração dos Projetos de Vida ou, o chamado: Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Um PTS caminha juntamente com a integralidade do cuidado e com a habilidade criativa de um profissional e/ou equipe interdisciplinar que o elabora, a partir das

possibilidades e potencialidades do sujeito, além de ser construído com sua participação ativa.

O Projeto Terapêutico Singular, associado ao novo paradigma do campo da saúde mental orientado pela RPB, propõe uma nova forma de ver o cuidado em saúde e produção de novas subjetividades, além de práticas intersetoriais na comunidade em que o paciente circula. Pode-se constatar que são projetos não apenas de tratamento da doença, mas Projetos que dialoga com a singularidade dos sujeitos usuários.

De acordo com Roberto Tykanori (Apud Fátima Büchele & Magda Dimenstein, 2014) o PTS não é uma resposta apenas ao diagnóstico, mas sobretudo a uma maior complexidade relacionada a aspectos da subjetividade dos sujeitos em tratamento psiquiátrico

não trabalhamos mais com um cardápio de soluções padronizadas, em que os mesmos procedimentos e ações são indicados para as pessoas sob o mesmo diagnóstico. Pelo contrário, porque o adoecimento está relacionado a uma série de fatores combinados de um certo modo na vida de cada pessoa, exigindo uma resposta igualmente complexa e diversificada de cuidado.

Podemos constatar pelas falas dos residentes, que as oficinas terapêuticas aparecem com certo estranhamento. Por um lado, elas não fazem parte de uma prática estritamente médica, no entanto, afirmam que podem trazer novas possibilidades de encontro em um “setting terapêutico”, diferentemente das salas fechadas dos ambulatórios médicos mais convencionais da rede de saúde. Em relação a isso, as residentes narram suas experiências em oficinas:

“...É que eu acho que é inerente do atendimento, mais um papel de acolher, a parte também de um atendimento mais voltado pra psicoterapia, intervenções que seriam mais integrativas pra você entender o paciente em outras situações, não só no consultório. Então... O paciente é muito diferente numa oficina de culinária do que dentro do seu consultório; ele é muito diferente num grupo de caminhada, às vezes ele comenta coisas,

tem comportamentos completamente diferentes do que num lugar mais restrito, que seria o consultório, e isso fica muito evidente. Assim, às vezes uma intervenção ou alguma fala que você tem fora desse ambiente mais restrito de atendimento médico tenha um impacto muito grande no seu vínculo com o paciente, às vezes até no tratamento também”.
(Penha, R2, SM1)

“...Aqui, por exemplo, que era um espaço que tinha diversas oficinas, então eu em vários momentos do dia, eu conseguia descer com o paciente, aí tinha oficina de música, tinha oficina de desenho... Cada dia tinha uma oficina específica, né? E eu senti, eu sinto falta disso aqui. Assim, até tem uma oficina que funciona alguns dias, de desenho, mas não é a mesma coisa de sair de uma enfermaria, ir pra um outro espaço, com arte dos pacientes... né? (Jaqueline, R1, SM1)

Como podemos observar, os espaços das oficinas nos serviços de saúde mental podem enriquecer a formação dos psiquiatras, de forma a construir um conceito de cuidado ampliado em saúde a partir de práticas que ressignifiquem a clínica e possa colaborar para novos “modos de viver a vida” dos usuários nesses serviços.

Assim, podemos verificar que as oficinas são uma prática que colaboram na interação dos princípios da RPB e na formação na rede de atenção psicossocial.

Comentando sobre essas novas práticas de saúde, Madel Luz (2001 p.27) corrobora a respeito de sua importância, ditas por muitos como “alternativas”

A universalidade atual do paradigma ou utopia da saúde pode ser constatada não apenas na quantidade e na diversidade das atividades e práticas atualmente designadas como de “saúde”, mas, sobretudo, na tendência a ressignificar atividades sociais vistas na cultura como atividades lúdicas de jogo ou lazer, esporte, dança, o namoro, as relações sexuais, o alimentar-se, o dormir, o caminhar, o trabalhar, tudo pode ser visto como prática em saúde.

Importante destacar nessa direção que esse tipo de cuidado, apontado como uma ruptura em relação a uma linha mais conservadora, que se caracteriza numa visão em

que associa os portadores de transtorno mental ou sofrimento psíquico grave à periculosidade e à incapacidade; justificando, a partir dessas premissas, a necessidade de afastar esses sujeitos do meio em que vivem na sociedade e de possibilidades de inserção através do trabalho, do lazer e da arte.

Uma premissa básica da RPB, o “Cuidar em liberdade” retoma uma discussão importante no campo do cuidado, que é a autonomia dos sujeitos e a possibilidade de os profissionais da saúde mental terem uma atitude terapêutica como mediadores ou “agenciadores do cuidado”. Sobre isto, Alves e Guljor (2004, p. 229) comentam que: “O agenciador tem como pressuposto básico a tomada de responsabilidade e, como consequência, constitui-se como mediador das relações daquele com mundo”.

Esses teóricos ao discutir especificamente o cuidado em saúde mental, também admitem o “Cuidado em liberdade”, respeitando a autonomia e o conjunto de fatores do seu “andar a vida”, como apontam na seguinte colocação:

“Ao lançar mão do conceito de liberdade, imediatamente nos reportamos ao respeito às diferenças e esse cuidado implica investir na capacidade do sujeito para operar suas próprias escolhas, seu potencial de estabelecer suas próprias normatizações pautadas em sua história e de forma singularizada.” (Alves e Guljor, p.227)

Observamos que os serviços abertos podem ser considerados um desafio, tanto para os usuários como para os médicos e demais profissionais de saúde mental. Cuidar em liberdade significa a possibilidade de o usuário circular com limitações trazidas pelo seu sofrimento, e isto, por vezes, causa estranhamento na população ou na comunidade em que circula.

Diante deste cenário, a função de “agenciador de cuidado” por parte de todos os profissionais de saúde mental, inclusive dos residentes em formação, em especial, no território de circulação ou moradia do usuário, seja através de visitas domiciliares, seja

por passeios, oficinas e outras ações em pontos estratégicos no território, parecem favorecer um tipo de cuidado mais inclusivo assimilado com a motivação por parte dos residentes, verificado nos comentários da residente Penha:

“Então a gente consegue ver o paciente em vários momentos do tratamento, desde o que tá em remissão na UBS ou que saiu de uma internação e está no CAPS. Isso faz enxergar várias formas de ver o cuidado, né?” (Penha, R2, SM1)

De acordo com Pinheiros e Mattos (2004), o cuidado não é baseado em verdades de cunho totalizante e definitivo, e não só se traduz por identificação de problemas na rede de saúde, mas *em construção de soluções e respostas que buscam um ato de cuidar, cuidar de si, do outro e de nós.*

Sobre este aspecto do “cuidado de si”, as contribuições de Foucault (2006) são relevantes na perspectiva de estudar a relação do sujeito com a verdade ou acesso deste à verdade, diante de um processo histórico.

Ademais, o estudo do “cuidado de si” feito por Foucault (2006) emerge uma outra reflexão muito comum no campo da RPB, que é a discussão da autonomia dos sujeitos na modernidade e de como cuidar de um sujeito sem cair em técnicas de dominação, as quais, tutelam seu cuidado e não proporcionam um sentido de autonomia, a partir de uma verdade do discurso do próprio sujeito.

Ainda, respondendo sobre o conceito de cuidado em saúde mental, o residente Pedro, reflete sobre a relação do cuidado e a autonomia do paciente:

“...eu acho que passa um pouco até por aquilo que eu falei da questão de como deve ser almejado esse cuidado, né? Eu acho que é justamente essa coisa da busca pela autonomia, né? Da busca pela individualidade de cada sujeito...” (Pedro, R3, SM2)

Em relação a alguns serviços implantados pelas Portarias referentes à RPB, como é o caso das residências terapêuticas, citadas por alguns residentes entrevistados em nossa pesquisa, existe uma percepção de que esses serviços extra-hospitalares têm proporcionado maior autonomia aos usuários, como se observa no depoimento da residente Gabriela:

“Uma residência terapêutica fornece um cuidado integral de saúde mental: a medicação, a autonomia do paciente crônico. Eu acho o sistema de residência terapêutica incrível!...Numa residência terapêutica eu não vejo o paciente como institucionalizado, ele tem a sua autonomia, ele tem momentos de lazer, ele tem momentos de tratamento e a gente consegue manejar mais de perto um paciente que precise de um cuidado integral, sabe?”(Gabriela, R1, SM1)

Parece que existe uma empolgação por parte dos residentes, principalmente dos que estavam vinculados às Residências integradas em rede com o trabalho nos serviços abertos da RAPS, como se pode constatar no comentário da residente Jaqueline sobre sua passagem pelo CAPS:

“...eu gosto muito de trabalhar por conta dessa experiência da rede, né? Disso, porque o paciente não é pra ele ficar com a gente, mas pra ele ficar no território com a clínica de família, CAPS, etc... (Jaqueline, R1, SM2).

O cuidado em Rede do SUS, em serviços abertos com forte influência das diretrizes políticas implantadas pela RPB tem provocado formas inovadoras de lidar com usuário e na relação entre os próprios profissionais dos serviços. (Emerich F, Onocko-Campos R, 2019)

Nesse novo cenário, é importante considerar que o processo formativo surgirá da constante tensão entre as estratégias de cuidado, escopo teórico e possibilidades de transformação dos serviços. (Emerich F, Onocko-Campos R, 2019)

A partir disso, os residentes psiquiatras, diante dos serviços abertos, tentam transformar e criarem formas novas de cuidado nas instituições e estas também os transformam com seus novos desafios, assim como afirma Emerich F, e Onocko-Campos R. (2019, p.12)

“Apostamos que a formação deve-se dar para o SUS e pelo SUS, tendo nos equipamentos de saúde o mais fértil terreno para o aprendizado e experimentação das práticas, a partir das reais demandas e desafios que se colocam no encontro com os usuários e com os territórios. Ao mesmo tempo em que os sujeitos transformam os serviços nos quais se formam, por meio de críticas e das necessárias proposições e invenções de modos de lidar com os problemas, por eles são transformados.”

A discussão do cuidado dentro das várias práticas psiquiátricas na RPB, obtidas a partir das entrevistas desse estudo com residentes e preceptores, aproximam-se de novos modos de cuidado, e não permanecem restritos ao modelo biomédico e as tecnociências médicas; e, sim buscam corroborar com uma visão do chamado “cuidado integral” (discutido na introdução desse trabalho), a partir de um cuidado em serviços abertos e articulados com atividades do território desses serviços, baseado na singularidade e nos modos de “andar a vida” dos sujeitos usuários de saúde mental do SUS, como afirma o residente Pedro quando perguntado sobre a relação da RPB com sua prática psiquiátrica na residência:

“Eu tive uma experiência, por exemplo, ano passado, num dos CAPS que eu rodei, que era um território onde tem uma biblioteca, onde tem uma pista de skate, onde tem uma Clínica da Família com uma academia. Então assim, um território que tinha muita coisa, e mais a praça, por exemplo. Tinha lugar pra fazer caminhada, lugar com música, com instrumento, com campo de futebol – tudo no mesmo espaço. Então, assim, conseguia... Esse CAPS, por exemplo, ele conseguiu fazer um trabalho todo articulado com o território, então os usuários tavam sempre indo nessas atividades – biblioteca, em música, e

os que jogavam bola. Então assim, muito bem articulado, mas porque tinha essa possibilidade....” (Pedro, R3, SM2)

Além do mais, vale destacar que, dentro de um cuidado em rede, a ferramenta do matriciamento (Campos e Domitti, 2007) que, apesar de pouco citada pelos residentes, vem sendo importante no cuidado em rede operado pelos profissionais de saúde mental.

Apesar de alguns residentes citarem trabalhos conjunto com a ESF (estratégia de saúde da família), ou mesmo com o NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família), esta ferramenta é pouco associada aos trabalhos com estas equipes.

Para esclarecimento, o matriciamento apresenta, como uma de suas perspectivas, a formação dos profissionais; portanto, é de se lamentar que esta ferramenta não se desponta relevante para ser utilizada como uma estratégia de formação do médico psiquiatra.

No entanto, nas poucas vezes que o matriciamento é citado, ele vem associado a possibilidade de os residentes terem uma experiência na atenção básica:

Eu acho também que eu vou sair daqui com uma formação que eu vou realmente saber onde é que eu estou pisando na psiquiatria no SUS, né? Assim, que eu acho que é um grande desafio a psiquiatria no SUS, né? Assim, eu me sinto por exemplo por estar no núcleo do NASF na UBS, porque eu já participei de matriciamento. (Penha, R2. SM1)

6.3 O segredo das Pílulas Mágicas: A quem interessa o conflito de interesses na medicalização?

A medicalização é hoje um dos temas mais abordados pelos teóricos envolvidos na RPB. Não apenas pelo uso abusivo dos medicamentos psicotrópicos no mundo

inteiro, mas também pela observação das relações de poder que se estabelece na relação médico-paciente.

Em nosso método, a categoria preliminar: “Atitude frente à medicalização” foi importante fonte de informações em nosso roteiro de entrevista. É fato que a maioria das respostas dos residentes associava esse tema ao uso abusivo de psicotrópicos, como na fala de Rosa, quando respondeu sobre a medicalização na sua prática médica:

“...Acham que o médico que resolve, o remédio que resolve... às vezes é falta de conhecimento, às vezes é buscando uma pílula mágica, que a gente sabe que não existe, né?...” (Rosa, R2, U2)

Podemos observar que o modelo médico-centrado é evidenciado criticamente na no depoimento acima, e isso pode ser verificado na história da medicina, que diz respeito à extensão de uma normatividade médica em questões que não são necessariamente associadas à doença.

O processo de medicalização, em conformidade com Foucault (2012), apresenta-se na passagem do século XVIII para o século XIX, com a transformação de uma medicina de características mais individualizadoras para uma forma denominada de medicina social pelo teórico

Esse autor reconstituiu historicamente três caminhos do desenvolvimento da medicina social, com cronologia e acentos particulares em diversas partes da Europa, no entanto expressando um mesmo processo, que vai se fundindo e influenciando mutuamente.

Na Alemanha no século XVIII surge uma “Polícia Médica”, que, segundo Foucault (2012, p. 150), caracteriza-se por uma: “organização do saber médico estatal, a normalização da profissão médica, a subordinação dos médicos a administração central

e, finalmente a integração de vários médicos em uma organização estatal”. Para Foucault era o início do fenômeno histórico da “*Medicina de Estado*”.

Na França, no final do século XVIII, surge uma “medicina social” que, diferentemente da Alemanha, tem seu foco na urbanização e sanitização das grandes cidades com “mecanismos de regulação homogêneos e coerentes” (Foucault, 2012, p.153).

Na tentativa de controlar o avanço e a propagação das doenças propuseram ao esquema drástico de uma “Policia Médica” baseado no isolamento e na exclusão, em uma forma nova de quarentena, a qual já era usada na Idade Média, atualizada em um modelo de ‘*vigilância dos indivíduos*’ em suas casas, diferentemente da quarentena por “*exílio*”, como no isolamento dos leprosos no exterior das cidades. Na quarentena do século XVIII, conforme Foucault (2012)

O poder político da medicina consiste distribuir os indivíduos uns ao lado dos outros, isolá-los, individualiza-los, vigiá-los um a um, constatar o estado de saúde de cada um, ver se está vivo ou morto e fixar, assim, a sociedade em um espaço esquadrihado, dividido, inspecionado, percorrido por um olhar permanente e controlado por um registro, tanto quanto possível completo, de todos os fenômenos

O modelo francês inaugura uma higiene pública de controle sobre o meio, basicamente sobre a circulação da água e do ar, mas também, sobre os corpos dos indivíduos, a chamada “*medicina urbana*”, que segundo Foucault (2012), marca a medicalização do espaço urbano.

O terceiro movimento histórico da medicalização através de uma medicina social identificado por Foucault (2012) foi dada pela chamada “*medicina dos pobres*” na Inglaterra.

Importante considerar que nesse país, já no século XIX o rápido desenvolvimento do capitalismo industrial e, por consequência de um numeroso

proletariado, levou a uma assistência em saúde controlada pela intervenção médica aos mais pobres, a qual vinha acompanhada de um discurso de “satisfazer as necessidades de saúde” da população por parte do estado inglês, ao tempo em que assegurava a proteção das classes ricas pelo “cordão sanitário que era estendido no interior das cidades entre ricos e pobres” (Foucault, 2012, p.167)

Nesse contexto, Foucault (2012) assinala que a “Medicina dos Pobres”, por um lado dá possibilidade aos pobres de acesso a cuidados de modo gratuito ou sem grandes despesas e, por outro, garante aos ricos não serem vítimas de fenômenos epidêmicos provenientes do meio sanitário mais insalubre das classes pobres.

Desse modo, para esse teórico, a Medicina Social Inglesa foi das três anteriores a que mais prosperou enquanto ideia de medicina às populações, e sua medicalização foi dada por “um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosa às classes mais ricas” (Foucault, 2012, p.169).

Assim, esse autor, caracteriza a medicina por três sistemas superpostos e coexistentes, a saber:

Uma medicina assistencial destinada aos mais pobres, uma medicina administrativa encarregada de problemas gerais como: a vacinação, as epidemias, etc..., e uma medicina privada que beneficiava quem tinha meios para pagá-la. (Foucault, 2012, p.170)

Portanto, a utilização da medicina como dispositivo técnico e jurídico, através do poder de polícia dada pelos estados nacionais bastante fortalecidos por uma burguesia em ascensão na passagem do século XVIII para o XIX, leva a uma medicalização de forma ampla, com a regulação e normalização de comportamentos da sociedade, através das intervenções médicas preventivas e assistenciais.

O processo de medicalização descrito historicamente por Foucault nesses três exemplos anteriores, a partir da análise do texto “O nascimento da medicina social”

(Foucault, 2012), é um conceito central para o entendimento de uma nova tecnologia de exercício de poder que este autor chamou de “Biopolítica” (Foucault, 2005), a saber:

“Uma tecnologia que agrupa os efeitos de massas próprios de uma população, que procura controlar a série de eventos fortuitos que podem ocorrer numa massa viva; uma tecnologia que procura controlar (eventualmente modificar) a probabilidade desses eventos, em todo caso em compensar seus efeitos. É uma tecnologia que visa, portanto, não o treinamento individual, mas, pelo equilíbrio global, algo como uma homeostase: a segurança do conjunto em relação aos seus perigos internos.” (Foucault, 2005. p.297)

O conceito de biopolítica vem sendo atualizado por vários autores no campo de estudo da medicalização e do poder, e apresenta-se como importante bagagem de referências, a fim de entender como a prática psiquiátrica vem sendo cada vez mais prescritiva. Por sua vez, o saber psiquiátrico vem sendo modulado cada vez mais de forma normativa, tornando-se menos dialógico e mais prescritivo e intrusivo com relação ao cotidiano dos pacientes.

De acordo com Zorzaneli, Ortega e Bezerra Junior (2014, p.1861) podemos na obra de Foucault compreender dois sentidos para o termo medicalização:

“o primeiro, ligado ao processo de medidas coletivas do Estado na contenção, controle e registro de doenças, bem como na formação de práticas de salubridade; o segundo, diretamente desdobrado do primeiro, mas situado já no contexto pós-Segunda Guerra, diz respeito à ausência de exterioridade da medicina. Ou seja, à impossibilidade de descrever experiências com o corpo humano que não passem, em algum sentido pelo saber médico.”

A partir do último sentido falado por esses autores, que atualmente estamos discutindo o quanto a medicina foi se transformando em uma prática com um “saber-poder” regulador dos processos de vida das pessoas para além do seu campo inicial de objeto de trabalho estritamente médico, como comenta o residente Pedro, falando sobre o conceito de medicalização:

“...esse conceito é muito usado pra falar só de aumento da prescrição de medicamentos. Mas, pra mim, o conceito de medicalização vai para além disso. É tornar médico problemas que talvez não fossem estritamente médicos, né?...Acho que é tornar problemas que talvez não fossem patológicos. Ou não eram, em problemas patológicos.” (Pedro, R3, SM2)

Há no geral a consciência, por parte dos residentes, de que muitas vezes o aumento exagerado da quantidade de prescrições vem como efeito reativo para querer dar conta de problemas que não são só médicos, mas acabam, na prática, tentando ser resolvidos, por parte dos médicos, através dos medicamentos:

“...Porque justamente como as pessoas (os médicos) não tem tanto acho que familiaridade com a ideia da medicalização, elas acabam se sentindo meio que obrigadas a tomar atitudes, às vezes, que não vão ter efeito, mas só porque o paciente não melhora ou as coisas não acontecem e aí a culpa é minha porque isso é um problema médico. Bem, talvez não seja. Então, por isso que não funciona e não adianta ficar aumentando a quantidade de medicações na prescrição”. (Jorge, R2, U1)

Essa percepção de que os médicos acabam interferindo em demandas não especificamente médicas também está presente na fala da residente Renata:

“...eu acredito é que quando a gente vai fazer a residência de psiquiatria a gente vem de uma formação médica com a maior parte da base com respaldo neurobiológico, farmacológico; e a ideia de que a gente precisa saber protocolos, sintomas, fazer diagnóstico e resolver aquele problema. E eu acho que cria uma autodemanda e acho que uma expectativa externa do público, até pela história do médico como figura social, de que o médico precisa resolver as coisas. O paciente vem com uma demanda e aquela demanda precisa ser resolvida. E acho que a evolução da sociedade, ao longo do tempo, cria mais demandas pras pessoas e elas começam a ver coisas que não eram tidas como um problema. As demandas sociais começam a criar problemas. E em alguns momentos questões que seriam de cunho antropológico, assim, existencial, que serão tidas como uma resposta normal à determinada situação acabam sendo

patologizadas. E aí, por ter uma patologização de alguns sintomas que em momentos anteriores poderiam ser aceitos como dentro do espectro da normalidade acaba tendo uma medicalização, que seria medicalizar talvez reações normais da vivência....” (Renata, R3, U1)

A medicalização de demandas não médicas, conforme apontam alguns residentes, pode estar associada da impossibilidade contemporânea de se lidar com os sofrimentos, destacado na fala da residente Helena:

“...Então hoje as pessoas não se permitem sentir nada, não se permitem oscilar, não se permitem sofrer. Isso é algo... Eu acho que deixa todo mundo... Todo mundo quer estar bem sempre, e acho que não é bem assim. Existem alguns sofrimentos que fazem parte e são saudáveis.” (Helena, R3, SM1)

Esse aspecto de medicalização do sofrimento referente a fatores do cotidiano também é encontrado entre os próprios residentes com o objetivo de atender às várias atividades exigidas na sua formação:

“Eu sinto que hoje a gente medicaliza processos normais. Assim, eu vejo muito no meio médico, não só na psiquiatria, mas que a gente medicaliza tudo. Você está por exemplo numa residência fazendo quase 60 horas semanais, você ainda trabalha e você está se sentindo cansado e você não está conseguindo dormir também. Aí taca algum hipnótico, algum estimulante de manhã também pra você dar conta. Então..., “Mas será que não é um processo que você está vivendo e que você tem que parar e ver o que que você está fazendo com a sua vida e não medicar”, sabe?” (Penha, R2, SM1)

Birman (2014) atribui ao baixo limiar de tolerância a angústia no mundo contemporâneo, pelo fato de um número crescente de psicanalistas passarem a se automedicar, como assinala no texto abaixo

Essa nova economia da angústia acarreta uma mudança efetiva, decisiva, me parece, na maneira pela qual a experiência analítica se

passa longe da angústia por meio dessa medicação. Interpreto esse modelo como a incorporação, dentro do dispositivo analítico, do dispositivo médico; é um efeito disso. Sem contar, evidentemente, o fato do número crescente de analistas que se automedicam; e esse é um elemento que não podemos ignorar...então o efeito da diminuição do limiar de angústia implica, na experiência de si, uma diminuição desse limiar na experiência do próprio analista e em sua experiência clínica... (Birman, 2014, p.42)

Essa percepção da angústia moderna como sintoma a ser debelado e solucionado, substituindo-a pelo alívio artificial induzido através dos psicofármacos ou mesmo a supressão do sofrimento, leva-nos a pensar que as pessoas cada vez mais trocam a possibilidade de lidar com suas próprias verdades pela segurança de não enfrentar suas dores e reais necessidades de suas vidas.

É como se a insegurança do imprevisível levasse a uma angústia que culmina com o ato de medicar por uma suposta certeza de que essa intervenção será melhor para o sujeito que sofre. Será melhor para este ou, para melhorar a angústia do próprio médico diante de suas limitações? Como em uma reflexão de uma residente:

“Eu acho que na minha prática, assim, eu... pessoalmente, o que eu sinto, é uma grande insegurança porque as pessoas trazem sintomas, incômodos, queixas de todos os tipos e muitas vezes eu sinto que quando eu não sei com qual remédio tratar aquilo é uma insuficiência minha.....E não, que talvez aquilo não seja tratado com um remédio. Talvez, seja meio um jeito meu de funcionar, não sei se condiz, mas quando me apresentam um sintoma que eu não sei qual remédio que é bom pra aquilo, muitas vezes eu falo assim: “Putz, devia saber.” E aí às vezes quando eu penso: “Ah, não, isso aqui é uma resposta comum, que seria aceitável dentro desse contexto, e etc. – tento olhar com um jeito mais amplo, no contato com algumas pessoas dentro do “UI”, que são mais de linha neurobiológica, e a resposta que eu tenho é: “Ah, isso aqui com tal coisa resolve.” E aí tipo, de novo, vem essa sensação de impotência, de tipo: “Nossa, será que eu deveria saber isso?” E aí entra em conflito.” (Renata, R3, U1)

Acrescentando, alguns residentes relatam que essa angústia do médico em resolver e dominar o sofrimento do paciente, por vezes o leva a um aumento das doses do medicamento na busca por resolutividade:

“Tem um porquê da angústia do médico também...Caramba, eu não sei o que que vai melhorar esse paciente. Ele não tá melhorando, eu vou por mais remédio, eu vou aumentar essa dose. Tem essa angústia. Tem até, numa demanda mais neurótica, assim, uma demanda dos pacientes também, né? A gente vê o boom que é de benzodiazepínico. Assim, na Clínica da Família eu tinha que fazer todo o dia várias receitas porque tá todo mundo viciado, todo mundo querendo se anestesiarem da vida. Mas por conta de ter mais gente hoje em dia pra gente trabalhar, às vezes acaba dando uma forçada assim, né? Que nem sempre é o que precisa, né? Da angústia dele mesmo, de ver o paciente talvez não melhorando como ele gostaria, no tempo que ele gostaria...” (Jaqueline, R1, SM2)

Para o filósofo Hans-Georg Gadamer (2006) o método para imprimir certezas foram tomando o lugar da antiga procura de verdades na ciência e, o fato da ciência moderna baseada em evidências ter o “experimento e o controle” como características fundamentais na busca de uma certa “dominação pelo saber” relacionado com a “exigência de segurança” parece está na base da angústia e do conflito interior expresso nas falas das residentes Renata e Jaqueline.

Nesse cenário, Gadamer (2006), faz a seguinte reflexão sobre o caráter da angústia no mundo moderno

Qual é o motivo de nos perguntarmos por que se observa um aumento de angústia no nosso mundo atual? Creio que o tipo de saber e certeza que forjamos com a ciência moderna, através de experimento e controle, aumentou a necessidade humana de segurança. Uma conhecida expressão, empregada pela sociologia para esse tipo de saber, foi introduzida por, creio eu, Max Scheler: "saber de dominação". Não é uma expressão ruim. Todos os médicos reconhecerão que a expressão "dominar algo" lhes é totalmente natural. Vocês também conhecem, certamente, os limites desse

dominar-uma-coisa, os quais vocês, em sua atividade médica, têm de experimentar com resignação. Mas, de qualquer maneira, é evidente que o saber de dominação está o mais estreitamente relacionado com a exigência de segurança. (Gadamer, 2006, p.160)

Estas práticas de saber-dominação que se atribui aos médicos no processo de poder na medicalização, vêm sendo problematizada por alguns autores como (Carvalho, et al,2015) como um “jogo em aberto” de relação de poder

“...acreditamos que problematizar a medicalização não significa necessariamente empreender um movimento de retirar o poder dos médicos e devolvê-lo aos pacientes. Trata-se, antes, de estar atento às escolhas, posicionamentos e ações micropolíticas de todos e de cada integrante dessa relação de cuidado, profissional de saúde ou paciente, em relação a práticas de dominação, disciplinares e de controle. Jogo em aberto, ainda que, em geral, alguns dos sujeitos na relação tenham maior capacidade de gerir a rede de relações de poder (e produção de verdade-subjetividade) que buscam governar condutas.”

Além do mais, cabe ressaltar mais um aspecto relevante trazido pelos residentes nas entrevistas que diz respeito ao excesso de diagnóstico dado pelas novas classificações em psiquiatria, podendo se caracterizar por outro fator influenciador para medicalização:

“Eu acho que o problema do DSM é a gente assumir aquilo ali como um manual clínico. Se a gente assume o DSM como um manual estatístico, que é o que ele se propõe a ser – um instrumento pra auxiliar em pesquisa, auxiliar numa codificação internacional; se a gente se apropria dele enquanto isso, acho que tá ótimo. Acho que o problema é se apropriar disso enquanto instrumento clínico, porque aí abre brecha pra esse monte de coisa, abre brecha pra querer encaixar tudo em transtorno, em ficar nessa coisa da busca por vários diagnósticos. Aí cai nessas bizarrices que a gente vê por aí. Isso é super comum, o paciente chegar com o laudo de algum médico, que ele tem: depressão, ansiedade, pânico, esquizofrenia, transtorno bipolar e... [Riso]” (Pedro, R3, SM2)

Ainda, houve falas em relação ao excesso de diagnóstico na adolescência, transcrevendo um trecho da fala da residente Simone:

“É adolescente que tá ansioso ou muito preocupado com o vestibular, ou às vezes coisas mais... não tão graves assim, a princípio, tá já tentando se medicalizar. Não tá conseguindo estudar, já pensa que pode usar metilfenidato como se fosse um TDAH. Eu acho que tá fazendo muito diagnóstico em excesso, assim.” (Simone, R2, SM2)

Assim, o excesso de diagnóstico também é problematizado pela residente, quando indagada sobre a medicalização em sua prática:

“Primeiro te faz pensar duas vezes no que você está vendo na pessoa... Tipo, tem algumas pessoas que eu atendo, que eu falo: “Ó, essa pessoa eu não acho que tem transtorno mental, a rigor, assim: “Meu Deus!” Ela está passando por um problema, por uma dificuldade. Talvez ela precise de ajuda mesmo, mas eu preciso dar um diagnóstico pra ela? Nesse momento não. Então, você pensa duas vezes, e está sempre repensando... se você dá um diagnóstico, repensando esse diagnóstico. “É isso mesmo?”, sabe? Prestando muita atenção...” (Roberta, R1, U1)

Essa problemática referente ao diagnóstico igualmente é compartilhada por alguns preceptores/coordenadores:

Eu não acho que tudo. Acho que inclusive a psiquiatria não é mais “a” psiquiatria, eu acho que a gente é “as” psiquiatrias, porque tem formas diferentes de pensar, né? Então uma parte da psiquiatria eu acho que sim. E aí aquela coisa, focada no diagnóstico, cada vez mais as classificações tão ampliando, né? Daqui a pouco a gente, tudo pode ser medicalizado, tudo pode ser diagnosticado, coisa que foi ampliando ao longo dos anos. É curiosíssimo você ver essa evolução dos conceitos diagnósticos o quanto vai ampliando, né? E ampliando, e de certa forma começando a fazer nuances de cada situação, incluindo da cada vez mais e mais pessoas dentro da... Então acho perigoso isso, né? (Antonietta, Precep., SM2)

Caponi (2014) desenvolve a ideia do DSM-V como dispositivo de segurança a partir das reflexões de Foucault, principalmente em seu curso: “Segurança, território e população”, Foucault (2008).

Conforme a autora, neste curso, o autor “tematizará o lugar em que a estrutura segurança-prevenção-risco, que caracteriza as sociedades modernas e contemporâneas, se define como eixo articulador da biopolítica das populações nos estados liberais e neoliberais.” (Caponi, 2014, p.748).

Gadamer (2006) atribui à necessidade humana de segurança a influência do saber científico moderno com seus métodos de “experimento e controle”, Foucault (2008) reflete sobre a segurança como um dos dispositivos de controle na relação “coletivo-indivíduo” que as pessoas fazem espontaneamente umas com as outras, como comenta no seu curso Segurança, território e população:

“Trata-se ao contrário de fazer os elementos de realidade funcionarem uns em relação aos outros. Em outras palavras, não é ao eixo da relação soberano-súditos que o mecanismo de segurança deve se conectar, garantindo a obediência total e, de certa forma, passiva dos indivíduos ao seu soberano. Ele se conecta aos processos que os fisiocratas diziam físicos, que poderíamos dizer naturais, que podemos dizer igualmente elementos de realidade. Esses mecanismos também tendem a uma anulação dos fenômenos, não na forma da proibição, "você não pode fazer isso", nem tampouco "isso não vai acontecer", mas a uma anulação progressiva dos fenômenos pelos próprios fenômenos, Trata-se, de certo modo, de delimitá-los em marcos aceitáveis, em vez de impor-lhes uma lei que lhes diga não. Não é, portanto, no eixo soberano-súditos, tampouco é na forma da proibição que os mecanismos de segurança põem-se a funcionar.” (Foucault, 2008, p.86)

Caponi (2014), ainda refletindo sobre a relação dos mecanismos de segurança discutidos por Foucault (2008), refere-se que as críticas de Allen Frances ao DSM-V, muitas delas já comentadas na introdução de nosso estudo com base em Frances (2016),

podem ser entendidas como uma “crítica às dificuldades implícitas” aquilo que Foucault (2008) denominou "dispositivo de segurança".

A crítica de Frances, em conformidade com Caponi (2014), permite pensar os DSM como uma estratégia de dispositivo de segurança, como em seu comentário feito nesse artigo:

Foucault nos auxilia a compreender de que modo, e respondendo a que lógica foi construída a estratégia analítica que Frances apresenta de modo crítico, ainda que ela também tenha sido utilizada exatamente do mesmo modo pelo grupo de tarefas que ele coordenava. Foucault aponta uma série de elementos presentes na construção dos dispositivos de segurança, dentre eles: realizar, pela mediação das estatísticas, cálculos diferenciais de risco por idade, sexo, profissão, etc.; estabelecer diferentes curvas de normalidade; calcular os desvios e criar estratégias de normalização; definir populações de risco e comparar padrões de morbidade e mortalidade; criar intervenções preventivas, capazes de reduzir os indicadores de morbidade, de reduzir os desvios e de antecipar os riscos. Muitos desses elementos parecem ser constitutivos do DSM quando observamos o papel central que ocupa a prevenção e antecipação de riscos, isto é, a ideia de interferir antes que a patologia mental se cronifique e se torne irreversível. (Caponi, 2014, p.754)

A outra questão que se apresenta nas entrevistas é a influência da indústria farmacêutica sobre o processo de medicalização:

“Eu participei do Congresso agora. Praticamente é todo bancado pela indústria farmacêutica, né? Então acho que tem aqueles que não se influencia, né? Aqueles profissionais que tem essa ideia, de não medicar em todos os casos, só em alguns casos. Mas também tem aqueles profissionais que já acabam sendo mais influenciados, digamos assim, a medicar qualquer queixa do paciente, né? – qualquer sofrimento...” (Simone, R2, SM2)

Como também na fala do residente Pedro:

“Eu acho que contribui porque a indústria farmacêutica sempre vai tá querendo... como o produto deles é um remédio, eles sempre vão tentar, por uma questão acho que de mercado,

introduzir a ideia de que os problemas são resolvidos por medicação.” (Pedro, R3, SM2)

Nesse sentido, Amarante e Freitas (2015) afirmam que a influência da indústria farmacêutica nos diversos espaços de formação e que,

...certos cientistas recebem altíssima remunerações para direcionar suas pesquisas para objetos de interesse da indústria farmacêutica. Da mesma forma, clínicos e cientistas são pagos para fazer propaganda de produtos farmacêuticos, seja por meio de artigos científicos favoráveis, de entrevistas veiculadas pelos meios de comunicação, ou ainda, por participação em congressos”. (Amarante, Freitas, 2015, p.36)

Além do mais, Frances (2016) alerta para a cooptação da educação continuada dos psiquiatras pela indústria farmacêutica:

...E a melhor forma de vender medicamentos psicotrópicos é vender sofrimentos psiquiátricos. Os fabricantes têm diversos métodos para isso: divulgar na TV e na imprensa; cooptar a educação continuada da maioria dos médicos (muitas vezes oferecida nos restaurantes mais caros e nos melhores resorts; residentes e estudantes são mais barato: uma pizza basta); bancar associações profissionais, periódicos e grupos de defesa do consumidor; invadir a internet e as redes sociais; recrutar o apoio de celebridades. (Frances, 2016, p.121)

Um dos coordenadores/preceptor das residências investigadas, destaca a sua preocupação desse tipo de influência na formação dos médicos, desde as aulas de farmacologia na graduação médica:

“...Enfim, é claro que existe, a indústria farmacológica... Eu já fui instrutor, eu já dei aula de farmacologia na graduação, aqui na coordenação durante muitos anos. A indústria farmacêutica é ali. É indústria de energia, indústria bélica e indústria farmacêutica, né? Então a gente pode assim entender que uma é meio competitiva uma com a outra. Mas assim, é uma indústria muito poderosa, é isso que eu quero dizer, então isso me preocupa, né? Isso me preocupa na formação.” (Gustavo, Precep., U2)

Mazon (2019) quando analisa a relação da indústria farmacêutica com a psiquiatria corrobora com as preocupações do preceptor Gustavo, podemos constatar em seu artigo que uma das linhas de atuação estratégicas para a divulgação dos produtos da indústria farmacêutica nos Estados Unidos (EUA)

“foi o investimento na contratação de psiquiatras de faculdades de medicina para serem seus líderes de opinião. Esses líderes criaram a narrativa que levou à expansão de prescrição de medicamentos psiquiátricos para todos os segmentos da sociedade americana incluindo as crianças.” (Mazon, 2019, p.155)

Ademais, é possível verificar essa influência, quando a pesquisadora (Mazon, 2019, p. 140) destaca que os laboratórios farmacêuticos no Brasil “(...) ocupam a 2ª colocação, entre os 21 setores do ranking do anuário Valor Inovação Brasil 2018” e, nesse mesmo artigo relata que em serviços dos canais alimentares (supermercados, bares e restaurantes), “(...) as farmácias são o segundo lugar mais visitado por consumidores”.

Por sua vez, Rose (2010) alerta sobre um programa realizado nos EUA, no qual, pessoas que foram “diagnosticados como em risco” recebiam tratamento preventivo com drogas psiquiátricas, sendo este financiado em parte pelas indústrias farmacêuticas, e assinala

Preocupo-me menos com a possibilidade de falsa felicidade ou de capacidades cognitivas melhoradas, e mais com a aparente aceitação desses programas para diagnósticos pré-sintomáticos de comportamento de risco combinada com incentivos ou obrigações de se prescrever medicamentos. (Rose, 2010, p.635)

Nesse contexto, observamos que a medicalização em psiquiatria, seja pelo excesso de diagnósticos, como consequência de uma lógica baseada nos “dispositivos de segurança e risco”; seja pela indústria farmacêutica, baseada no modelo biomédico,

propaga em diversos espaços de formação dos residentes de psiquiatria sua influência, que contribui para aquilo que Rose (2010) denomina “sociedades psicofarmacológicas”

Em muitos contextos diferentes, de maneira diferentes, em relação a uma variedade de problemas, através de médicos, psiquiatras, pais e de nós mesmos, a capacidade subjetiva humana vem sendo corriqueiramente remodelada por drogas psiquiátricas. Isso propicia uma questão importante sobre como configuramos as fronteiras entre o normal e o patológico, o tratável e o aceitável.” (Rose, 2010, p.635)

6.4 A Influência e repercussões da Reforma Psiquiátrica Brasileira na formação dos Residentes de Psiquiatria: mudou algo na prática e/ou na teoria?

A RPB mudou a história da psiquiatria no Brasil, seja do ponto de vista da legislação em saúde mental, seja em relação às práticas e aos saberes que influenciaram o cotidiano das instituições psiquiátricas. (Amarante, 2007)

Estabelecemos como objetivo desse estudo compreender qual a influência dessas transformações da RPB para os residentes de psiquiatria, no que diz respeito aos seus Programas de residência e/ou na própria prática deles. Nesse sentido, foi questionado se houve mudanças concretas que impactaram na formação dos residentes?

6.4.1 Modelos de residência: formando em redes na saúde mental coletiva

“A reforma psiquiátrica eu entendo que é a ideia de desospitalizar, né? É tirar a ideia de manicômios pra tornar o tratamento uma coisa mais livre do que era antes, né? Antes tinha uma ideia de prisão. Você tinha um transtorno mental, você era levado pra um manicômio, e ficava pra sempre, e não tinha uma ideia de tentar reinserir na sociedade. E agora a reforma eu acho que é uma ideia de retirar desses manicômios,

tentar trazer mais pra perto da sociedade, fazer com que as pessoas continuem suas vidas, mesmo que de forma comprometida, mas tenham um tratamento mais perto de casa. E é isso.” (Patrícia, R1, U2)

Essa opinião retrata uma forma de pensar a RPB, nos quais podem ser considerados dois importantes aspectos. O primeiro é que, apesar de não ser mencionado o termo desinstitucionalização, a desospitalização referida no texto propõe uma mudança de acolhimento para outro ambiente que não hospitalar. A residente compara o tempo de internação, antes da reforma, com uma “prisão”, reorientando a prioridade para serviços que atendam em liberdade, “perto de casa”, ou seja, cuidado no território de existência dos sujeitos.

Outra questão que deva ser destacado na fala da residente Patrícia se refere ao tipo de cuidado que promova uma atenção psicossocial, lógica que se aproxima aos princípios de cuidado que constam na RPB. Ratificamos essa percepção do cuidado na fala de outro residente:

“eu entendo é que a reforma psiquiátrica promove a lógica de cuidado, baseada nessa lógica da atenção psicossocial, do cuidado mais voltado pra atenção comunitária, territorial, claro que lançando mão de outros recursos, mas com esse norte operador.” (Pedro, R3, SM2)

Foi observado que, tanto residentes que pertenciam ao grupo vinculado aos hospitais universitários, quanto ao vinculado às residências integradas pertencentes às secretarias municipais de saúde, tiveram a questão territorial e a inclusão social no horizonte de suas práticas e programas, estes últimos, parecem compreender melhor a importância da rede psicossocial (RAPS) e seus recursos extra-hospitalares como uma consequência de mudança de paradigma proposta pela RPB na assistência psiquiátrica no SUS. Como na fala abaixo de uma residente vinculada à residência integrada:

“Eu acho que a nossa residência, da rede, a gente acaba rodando por muitos serviços diferentes e muitos serviços que são do SUS, então principalmente os CAPS, tanto o CAPS Adulto, o AD ou Infantil. E a UBS, que a gente atende também lá, e, claro, os hospitais também. Então a gente consegue ver o paciente em vários momentos do tratamento, desde que o que está em remissão na UBS ou que saiu de uma internação e está num CAPS. Isso faz você enxergar várias formas de ver o cuidado do paciente, né?... Apesar da gente passar por uma enfermagem hospitalar durante um período grande, passar pelo pronto-socorro também por um período grande, eu acho que a gente fica mais sensibilizado no cuidado do paciente, porque a gente vêele nesses outros lugares, que seria o CAPS e a UBS, né? E vem dessa reinserção e reabilitação social, vendo que isso é possível, e realmente vendo todos os recursos que a rede pode ter, mesmo que escassos.” (Penha, R2, SM1)

Segundo Lima e Passos (2019), apesar dos avanços da RPB com relação à construção de uma rede de saúde mental com base na integralidade das ações de saúde, a formação em saúde mental não acompanhou essas mudanças.

Os programas das residências integradas foram criados com base em uma política pública instituída pela Portaria n. 1.001 de 22/10/2009, constituída conjuntamente pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, que lançaram nesse ano o “Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas”. O PRO-RESIDÊNCIA tem como objetivo a “ampliação e abertura de vagas e programas de residência médica em regiões e especialidades prioritárias para o SUS, onde exista escassez de médicos para trabalhar nas redes de saúde pública” (Brasil, 2009)

Esse programa busca a mudança do modelo curricular dos programas de residência médica “priorizando as necessidades sociais, a integração dos processos formativos aos serviços assistenciais organizados em redes de atenção em saúde e o desenvolvimento de competência para formação do especialista médico com visão de

ações integradas com outros profissionais de saúde não médicos.” (Brasil, 2009).

Essa política também é indutora de uma visão interdisciplinar, e inclui as demais profissões da área da saúde (PRO-RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL), a partir da prioridade com relação a financiamentos de bolsas para programas de Residência Multiprofissional em áreas estratégicas do SUS.

Segundo Petta (2013), em sua pesquisa sobre o programa Pró-Residência, com exceção do projeto da área de atuação em medicina de urgência, todos os outros projetos aprovados em editais para o Pró-Residência lançados em 2009 e pesquisados por este estudo fazem referência:

...a estágios na Atenção Básica (UBS, ESF). Muitas delas citam o apoio matricial na Atenção Básica como uma estratégia interessante de arranjo possível na residência médica. Destacam-se também os CAPS, SAMU, NASF e UPAS como espaços institucionais possíveis para o desenvolvimento da formação médica especializada (Petta, 2013, p.77).

O fato de os programas de residências integradas serem baseados na rede pública do SUS faz deles um divisor de águas na formação das residências médicas especializadas, como assinalado nas conclusões da pesquisa de Petta (2013)

A construção de Diretrizes Curriculares para a Residência Médica que vinculem a formação à construção das Redes de Atenção à Saúde - baseadas em competências a serem adquiridas pelo médico residente, e não mais em conteúdos, ainda que priorizem as necessidades sociais - também constitui um marco na transformação da formação médica especializada (Petta, 2013, p.78)

Fica claro também, na fala de um dos coordenadores de uma das residências integradas, a importância da formação dentro dos serviços ligados à RAPS:

Bom, dentre os objetivos do nosso programa, do programa de residência médica integrada em psiquiatria da secretaria municipal da saúde, a gente tem como objetivo capacitar esses residentes, esses profissionais a trabalhar em todos os

equipamentos de saúde mental da RAPS da rede de assistência psicossocial. (Arlindo, Precep., SMI)

Essa percepção de capacitar os residentes em sua formação para pensar sua clínica a partir de uma visão em rede é corroborada na fala de uma das residentes que estão vinculadas a uma das residências integradas em rede:

*“...então a vivência de trabalhar em rede, igual a gente faz aqui, com certeza prepara muito mais pra entender o que é o perfil de um paciente, como não sobrecarregar o CAPS, qual paciente deve ser mandado para a UBS, qual paciente precisa ir pro pronto-socorro. Isso a nossa residência dá bastante, dá esse preparo pra gente trabalhar em rede e saber como funciona todos s instrumentos das redes de atenção psicossocial.”
(Gabriela, R1, SMI)*

Lima e Passos (2019) se referem à importância das residências com foco na RAPS do SUS em contraposição aos modelos de residência centrados em um hospital-escola ou hospital universitário.

Os entrevistados desse estudo ressaltam que os residentes inseridos nos diversos campos oferecidos constroem “uma rede de intercâmbios que possibilita ao profissional em formação conhecer e atuar em realidades diversas” (Lima e Passos, 2019, p.10).

Em consonância com esse estudo, alguns dos residentes entrevistados que fazem sua formação com base em Hospitais Universitários, quando perguntados sobre as mudanças que gostariam de fazer em sua formação, apontam como uma delas a possibilidade de atuar mais em serviços da RAPS, como nas falas de Roberta e Jorge:

“...Acho que a gente tem pouco contato fora. Tipo, a nossa residência é, talvez, 90% nesse UI, nas enfermarias daqui, nos ambulatórios daqui. Acho que a gente fica um pouco viciado. Eu vivo numa “ilhazinha da fantasia” dentro do sistema de saúde do Brasil (...) Então sairia um pouco daqui. A gente, por exemplo, não passa em CAPS, o que acaba sendo um espaço importante de saúde mental no SUS, de abordagem dessas

... pessoas (...) acho que falta um pouco de espaços de ver o paciente em outros ambientes. (Roberta, R1, U1)

“...A gente vê só a psiquiatria do sistema terciário aqui, na maior parte das vezes. Então eu reaproximaria da população, da atenção em saúde regionalizada, das discussões sobre o quanto que essa região tem interferência, enfim, né? Influenciam, né? O modo de sofrer das pessoas no mental...” (Jorge, R2, U1)

Um dos coordenadores entrevistados vinculado a este modelo de hospital-escola, ao ser perguntado sobre as mudanças na formação, reconhece que a passagem dos residentes desse modelo na rede de saúde mental do SUS deveria ser em maior tempo:

“...Por exemplo essa de enfatizar a rede, enfatizar, aumentar o contato do residente na rede, na sua formação, que tem a ver com a primeira pergunta também, porque quando a gente estava falando de medicalização...” (Gustavo, Precep.U2)

Por outro lado, existem dificuldades apontadas pelos residentes do modelo integrado em rede. Uma delas se refere à dificuldade de deslocamento nos territórios de grandes centros urbanos, como nas falas das residentes Helena e Penha:

“... A gente fica nessa questão de ficar andando... Eu falo assim: “Se eu não fosse psiquiatra, eu podia ser uma excelente Uber, porque eu ando pela cidade inteira!... A gente vai assim, anda demais. E eles querem que de manhã a gente esteja num lugar, à tarde noutro e de noite noutro... Eu falo: “É demais pra mim!” Essa locomoção na cidade é um estresse imenso. Pra mim é muito estresse. Isso eu mudaria também, sabe? Deixa regionalizar! (Helena, R3, SM1)

E isso é uma crítica geral de todo mundo que faz residência em rede, mas isso fica às vezes muito complicado, é a questão da distância. A distância, né? Porque assim, os estágios hoje da residência são muito bons. Compensa ir longe para o lugar, mas por conta de trânsito, por conta de tudo, às vezes isso se torna um fator de estresse grande. (Penha, R2, SM1)

A questão da organização da formação nos diversos cenários da rede de saúde mental no SUS torna-se um grande desafio para os coordenadores de residência nesse modelo integrado. Nas residências onde a maioria das atividades ocorrem numa mesma instituição (hospital-escola, hospital Universitário, etc.), há menor deslocamento e maior uniformidade na qualidade da supervisão e do controle do rendimento das atividades. A formação da residência integrada requer maior complexidade e algumas dificuldades para sua organização.

Essas dificuldades na organização de uma residência em rede integrada se traduzem na fala de um dos preceptores desse modelo de residência, a saber:

Acho que uma coisa que a gente tinha conversado já: a complexidade da organização de um programa de residência médica integrada, né? Eu acho que isso... Não sei se às vezes... Precisa ser percebido, porque é um desafio, né? A organização de um programa de residência médica tradicional geralmente é restrita à um hospital ou um serviço ambulatorial, disposto no mesmo local geográfico, com uma equipe já envolvida, conhecida. Quando a gente faz essa proposta de ensino na rede, uma residência médica integrada, os desafios são grandes, tantos os desafios geográficos, como mesmo de organização. Então são diversos acordos: termos de cooperação, contratos, equipamentos envolvidos, administrações envolvidas, administração direta, O.S.S, instituições parceiras, capacitação desses preceptores que estão na rede, adequação na rotina do SUS, as demandas do SUS, da assistência de saúde mental como um ambiente de aprendizado, de ensino, né?...Acho que todos esses são desafios grandes. E para uma uniformização de ensino, de conteúdo programático. Tudo isso a gente tem desenvolvido na residência, é um trabalho grande desenvolvido pela equipe, mas tem sido um desafio grande, e constante, né? Acho que isso é uma coisa a ser considerada também sobre as residências médicas integradas – as residências em rede. A complexidade da organização de uma residência médica integrada. (Arlindo, Precep., SMI)

Estas questões na dificuldade da uniformização da qualidade dos serviços da rede onde circulam os residentes também é destacada pelo residente Pedro:

Mas pensando o cenário do município, o que eu mais gostaria que mudasse na minha formação era justamente ter um sistema de saúde municipal com mais recurso, com melhor gestão, com melhor articulação, porque é isso: a gente fica à sorte dos campos. Me mandaram pra tal CAPS; se esse CAPS tá funcionando bem, beleza. Ótimo estágio, experiência ótima. Agora se eu vou pra um campo que aí já não tem um preceptor, por exemplo, ou que já tem uma equipe reduzida porque sofreu algum corte de verba, porque sofreu um corte da prefeitura, isso compromete o estágio, óbvio, né? (Pedro, R3, SM2)

A qualidade da preceptoria nos serviços da RAPS igualmente é abordada como uma questão importante por um dos coordenadores deste modelo integrado em rede:

“(...) Olha, hoje a principal mudança que eu faria seria na capacitação da preceptoria (...) porque eu acho que a preceptoria ela não tem uma fala única. A gente não conseguiu ainda formar preceptores que conheçam o programa e que saibam o que a gente quer transmitir pro aluno, né? E uma parte disso é pela falta mesmo de capacitação. No ano retrasado já tivemos na prefeitura alguns cursos de capacitação de preceptoria, mas isso não dá continuidade. E formação, capacitação é algo contínuo. Então eu acho... Eu sinto falta da continuidade nos processos de capacitação de profissionais. E outro fator é a inúmera instabilidade do profissional no serviço público. Então o profissional ele entra num mês, é preceptor, daqui a pouco ele sai, vem outro – e isso aí pro ensino é muito ruim porque se pro cuidado já é ruim... né?” (Antonieta, Precep., SM2)

Esta avaliação é corroborada por Petta (2015) em estudo sobre uma das iniciativas para capacitar preceptores que trabalham no SUS e que lidam com alunos de pós-graduação:

Processos inexistentes ou poucos efetivos de capacitação pedagógica para a prática da preceptoria; escassas iniciativas de reconhecimento

da atuação daqueles que se dedicam ao cuidado e ao ensino; insuficiente infraestrutura nas unidades de saúde para as atividades de preceptoria e o precário reconhecimento, pela academia, do SUS como cenário privilegiado para formação em saúde conferem uma baixa legitimidade na preceptoria nesse cenário. (Petta et al, 2015)

De certo, problemas de preceptoria em residências médicas podemos encontrar nos vários programas espalhados pelo país, mas no modelo de residência integrada a qualidade dessas preceptorias tornam-se, como visto nas falas dos pesquisados de nosso estudo, um desafio de grande envergadura, considerando a diversidade dos serviços da rede no SUS, como no depoimento da residente sobre suas experiências com preceptoria nos serviços da rede pública:

“...Lá no (serviço x) o nosso preceptor era o tempo todo conosco. Então foi uma formação boa. Eu fico pensando: “Ainda bem que eu comecei lá e não comecei aqui, porque lá não tem essa pressão da direção pra dar alta, eu podia avaliar o paciente com muito mais calma, o preceptor sempre tava conosco pra tirar dúvida... Apesar da gente ficar com muita independência, de: “Ah, eu que vou mexer, eu que...” Eu discutia com ele medicação, né, mas assim, eu decidia, eu tomava minhas decisões. Enquanto que aqui os preceptores são muito ausentes. Eles são ausentes, vêm, ficam por poucas horas. Assim, [risos] às vezes chega a ser uma hora que eles ficam. E aí também tem essa pressão, eles têm que correr, ver um monte de paciente, não dá tempo deles sentarem com a gente e discutir psicopatologia, discutir a clínica. Então, assim, eu sinto muita falta disso, de ter um preceptor. Podia ser um só preceptor na enfermaria que ficasse só por conta da gente, e não sendo estafe por exemplo... (Jaqueline, R1, SM2)

Outro aspecto importante se refere ao funcionamento dos novos serviços orientados pela RPB e suas novas formas de institucionalização. Nesse sentido, alguns residentes parecem estar atentos a novos modelos que produzem uma certa cronicidade dos pacientes da própria rede psicossocial, percebe-se na fala do residente Penha:

“...apesar de todo esse movimento ainda estar muito em voga, e de muitos levantarem essa bandeira, a gente vai pra muitos serviços em que a gente vê uma posição manicomial em relação aos pacientes. Então pacientes de CAPS que ficam lá e, que não recebem alta, que não tem nenhum programa de ressocialização, principalmente psicóticos crônicos que ficam lá... parece uma creche, né? Eles vão lá pra passar o dia, fazer algumas atividades ali, mas não chega nem a ser um PTS, e ficam lá anos e anos. Vão lá pra fumar, pra gente ter uma conversa e renovar receita. Claro que eu acho que isso ainda é melhor do que estar num manicômio, mas não acho que é tão distante também, né? A diferença é que você pode entrar e sair né? [Risos] Mas... Então eu acho que ainda, apesar de já estar muito melhor do que já foi, ainda há muitos serviços que têm uma postura, eu acho, uma postura manicomial em relação ao paciente ainda. E isso é difícil de quebrar quando a equipe toda já tá estruturada daquele jeito” (Penha, R2, SM1)

Desviat (2018) assinala o risco de institucionalização a partir de teorias e saberes já cristalizados nesse campo, propõe uma clínica “contra a corrente”, que possa reformular a assistência, coabitando com as diferenças

“Não se trata de ignorar as teorias e ferramentas até agora conseguidas pela psiquiatria, pela psicologia, pela sociologia e outras disciplinas afins. Pelo contrário, a questão proposta é ressignificá-las no contexto histórico atual, no contexto de uma saúde mental que parta do sujeito, da subjetividade projetada no comum, que permita coabitar a diferença e a partir dela reformular as respostas assistenciais, clínicas e sociais.” (Desviat, 2018, p.213)

Apenas o espaço físico aberto ou mesmo uma grande equipe de caráter interdisciplinar com vários procedimentos e/ou atividades terapêuticas, não garante que não possa existir uma institucionalização dos pacientes nos serviços da RAPS, nem mesmo a “postura manicomial” dita acima na narrativa da residente Penha (R2, SM1), como assinala em seu artigo Fernando Kinker (2012):

O trabalho territorial exige uma imersão nos contextos concretos de vida, que pode ser evitado pela manutenção constante de programas de atividades protocolares que afastam o contato com as contradições

sociais e com a realidade de vida dos usuários (as grades de atividade pré-formadas por oficinas terapêuticas, grupos terapêuticos, atendimentos individuais e grupais que reproduzem o distanciamento das contradições cristalizam os papéis e as situações, evitando qualquer metamorfose e produção de saúde). É óbvio que não se trata de negar a potencialidade dos procedimentos dos serviços de saúde mental, mas de constatar que esses procedimentos, afastados da realidade concreta de vida dos usuários em seu território de existência, servem apenas como formas de controle dos desvios e de manutenção da ordem, empobrecimento da existência de usuários e profissionais... (Kinker, 2012, p.699)

Complementando, Pande e Amarante (2011), em seu estudo sobre “Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos”, alertam para novas formas de institucionalização e cronicidades nos serviços de saúde mental

Com os princípios da reforma psiquiátrica brasileira, supõe-se a superação do modelo asilar, subentendendo que a instauração de novos serviços, de portas abertas, de base territorial, com maior interlocução com a comunidade, proporcionaria um curso diferente daquele atribuído à suposta doença mental. No entanto, com o surgimento dos novos serviços, retornam a crítica à institucionalização e a reflexão sobre a nova cronicidade, assim como o entendimento de que tais serviços podem criar novas formas de institucionalização, cronificação ou até mesmo manicomialização. (Pande e Amarante, 2011, p.2068)

Basaglia (2005) e Goffman (2008), autores já citados na introdução desse estudo chamam a atenção para instituições onde predominam a tutela e a hierarquia entre técnicos e pacientes, e práticas que distanciam os usuários de serviços psiquiátricos de sua comunidade como processo que favorecem a cronificação.

Basaglia (2005), discorre como se operou a transformação na assistência psiquiátrica do modelo asilar para os novos serviços de saúde mental na Itália, e defende como objetivo prioritário a reconstrução da pessoa a partir de suas necessidades e sua identidade social no circuito do território e trocas sociais:

Os novos serviços territoriais, embora mantendo-se ancorados no processo de destruição do manicômio do qual vêm a ser a

continuação, desenvolveram-se segundo modalidades diversas, condicionadas pela realidade em que operavam. A necessidade de agir simultaneamente em várias frentes; o estímulo a integra-se num território ainda marcado pela cultura do manicômio e, ao mesmo tempo, pela presença da sua transformação; a busca por uma participação generalizada, capaz de suportar com os operadores o peso da ruptura da instituição; tudo isso produziu a constituição de espaços os mais abertos possível – não exclusivamente “psiquiátricos” – tendencialmente lugares de encontro entre ex-internos, a nova clientela e as pessoas da cidade; figura que, embora não tivessem de saída um código comum de reconhecimento, podiam progressivamente descobrir o terreno de uma aliança substancial entre si, na emergência de necessidades e de opressões comuns. (Basaglia, 2005, p.252)

O território citado por Basaglia (2005) como fonte de superar a institucionalização e cronificação dos novos serviços, pode ser constatado na fala de um dos residentes quando perguntado sobre as contribuições da RPB para sua prática médica:

“...na verdade isso mesmo, de ter os outros dispositivos territoriais, de você não necessariamente internar, nem todos os pacientes às vezes quando está em crise precisam de uma internação, né? Você consegue manejar a crise no território. E de você ter um dispositivo (...) tem os pacientes que têm uma demanda maior, que precisam de um dispositivo no território com mais outros profissionais ali mais disponíveis. Então, eu acho que a reforma foi muito positiva sim.” (Rosa, R2, U2)

E perguntada sobre o que entende por Reforma Psiquiátrica a mesma residente acima continua:

“Ah, paciente maluco vamos trancar em algum lugar e deixar lá porque fora das vistas está tudo certo.”, né? E a reforma é um pouco de tirar isso, da pessoa, não ter mais, enfim, tenta-se que não tenha mais manicômios, lugar que a pessoa fica jogada lá pro resto da vida, você tentar ter um cuidado com a pessoa no território dela, com internações o mais breve possível...” (Rosa, R2, U2)

Nesse sentido, a visão de superação da institucionalização através de ações no território, em concordância com Basaglia (2005), também tem eco nas falas dos residentes com relação ao contexto sociocultural na relação indivíduo-cultura e os sentidos e os significados para a compreensão do sofrimento mental grave:

“Então, de novo, acho que saúde mental, pra mim, é o encontro aí dessas esferas individuais de, enfim, problemas, questões, conflitos que provocam sofrimento mental, mas que têm de ser enxergadas dentro de um contexto sociocultural que também tem um papel muito importante no surgimento desse sofrimento né? E do modo como eles são percebidos, sentidos, significados, né? Então, de novo, acho que saúde mental, pra mim, tem a ver com esse encontro, dessas duas esferas individual, indivíduo e cultura.” (Jorge, R2, U1)

Os serviços abertos da RAPS (Brasil, 2011), implantados a partir dos princípios da RPB, funcionam conforme a lógica do território e das necessidades de saúde do usuário. No entanto, quando se fala em território, estamos nos referindo a algo que extrapola a geografia do espaço onde se localiza o serviço.

No livro “O País Distorcido”, que reúne textos publicados pelo geógrafo Milton Santos (2002), o autor apresenta uma definição que nos parece mais adequada para entender o conceito de território para os serviços referentes à RPB. E, refere-se ao território como algo não estático, que dialoga com as relações das populações destes territórios com seus valores sociais, econômicos e culturais. Segundo Santos

O território não é apenas um conjunto de formas naturais, mas um conjunto de sistemas naturais e artificiais, junto com as pessoas, instituições e as empresas que abriga, não importando o seu poder. O território deve ser considerado em suas divisões jurídico-políticas, suas heranças históricas e seu atual conteúdo econômico, financeiro, fiscal e normativo. É desse modo que ele constitui, pelos lugares, aquele quadro da vida social onde tudo é interdependente (...) (Santos, 2002, p.84)

Considerando este conceito, podemos entender o território não apenas como uma localização geográfica pela qual um determinado serviço se torna responsável; mas, como na fala do residente Jorge, uma relação constante *indivíduo-cultura*.

Nesse sentido, o manejo do Projeto Terapêutico Singular está em constante transformação e em relação com a potência do território, como assinala Lima e Yasui (2014):

“Organizar um serviço que opere segundo a lógica do território é encontrar e ativar os recursos locais existentes, estabelecendo alianças com grupos e movimentos de arte ou com cooperativas de trabalho, para potencializar as ações de afirmação das singularidades e de participação social. Para tanto, é preciso criar uma intensa porosidade entre o serviço e os recursos do seu entorno. Significa, também, especialmente nos locais precários e homogêneos, criar outros recursos, inventar e produzir espaços, ocupar o território da cidade com a loucura” (Lima e Yasui, 2014, p.603)

6.4.2 Formando psiquiatras para integrar equipes interdisciplinares na Rede de Saúde Mental do SUS

Existem várias falas no nosso estudo em que os residentes de psiquiatria abordam sua experiência na relação com outros profissionais de saúde mental. O Projeto Pró-Residência, que inclui residências multiprofissionais, traz a possibilidade dos residentes em psiquiatria terem algumas atividades de formação juntamente com os alunos das residências multiprofissionais.

Além disso, existe a convivência com equipes interdisciplinares nos serviços da rede pública de saúde mental ou mesmo nos ambulatórios de saúde mental vinculados aos hospitais-escola.

Nesse sentido, Rotelli (2001) defende a não compartimentalização de intervenções em relação ao trabalho das equipes nos centros de saúde mental italianos

...em primeiro lugar, os diversos tipos codificados de terapia (médica, psicológica, psicoterapêutica, psicofarmacológica, social etc..) são considerados como momentos também importantes, mas redutivos e parciais, sobretudo se isolados e codificados. Por isso, trata-se de demolir a compartimentalização entre estas tipologias de intervenção. (Rotelli, 2001, p.46)

Dessa maneira, parece que compartilhar as responsabilidades do projeto terapêutico com os outros profissionais da equipe de saúde mental, sem a centralização histórica do cuidado no médico, traz um certo conforto para os residentes, os quais podem dividir o “peso” da responsabilidade de um cuidado compartilhado com estes profissionais como na fala da residente Gabriela:

“...Eu acho que assim, essa vivência que a gente tem, de entender os outros profissionais – quando eu for profissional mesmo, pós-residência, eu acredito que eu vou saber melhor indicar um projeto terapêutico pro paciente. Isso me ajuda a entender que sozinha também eu não vou solucionar todos os problemas. Saber que não depende só de mim e também não me sentir tão frustrada quanto a não conseguir obter sucesso no tratamento do paciente. Acho que dá um conforto também. (...)a gente tenta fazer de tudo pro paciente, e entender que pelo menos na psiquiatria nem tudo depende só do médico. Então dividir isso com outras pessoas, ou até mesmo entender que depende do paciente também o processo de melhora, tira um pouco esse peso das costas, de achar que eu tenho que resolver o problema de todo mundo. (Gabriela, R1, SM1)

Ademais, os residentes fazem menção, quando perguntados sobre as contribuições do modelo da RPB para sua formação, ao trabalho nos novos serviços com equipes interdisciplinares, destacando a fala da residente Helena:

“...E a reforma me fez enxergar o paciente por todos os lados, me fez ter que olhar por todos os lados, e então, ter noção da equipe multi, a ter noção de trabalho em conjunto, que era algo que não fazia parte do meu dia-a-dia trabalho...” (Helena, R3, SM1)

Lima e Passos (2019), em seu estudo, entrevistando residentes de residências integradas em saúde mental da cidade de Belo Horizonte sugerem que a articulação dos programas de residências médicas em psiquiatria com programas de residência multiprofissional é fundamental para a diminuição da fragmentação dos saberes no trabalho em equipe:

Embora sejam poucas as experiências no campo da saúde mental que, rigorosamente, articulam programas de residência médica e programas de residência multiprofissional, elas são fundamentais porque pretendem diminuir a fragmentação dos saberes em campos profissionais estanques. Do mesmo modo, visam aperfeiçoar a compreensão do trabalhador acerca de seu processo de trabalho para melhor atender às necessidades de saúde da população. (Lima e Passos, 2019, p.14)”

Para Saraceno et al. (2001), a concepção psicossocial do trabalho em equipe se caracteriza por alguns elementos fundamentais:

Ultrapassar a organização exclusivamente médica do trabalho e da atenção; racionalizar a distribuição do trabalho na equipe: delegar e ultrapassar a rigidez dos papéis; racionalizar o emprego do tempo: mais tempo para atenção e menos tempo para a burocracia; manter a continuidade terapêutica; utilizar todas medidas terapêuticas: não somente os psicofármacos como também o manejo psicoterapêutico, a intervenção no meio; envolver o trabalho da equipe em toda vida social e de relação do paciente; manter um registro de dados essenciais sobre as atividades do serviço. (Saraceno et al, 2001, p.28)

Estes autores listam seis características de uma equipe que trabalha de forma “integrada”, a saber:

distribuição do Poder (entre os profissionais da equipe); importância dos conhecimentos, da responsabilidade e da afetividade; comunicação clara e não contraditória; discussão e planificação do trabalho; socialização dos conhecimentos; Autocrítica e avaliação periódica dos resultados. (Saraceno et al, 2001, p.27)

Embora as falas dos residentes, em sua maioria, seja positiva em relação ao trabalho junto com equipes interdisciplinares, existe um conflito que é exposto pelos médicos psiquiatras com relação à forma como os profissionais das outras profissões que compõem as equipes, percebem o trabalho desse especialista nos serviços da RBP. Vamos relacionar algumas falas abaixo para tentar compreender seus significados:

Eu notava que às vezes a apropriação desse discurso, não sei, eu acho que até uma apropriação equivocada de alguns preceitos da reforma, então isso acaba gerando uma tensão, como se assim, então se a nossa lógica é essa... é como se a psiquiatria fosse rechaçada. É claro que a gente tem que criticar. Eu sou supercrítico à psiquiatria, a diversas coisas, mas a gente não pode deslegitimar um campo de conhecimento por completo por conta de práticas passadas e atuais, por conta de ideologias atravessadas nesse campo. A gente não pode queimar um campo por causa dessas coisas, né? (...) Então, assim, eu entendo essa coisa, mas é uma coisa que dificulta o início do trabalho porque é como se a gente como médico já tivesse que se defender de algo que não tá falado, mas que tá ali na entrelinha, sabe? É como que se a gente tivesse que todo o tempo tá reafirmando que a gente tá junto, que a gente tá falando a mesma coisa, que a gente concorda com a forma de cuidado, sabe?” (Pedro, R3, SM2)

“Os profissionais não psiquiatras eles são muito radicais em relação à reforma. Então eles associam à medicalização, eles associam ao ECT, associam tudo isso ainda como forma de punição, hipermedicalização, como: “querem só sedar pra não dar trabalho. O ECT é forma de punição ainda.” (...) Nós somos muito julgados, Internação mesmo, quando a gente acha conveniente uma internação, por mais que seja pra proteger a vida do paciente, sabe assim? Pra evitar qualquer agressão, eles ainda veem como punição. Então assim, algumas reuniões de ter psicólogo gritando com a gente porque não era adequado internação, era mais fácil deixar no hospital do que cuidar, do que ouvir. Não entendiam que ali o paciente estava se expondo a alguns riscos e não dava pra gente bancar. Então eu acho que isso dificulta bastante nesses cenários assim, CAPS, e mesmo UBS.” (Helena, R3, SM1)

Por vezes, alguns médicos-residentes têm a percepção que são tratados de forma preconceituosa por parte de outros profissionais da equipe multiprofissional. Podemos intuir que essa postura está associada a algumas práticas médicas que historicamente são criticadas por profissionais militantes da RPB:

“(...) eu digo pra residência multiprofissional, que às vezes, ainda mais a gente aqui, no hospital terciário, que ainda é um grande hospital psiquiátrico, tem a residência multi, que tem outra formação que não médica, às vezes vê só a visão do CAPS, assim, já acha que aqui é uma masmorra, que tem que fechar, que “vamos queimar o U2”, assim, e não é isso, né? Tem, tem momentos de internação, claro que tem momentos de você trabalhar a rede, mas às vezes precisa. Então às vezes eu acho que tem pessoas que veem só uma parte da reforma e acabam, não sei idealizando umas coisas ou simplificando outras coisas, mas que botam o psiquiatra como um monstro, tipo assim: “Não! tem que acabar com a psiquiatria.” Um certo preconceito? É, um certo preconceito sim. E não é só o preconceito, porque a gente tenta conversar e tirar o preconceito, mas é quase que uma coisa doutrinada mesmo, sabe? (Rosa, R2, U2)

“Por vezes acontece algum tipo de preconceitos até mesmo, por parte deles, de querer dizer que a gente só faz a parte médica e que a gente não passa tanto tempo assim com o paciente. Ou então uma questão de parece às vezes uma competição. Assim, quem gosta mais do paciente.” (Patrícia, R1, U2)

Essas falas são importantes, pois mostram uma disputa ideológica de modelos, parece que as questões que levam à tensão entre os médicos-residentes com outros profissionais da equipe de saúde mental estão associadas ao uso de algumas ferramentas do modelo biomédico, que historicamente estão sendo criticadas pelos profissionais alinhados ao campo da RPB.

Estas ferramentas se referem à discussão da medicalização, do qual os próprios residentes trazem como uma preocupação na sua prática médica, tema que foi abordado anteriormente em nosso estudo no item 5.2.2.

Vasconcellos (2010), em estudo pesquisando possibilidades e obstáculos da integração interdisciplinar em CAPS, observa

A condição da psiquiatria é *sui generis* na Saúde Mental, seja porque está envolta em críticas seja porque está cercada de enlevo. As críticas, explica-se, advêm de setores do campo da Saúde Mental preocupados com o excesso de medicalização dos usuários e com a concepção biológica que advoga a loucura como doença mental, pontos que são extremamente sensíveis, especialmente após a valorização de variáveis sociais e psicológicas na esteira da reforma psiquiátrica. Por outro lado, o psiquiatra, além de carregar o prestígio social e a tradição da medicina, é o profissional comumente chamado para intervir nos casos mais graves, envolvendo-o em um imaginário de potência e colocando-o na condição de não só equacionar as crises, mas de aplacar, por meio de tal delegação, a angústia dos demais profissionais diante dessas. (Vasconcellos, 2010, p.10)

Desse modo, um dos coordenadores entrevistados associa a tensão entre os médicos psiquiatras e os outros profissionais da equipe, ao fato de haver uma disputa de poder pelo papel do médico muito identificado com uma visão de contrarreforma e ao modelo da biomedicina:

“Eu acho que houve um esvaziamento do valor do papel do médico porque ainda é muito identificado como uma clínica que seria uma clínica focada no sintoma, focada na doença, focada no exercício, né? Aí vem Foucault, o poder médico, uma série de discursos (...) eu acho que são muito importantes, mas que de certa forma trouxeram esse tipo de coisa. É quase como se pensasse que: pra poder incluir outros pares é preciso reduzir o poder de um – e era o poder médico, que era o vigente, é evidente. Não tinha outro poder, né? O poder médico era preponderante. Hoje acho que não é mais, mas acho que houve também um certo excesso nisso, como se saísse um pouquinho da curva, a ponto de tentar de certa forma excluir o que é, vamos dizer assim, a essência do trabalho médico, né?”
(Antonieta, Precep., SM2)

Pautando as diferenças de poder e status, parece-nos que, no imaginário da sociedade, o médico ainda ocupa um papel central no cuidado em saúde, reafirmando uma hierarquia que outros profissionais da equipe tendem a questionar, principalmente depois que os serviços da RPB foram criados como espaços de funcionamento horizontal com equipes multiprofissionais e interdisciplinares.

Neste sentido, pesquisando o papel do médico do CAPS no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, Dornelas e Almeida (2017) afirmam que o poder atribuído ao médico é um dos desafios, seja na relação com outros profissionais da equipe, seja na própria relação com os pacientes e seus familiares ou mesmo como fator a ser destacado no processo de desinstitucionalização:

Entre os desafios encontrados, os avanços das experiências de desinstitucionalização e da reforma, pode-se citar a imagem do médico com papel central no cuidado que se encontra solidificada no imaginário de alguns pacientes e seus familiares ou acompanhantes. Para desconstrução dessa ideia, propõe-se uma mudança na postura do médico com os pacientes e com os demais profissionais do serviço, além de privilegiar os atendimentos em conjunto, fomentando o trabalho interdisciplinar e multiprofissional. Além disso, a atuação do médico para além da prescrição de medicamentos contribui tanto para essa desconstrução quanto para a adequação do tratamento à cada caso, de acordo com as demandas de cada usuário. (Dornelas e Almeida, 2017, p.7)

Essa discussão sobre a tensão entre os residentes de psiquiatria e demais profissionais da equipe multiprofissional aponta-nos uma provocação: apesar de muitos residentes afirmarem uma percepção positiva em relação aos benefícios do trabalho interdisciplinar, este ainda é palco de disputa de poder; e, que pode prejudicar o paciente usuário do serviço.

Ao mesmo tempo é preciso estar atento ao preconceito em relação a quaisquer profissionais da equipe interdisciplinar. Se um dos conceitos fundamentais da RPB é

conviver com as diferenças, então soa como contraditória a existência do preconceito entre os profissionais de saúde mental.

No entanto, não significa que não possam existir conflitos, embates, debates, mas os consensos também fazem parte de um bom repertório de uma equipe interdisciplinar. Não deve existir espaço para hierarquias piramidais ou poder centrado em um ou mais profissionais, e que tornam o resto da equipe passiva, obedecendo a algum monólogo ideológico, como assinala Desviat (2018)

Para que uma equipe possa elaborar um projeto terapêutico tem de se tornar um grupo aberto, horizontal, em espaço de diálogo, de debate, e não como lugar de simples distribuição de tarefas, um monólogo do chefe da equipe. A evolução para passividade, para aceitação de uma convivência profissional e cotidiana em que um manda e outros obedecem entorpece a criação de espaços abertos onde a crítica seja possível. (Desviat, 2018, p.69)

6.5 O Manicômio nosso de cada dia: como desinstitucionalizar também a formação do “Manicômio Mental” nos psiquiatras

“A reforma psiquiátrica aconteceu, eles tiraram esses manicômios de quatro paredes, só que esses manicômios continuaram presentes na sociedade, assim, continuaram presentes na nossa realidade, porque o manicômio não é só aquela instituição, o manicômio, pra mim, é como eles, é como é lidado com o doente mental – então é excluído, é visto como diferente, é tratado como especial. Então pra mim é isso (...) algumas coisas não mudaram. Foi feito, agora está tentando se incluir esses pacientes na saúde mental como um todo, com a equipe multiprofissional, só que ainda existe essa exclusão. Os manicômios estão dentro de nós, dentro das pessoas, não é só aquela instituição. Foram fechados alguns manicômios, mas os manicômios continuam existindo.” (Helena, R3, SM1)

Trazemos agora, a partir da fala provocativa da residente Helena, uma categoria que achamos oportuno desenvolver, devido à sua importância para a atualização das

discussões de uma boa prática e, conseqüentemente, para uma boa formação dos novos psiquiatras residentes.

A partir de algumas falas dos residentes sobre o que seria uma “cultura manicomial”, que carregamos como profissionais de saúde em nossas práticas e nas nossas relações interpessoais em sociedade, gostaríamos de discutir a influência dessa cultura na formação dos residentes.

Quando a residente Helena declara que: “*Foram fechados alguns manicômios, mas os manicômios continuam existindo.*”, ela nos provoca a refletir como uma “cultura manicomial” foi se estruturando historicamente no cuidado em saúde mental.

Sobre a expressão “manicômio”, importante destacar que este termo é utilizado pelo campo da RPB em substituição a “hospital psiquiátrico”.

Segundo Amarante (2003, p.16), esta expressão tem como estratégia: “(...) reforçar o caráter asilar, segregante, violento, tutelar e médico-jurídico de todas as instituições desta ordem”.

No entanto, a residente Helena em seu depoimento expressa uma temática que está além das instituições físicas, uma cultura que permanece: “*dentro de nós, dentro das pessoas, não é só aquela instituição*”. Este pensamento sugere algo semelhante à expressão “Manicômio Mental”.

Essa expressão ficou marcada no texto apresentado pelo filósofo Peter Pelbart no plenário de trabalhadores de saúde mental na cidade de São Paulo em 1989.

Nesse texto, Pelbart (1993) conceitua o “Louco” como um personagem que foi “discriminado, excluído e recluso” ao longo da história e a “Loucura” como sinônimo de “desrazão”, sendo esta “uma dimensão essencial de nossa cultura: a estranheza, a ameaça, a alteridade radical, tudo aquilo que uma civilização enxerga como seu limite, o seu contrário, o seu outro, o seu além” (Pelbart, 1993, p.706)

Portanto, para Pelbart (1993) não bastaria apenas fechar os manicômios e construir novos serviços abertos baseados nos princípios da RPB, mas será necessário, que o moderno racionalismo ocidental que “trancou a desrazão” seja criticado:

Não basta destruir os manicômios. Também não basta acolher os loucos, nem mesmo relativizar a noção de loucura compreendendo seus determinantes psicossociais, como se a loucura fosse só distúrbio e sintoma social, espécie de ruga que o tecido social, uma vez devidamente “esticado” através de uma revolucionária plástica sócio-política, se encarregaria de abolir. Nada disso basta e essa é a questão central, se ao livrarmos os loucos dos manicômios, mantivermos intacto outro manicômio mental, em que confinamos a desrazão. (Pelbart, 1993, p.706)

O processo de desinstitucionalização defendida por muitos seguidores do paradigma da RPB implica não apenas numa reforma de instituições ou simplesmente uma reforma de serviços de saúde mental, mas, sobretudo, uma possibilidade de mudança no paradigma na percepção do que seria saúde mental para a sociedade.

Nesse sentido, a residente Penha faz associação da RPB como um movimento associado aos direitos humanos:

“Eu considero que a reforma psiquiátrica é um movimento em que a gente está tentando rever onde é que o paciente psiquiátrico e o atendimento na saúde mental cabem na sociedade dos dias de hoje, que o formato manicomial é tratar o paciente desta forma, visto, inserido dentro de uma estrutura manicomial ela hoje em dia não cabe mais, não existe mais por “n” motivos, né? Veio junto com todo esse movimento de direitos humanos, e isso estava inserido porque muitas vezes os nossos pacientes não eram nem vistos como humanos, era uma escória. E vem como movimento natural mundial, que eram situações que não eram aceitáveis, que acho que até feriam o nosso juramento como médico. (Penha, R2, SM1)

As residentes Helena e Penha, em suas falas, elucidam questões das dimensões dos Direitos Humanos e Sociais e, associam-nos como um dos princípios do campo da

RPB. Algo que transcende o moderno aparato técnico-científico médico, mas que na dita “*arte médica*” é tão importante quanto, pois tratado respeito às diferenças, às singularidades das pessoas, do respeito ao “estranho” e da “desrazão” que existe em todo ser humano, mas que nos portadores de transtorno mental se mostra mais visível e imprevisível.

De acordo com Lima e Yasui (2014) é preciso reinventar práticas para lidar com a radical diferença produzida pela loucura:

A racionalidade moderna, encarnada no gesto de Pinel, de retirar os grilhões, também se ergueu como a libertadora dos loucos. Hoje, estamos diante de novos desafios: exercitarmo-nos no acolhimento de pessoas em sofrimento psíquico sem produzir anulação das diferenças e homogeneização, e sem domesticar ou domar a loucura, retirando dela sua potencialidade de romper códigos engessados e alienantes; construirmos espaços que possam ser habitados pela radical diferença da desrazão, em toda a sua plenitude provocativa, permeável e porosa a um estranho diálogo com a nossa racionalidade 'careta', mas sem a qual ainda não sabemos direito como viver. Construir esses espaços implica reinventarmo-nos na relação com a experiência da desrazão; implica, enfim, pensar, sentir e viver de forma diferente, intensamente diferente. (Lima e Yasui, 2014, p.603)

Por sua vez, Gadamer (2006) contribui com a reflexão da arte médica, que extrapola o médico cientista, em especial, na psiquiatria:

Se, de modo geral, pode-se somente com relutância classificar o médico como um cientista, para o psiquiatra essa dificuldade atinge medida especial. Sua ciência e sua práxis movimentam-se por toda a tênue fronteira entre as áreas de conhecimento das ciências naturais e a sua penetração racional do acontecimento natural, e ele ainda se vê confrontado com enigmas mental-espirituais. Pois o ser humano não é apenas um ser natural, mas também algo misteriosamente estranho a si mesmo e ao outro, como pessoa, enquanto semelhante, na família e no trabalho, com inúmeras e imponderáveis influências e efeitos, fardos e problemas. O imprevisível sempre volta a atuar. Nesse aspecto, há ainda incompreensibilidades completamente diferentes das leis pesquisadas dos acontecimentos naturais. (Gadamer, 2006, p.166)

Parece que atuar com o imprevisível, o estranho, e talvez o lado da “desrazão” faz parte do cotidiano do psiquiatra. Nesse sentido, fica as indagações: será que a formação do psiquiatra consegue pensar nesse lado “obscuro” e “misterioso” do humano como algo a ser compreendido não apenas como parte de uma doença? E, se assim for, será que saberá acolher este imprevisível dos *modos diferentes de andar a vida*?

Talvez o ato clínico possa ser também um ato político na medida que trabalhe com a tolerância, a diversidade no social e, talvez com isso, superar o “manicômio mental”.

Para isto, entender a vivência de cada paciente de forma singular e criar estratégias para lidar com seu sofrimento na relação com o social parece ser um dos caminhos comentados por alguns residentes sobre a prática psiquiátrica:

“(...) Mas o bem-estar mental é a pessoa tentar, Ela vai ter os conflitos dela intrapsíquicos, mas saber solucionar da melhor forma possível como que ela consegue criar estratégias, ajudar a pessoa a criar estratégia pra lidar com o próprio sofrimento...Acho que o nosso papel como psiquiatra é mais esse. (Simone, R2, SM2)

Ernesto Venturini, psiquiatra que foi assessor da OPAS para América Latina e Caribe acompanhou de perto o processo da RPB no Brasil, também faz associação entre a questão da razão moderna e a exclusão do dito “Louco” do contexto social (Venturini, 2003), e assinala

O louco tem sido colocado, de tempos em tempos, dentro ou fora desta linha; tem constituído, sempre, um mistério ao qual se atribuiu tudo que perturbava o senso comum: o que era vetado ou o que era socialmente perigoso. A imagem da loucura mudava conforme mudava a razão. Aquilo que não mudava era, por sua vez, a relação conflituosa de exclusão/ complementaridade entre a não-razão e o sistema de valores éticos, afetivos e religiosos, definidos como categoria de normalidade. (Venturini, 2003, p.159)

Ainda dentro desse mesmo raciocínio, Venturini (2003) dispara na continuação do texto citado acima, que a formação dos psiquiatras deveria ser transformada, mas que existe uma resistência pelas instituições formadoras para aceitar as modificações do processo de desinstitucionalização antimanicomial que faz uma “forte ligação entre a prática de trabalho e prática da vida”, a saber

A chave para transformação deveria ter sido uma nova formação, mas neste setor encontram-se resistências e atrasos por parte de universidade e das escolas. Segue-se ensinando a psiquiatria e seu código moral como se o manicômio não estivesse modificado (...) A necessidade de medirem-se com a lógica da eficiência, de entrarem na pele do poder para abrir espaço à possibilidade de mudança - a que ponto se tem poluído a “mente” dos técnicos! Tem-se afrouxado a forte ligação entre a prática do trabalho e a prática da vida. (Venturini, 2003, p.168)

Um dos residentes, ao ser perguntado sobre o que ele entende por Reforma Psiquiátrica, faz uma relação entre o conceito da Reforma Psiquiátrica e o conceito de liberdade, entendendo que seu papel como médico deve ir além da técnica, ou seja, de poder também ter um olhar para a singularidade de seus pacientes:

“(...) Olhar a pessoa como pessoa e ver que, tá bom, ela tem uma doença mental. Mas o que mais que essa pessoa faz? O que mais que essa pessoa gosta? E, ela consegue ter esse movimento de pensar em si mesmo, de se entender como uma pessoa que não é só um doente mental? E, se inserir na sociedade que ela gosta, da forma que ela acha melhor, da forma que, né, que seja ela mesma, que as pessoas possibilitam e, que ela acaba se possibilitando, acho que dada a oportunidade, e isso pra qualquer pessoa, não só um doente mental. Isso pra mim é liberdade. Ele sai de uma prisão externa das instituições e de uma prisão interna mesmo, de “não sou só isso.” E passa a exercer um outro papel. (Roberta, R1, U1)

Lilia Schraiber (1995), em um estudo pesquisando a relação da medicina com a tecnologia na história da prática médica, aponta que esta não é guiada apenas pela dimensão técnica, mas por um ato singular com repercussões no social:

A medicina, na qualidade de trabalho, é realidade técnica: transformação que o médico opera em seu objeto de intervenção (o doente), fundada em conhecimento científico (ciências naturais). Contudo, se toda técnica sugere ser aplicação das ciências, denotando repetições e rotina por meio desse conhecimento universal que implicaria ato sempre igual, no caso da ação médica não é exatamente assim que o processo se dá. Antes, mesmo sem perder o caráter técnico-científico, todo ato médico consegue qualificar-se como ato, de certa forma, singular, único. Isso porque envolve decisão pessoal do médico na aplicação do conhecimento científico. Há, para tal envolvimento, razões não apenas da esfera da técnica, como intervenção sempre social, mas principalmente razões históricas. (Schraiber, 1995. P.59)

Por sua vez, Canguilhem (2006) questiona o entendimento do processo de saúde e doença apenas por uma normatividade biológica, postulando que o estudo desse processo deve considerar o normal sempre na relação dinâmica do ser vivo com meio:

O ser vivo e o meio, considerados separadamente, não são normais, porém é sua relação que os torna normais um para o outro. O meio é normal para uma determinada forma viva na medida em que permite uma tal fecundidade e, correlativamente, uma tal variedade de formas que, na hipótese de ocorrerem modificações do meio, a vida possa encontrar em uma dessas formas a solução para o problema de adaptação que, brutalmente, se vê forçada a resolver. Um ser vivo é normal em um determinado meio na medida em que ele é a solução morfológica e funcional encontrada pela vida para responder a todas as exigências do meio. (Canguilhem, 2006, p.102)

Será que o dito Transtorno Mental ou estrategicamente nomeado por alguns como “Loucura” pode ser uma “*forma diferente de andar a vida*” ou, como refere Canguilhem no texto acima, um “problema de adaptação que, brutalmente, se vê forçada a resolver”?

No clássico texto “Instituição Inventada”, Rotelli (2001) ressalta que o grande trabalho terapêutico no processo de desinstitucionalização é aquele

Voltado para reconstruir as pessoas como atores sociais, para impedir-lhes o sufocamento sob o papel, o comportamento, a identidade estereotipada e introjetada que é a máscara que se sobrepõe à dos doentes. Que tratar signifique ocupar-se aqui e agora para que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do paciente e que ao mesmo tempo se transforme a sua vida concreta cotidiana (Rotelli, 2001, p.94)

Como poderemos, através do saber psiquiátrico, diferenciar fenômenos patológicos ligados ao adoecimento, de fenômenos anormais não necessariamente patológicos? Para isto, o processo de normalização tem que ser avaliado de forma crítica, a partir de autores que relacionam a *norma* como uma das estratégias disciplinares.

Foucault (2005) analisando o poder a partir de técnicas e táticas de dominação, comenta sobre um tipo de poder que se exerceria na forma de vigilância contínua, um poder que se faz com uma regra não jurídica, mas à partir de uma suposta regra natural, ou seja, a norma. Trata-se do poder disciplinar que segundo Foucault (2005), através da norma definirá um código

que será aquele, não da lei, mas da normalização, e elas se referirão necessariamente a um horizonte teórico que não será o edifício do direito, mas o campo das ciências humanas. E sua jurisprudência, para essas disciplinas, será a de um saber clínico. (Foucault, 2005, p.45)

Birman (2007), aponta que a ideia de progresso seria fundamental para criar a *racionalidade científica moderna*, ao lado do início da revolução industrial, com o objetivo de “melhoria do gênero humano”. Essa melhoria seria fundamentada pelas *normas* enunciadas nesta nova racionalidade. Para este autor, a medicina moderna foi a

matriz de uma visão que favorecia a “*normalização do campo dos anormais, com a intenção de produzir tal melhoria*”. Ainda sobre esse aspecto, o autor ressalta:

Nesse contexto, a loucura e a criminalidade foram alvos privilegiados do processo de medicalização do social, pela qual a normalização se realizava. O asilo e a prisão foram os novos territórios constituídos para materialização dessa estratégia. Contudo seria necessário intervir não apenas no campo da patologia, mas principalmente no da anormalidade, para que a produção da qualidade de vida da população pudesse ser mais eficaz e efetiva. (Birman, 2007, p.535)

Como a medicina desde o século XIX se fundamenta basicamente na polaridade saúde e doença em psiquiatria, por não ter causas concretamente biológicas para a etiologia de seus transtornos, a norma impera, quer seja de forma estatística, quer seja de forma moral. (Birman, 2007)

Mesmo quando a psiquiatria se utiliza de conceitos formados a partir de uma teoria biológica, o seu objetivo, desde o século XIX, continua ser decidir por diagnósticos do que é normal ou patológico, como na fala de Foucault (2020) sobre a evolução da clínica médica:

Se as ciências do homem apareceram no prolongamento das ciências da vida, é talvez porque estavam biologicamente fundadas, mas é também porque o estavam medicamente: sem dúvida por transferência, importação e, muitas vezes, metáfora, as ciências do homem utilizaram conceitos formados pelos biólogos; mas o objeto que eles se davam (o homem, suas condutas, suas realizações individuais e sociais) constituía, portanto, um campo dividido segundo o princípio do normal e do patológico. (Foucault, 2020, p. 39)

Essa relação entre a medicina e a norma como estratégia de medicalização do social tem sua origem no registro de valores e da moral desde o início da racionalidade científica na medicina. (Birman, 2007).

Observamos que, apesar de prevalecer a lógica fundamentada na racionalidade da medicina científica baseada ainda no processo da normalização, quando se pergunta

sobre o conceito de Psiquiatria, alguns entrevistados apresentam uma visão ampliada da função da prática do psiquiatra relacionada com o “andar a vida” das pessoas, reforçando as observações de Canguilhem (2006) da relação do homem com meio, assim como na fala do Preceptor Arlindo (SM1):

“E é um privilégio poder ajudar essas pessoas a conseguirem seguir com a vida, né? A gente fazendo o tratamento, estimulando a autonomia, trabalhando com prevenção, outras estratégias de melhoria, além da psicofarmacoterapia. Mas acho que o psiquiatra ele tem uma capacidade de ajudar as pessoas que vai muito além de cuidado de uma doença em si, ou algo do tipo. Mas realmente auxiliar aquele indivíduo a seguir a vida dele da melhor forma possível, né? Uma vida plena. Dentre as dificuldades, acho que isso é mais ou menos um consenso entre os colegas aí, mas é entrar em contato com realidades e com eventos de vida às vezes tão difíceis que as pessoas enfrentam, né?” (Precep. Arlindo, SM1)

Citando a experiência do coletivo da Rádio Nikosia, emissora em Barcelona, formada por um grupo de pessoas diagnosticadas com transtornos mentais que se utilizam da rádio como estratégia para desconstruir as bases do próprio sofrimento, Desviat (2018) relata que este grupo produz um discurso onde suas vozes

censuram a loucura, questionam, refugiam-se nela, a redefinem, sofrem, e tentam situá-la no lugar do normal, mas esse normal é aqui o da diversidade. Não a normalidade que deixa de fora o louco, aquela que os profissionais de saúde tentam fazê-la integrar-se, considerando essa normalização como um indicador de cura. (Desviat, 2018, p.121)

Desviat (2018) acrescenta, com base nos seus estudos sobre o conceito de medicalização de Foucault (abordado nesse estudo no item 6.3), que a psiquiatria pode ter se transformado numa ferramenta da normalização e, que a sociedade precisa para ser normal: “do herege; do diferente que confirma, com sua anormalidade, sua normalidade. Esse é o último jogo com a loucura”. (Desviat, 2018, p.121)

Sem dúvida que, se observarmos grupos de pacientes que se afirmam através de suas diferenças, temos aí uma boa referência para uma rota de fuga do discurso científico reducionista baseado nas polaridades razão/desrazão, normal/anormal.

Não se trata de ignorar teorias e ferramentas da psiquiatria, mas talvez ressignificá-las no contexto da Reforma Psiquiátrica, na saúde mental dentro do contexto histórico atual (Desviat, 2018).

Neste sentido, iniciativas que discutam, na formação dos residentes, temas de questões relacionados à saúde coletiva e direitos sociais são possibilidades de ampliar o discurso hegemônico da normalização, como na resposta da pergunta por um dos preceptores sobre temas que são aplicados na formação dos residentes:

“(...) vários temas na formação do residente (...) por exemplo, agora mesmo eu estava discutindo uma aula para se trabalhar as questões do colonialismo, então tem a ver com: racismo, com preconceito, questões de gênero também é discutido nas aulas.”
(Antonieta, Precep., SM2)

Outro preceptor também comentando sobre a formação dos residentes, fala sobre uma medicina para além das evidências científicas, o que ele chama de uma medicina baseada em valores:

“Eu não acho que a gente deva endeusar a medicina baseada em evidências, eu acho que existe uma série de equívocos. Um deles, por exemplo, "Ah, se não tem nenhuma investigação dizendo que o negócio funciona é porque o negócio não funciona." Não. É o que a gente não sabe. Não foi feita uma investigação. Ou então os próprios vieses de publicação que a literatura tem. Eu acho que é preciso considerar esse aspecto. E também, considerar uma medicina baseada não necessariamente em evidências, mas baseada em valores”.
(Eugênio, Precep., U1)

É um desafio conseguir superar o “manicômio mental” que produz exclusão, preconceito, ou conceitos de transtornos apenas baseados na normatividade racional que normaliza quem é normal e quem não o é; e, muito embora, esses, nem sempre comprovados pela própria medicina baseado em evidências.

Para encerrar nossos resultados com uma perspectiva crítica acerca dessa normatividade hegemônica na psiquiatria, proponho retomarmos a reflexão do nosso primeiro residente entrevistado:

“A ideia dos manicômios, de rever o quanto que saúde mental das pessoas tem mais a ver, justamente como eu estava falando, com esse contexto social e até micro, né? Onde o suporte que a pessoa tem nos bairros onde ela vive, na família, né? Onde ela pode ser compreendida ali, de fato. O quanto esse suporte tem uma função na saúde mental. Então, talvez, o quanto que um paciente psicótico consiga ser bem desenvolvido socialmente, assim, sem maiores problemas, tais como agressividade. O quanto que essa agressividade do psicótico, por exemplo, que está mais relacionada a ele, não ter um encaixe dentro da sociedade? como a gente enxerga os modos desse psicótico sofrer, né? Como a gente não reconhece os modos dele sofrer, e menos como sendo um problema lá orgânico de uma carência de dopamina numa determinada via biológica, que justificaria ele ser então excluído dessa sociedade da qual ele não pode fazer parte de acordo com essas autoridades aí médicas, né?”
(Jorge, R2, U1)

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A influência da Reforma Psiquiátrica Brasileira na formação do psiquiatra nos pareceu pouco estudada, considerando as pesquisas bibliográficas realizadas por esse autor em artigos, livros e teses acadêmicas. Apesar de muitas referências ressaltarem a importância da RPB na mudança do modelo de formação dos profissionais de saúde mental, foram escassos os estudos que se debruçaram especificamente nos programas de formação em Residência Médica em Psiquiatria e baseados na escuta dos próprios médicos residentes sobre a influência da RPB em sua formação. A partir dessa constatação após o levantamento bibliográfico para elaboração da tese, foi o que nos motivou ir à campo e “ouvir as vozes” dos residentes e preceptores da área.

Interessante ressaltar que, à medida em que entrávamos em contato com os coordenadores dos Programas de Residência e outros agentes de formação para articular a ida ao campo, sentimos certo estranhamento sobre o tema da pesquisa, pois não se tratava de temas convencionais como: psicofarmacologia, psicopatologia, papel dos neurotransmissores ou outro tema relacionado ao processo biomédico hegemônico na formação dos psiquiatras. Talvez o espanto se explique por se tratar de um tema que leva a refletir sobre as bases epistemológicas dos conteúdos de formação, o que pode gerar certo desconforto, bem como o tema da RPB no campo da Psiquiatria está, em geral, associado erroneamente apenas a uma de suas linhas conceituais, a saber: a da Antipsiquiatria. Essa relação direta e equivocada torna esse tema um “tabu” para o aprofundamento das discussões da relação da RPB com a formação dos psiquiatras.

Vimos, porém, ao longo do estudo, que tal associação não foi uma realidade no campo da RPB, nem mesmo para os residentes entrevistados, os quais, associaram em

suas narrativas sobre a RPB a um campo complexo e ampliado, em relação a sua influência na rede pública de saúde do SUS, nas políticas públicas e no cuidado em saúde mental.

Observamos que, tanto as residências integradas, como as mais centradas em hospitais-escolas, são oferecidas em acordo com a Resolução da CNRM N° 02 /2006, de 17 de maio de 2006 (Brasil, 2006), que dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica em Psiquiatria no Brasil, com duração de 3 anos. Fica evidente, porém, na comparação entre os programas pesquisados, que a Residência com modelo centrado em hospitais-escola inclinou-se a ter suas atividades dentro do próprio ambiente hospitalar; e, que a experiência prática na rede pública de saúde mental fora do complexo do hospital, baseou-se em atividades optativas, principalmente a partir do terceiro ano de residência.

Os quatro programas pesquisados ressaltaram a importância do trabalho em equipe multiprofissional de forma interdisciplinar, realizando atividades práticas e teóricas em conjunto com a residência multiprofissional, durante a passagem nos diversos campos de estágio. Essa experiência de convívio entre as duas modalidades de residências nos campos de estágio foi descrita, de modo significativo, como enriquecedora para a troca de saberes.

Quanto às características do cuidado exercido pelos residentes, apesar de relatos dos entrevistados indicando, em sua maioria, um modelo médico-centrado, ainda muito baseado no modelo das tecnociências, houve relatos de várias experiências com atividades que fogem a este modelo, principalmente fora do setting clássico da sala de atendimento médico. Houve relatos de experiências de cuidado de forma ampliada, integral, resignificando o processo de trabalho através de escuta, criatividade e empatia, fugindo de um cuidado centrado em sintomas.

Além disso, questões como promoção e prevenção em saúde foram associadas ao cuidado em saúde mental, não apenas pelos residentes, mas também pelos seus preceptores.

Foi recorrente nas narrativas dos residentes, considerar a experiência singular do sofrimento de cada pessoa em seu adoecimento, observando e cuidando não somente dos transtornos, mas, sobretudo, dos vários modos de “*andar a vida*”. Nesse sentido, os residentes também apontaram a preocupação, nas relações com seus pacientes, de não apenas apreender sua sintomatologia, e sim a necessidade de singularizar a experiência de cada paciente.

Destacou-se nas narrativas o comentário dos residentes sobre a elaboração do PTS como algo que contribui para a integralidade no cuidado, destacando-se a participação de residentes nas oficinas terapêuticas, sejam elas no campo do trabalho e economia solidária, sejam elas ligadas a outras práticas como artísticas, esportivas, culinária, etc...; as quais, colaboram para a vivência de um tipo de cuidado que é entendido como diferente daquele ligado ao modelo biomédico convencional.

As oficinas se mostraram como modalidade de prática que enriquece a formação do psiquiatra, posicionando-o em um setting que proporciona um outro olhar para o adoecimento, diferentemente do observado tão somente no atendimento dos consultórios nos serviços de saúde mental.

Identificou-se uma percepção positiva, principalmente entre os residentes que fazem parte do programa de residência integrada, que os serviços abertos, em especial, os CAPS e as residências terapêuticas, têm proporcionado uma maior autonomia para os usuários desses serviços construídos a partir dos princípios da RPB. A percepção da relação desses serviços com a discussão da autonomia dos sujeitos sugere que os residentes estão atentos ao risco de tutela na relação psiquiatra-paciente.

Em relação à medicalização, tema fundamental para discutir as bases da formação do psiquiatra, chamou a atenção a associação do tema mais fortemente ao uso abusivo de medicamentos psicotrópicos, embora alguns dos entrevistados tenham ampliado essa compreensão, quando relataram que observam em sua prática cotidiana e na de outros colegas médicos interferências em demandas não especificamente médicas.

Outro aspecto que se destacou em relação a essa categoria foi a associação do processo de medicalização à própria angústia dos residentes em resolver, pelo modelo prescritivo, o sofrimento do outro. Esta angústia foi atribuída, por um lado, ao processo de trabalho dos residentes com carga horária exaustiva; e, por outro lado, à dificuldade em lidar com sofrimento psíquico dos pacientes sem que se possa resolvê-los de forma segura e eficiente. Os residentes entrevistados apontaram que a angústia de observar seus pacientes e não conseguirem alcançar a melhora de seus sofrimentos, de não ter controle sobre a mudança de comportamento do outro, levava a um maior risco de medicalização. Alguns chegaram a relatar automedicação como uma prática comum em seus grupos de colegas residentes para dar conta dessa angústia.

Ademais, pudemos verificar na discussão desse tema a associação da medicalização ao excesso de diagnóstico, com críticas à rapidez com que se atribui atualmente diagnósticos psiquiátricos aos sujeitos. Destacou-se ainda, quanto à medicalização, a preocupação encontrada entre os residentes com a influência da indústria farmacêutica em seus processos de formação médica. Ficou evidente, na fala dos entrevistados, que essa influência ocorre não apenas na formação da residência médica, mas também nos congressos da área.

A relação da RPB com a formação mostrou também estar associada nas narrativas dos residentes e seus preceptores, a uma atenção em saúde comunitária dentro de uma lógica da atenção psicossocial em rede, cuidado em liberdade e com ações no

território. Observamos que os residentes que estão em formação nas residências integradas falaram ativamente de um tipo de cuidado mais alinhado aos princípios da Reforma Psiquiátrica e do SUS. Isso ocorre, possivelmente, por terem um tempo maior de passagem nos serviços da RAPS/SUS, nos quais concentram mais suas atividades do que os que se formam no modelo hospital-escola. Além disso, o fato de atuarem em vários serviços da RAPS possibilita maior intercâmbio interprofissional e os melhor prepara para atuar em realidades diferentes, principalmente nos cenários do SUS.

Os residentes vinculados ao modelo hospital-escola chegaram a ironizar que vivem sua formação em uma “*ilha da fantasia*”, pois os hospitais-escola têm recursos bem acima da média dos serviços da rede pública. No entanto, importante ressaltar que, tanto residentes desses programas como seus preceptores, apontaram para uma maior possibilidade de abrir para campos de formação com maior tempo na RAPS da rede pública como um todo e não apenas centrar a maioria delas no complexo hospitalar universitário.

Por outro lado, os residentes e preceptores vinculados às residências integradas apontaram dificuldades em relação ao deslocamento geográfico entre os serviços, principalmente em grandes centros urbanos, menor uniformidade na organização dessa formação, em especial, em relação ao controle de rendimento das atividades com os residentes, precariedade de recursos dos serviços da RAPS e baixa qualidade de preceptoria, e, que, muitas vezes, lidando com preceptores não capacitados para esta função.

Um fator importante que chamou a atenção em algumas narrativas foi em relação às novas formas de institucionalização nos próprios serviços abertos da RAPS. Narrativas que associaram, por exemplo, os CAPS a uma “creche”, ou críticas ao longo tempo de permanência nesses serviços, apareceram nas falas dos residentes.

A falta de um PTS que possa constantemente se atualizar e programas específicos para pacientes ditos como “crônicos” são outras questões levantadas pelos residentes com relação ao modelo de funcionamento desses serviços. Os residentes relataram, com ênfase, a importância de ficar atento à relação indivíduo-cultura no território como estratégia de atualização do PTS dos usuários nos serviços de saúde mental e comentaram que a efetiva inclusão social se faz na comunidade dos sujeitos.

Outro aspecto, não menos importante abordado nas narrativas, foi a relação dos médicos com a visão interdisciplinar, que constitui uma das bases da integralidade nas ações dos serviços da RAPS. Ficou evidente que, compartilhar as responsabilidades do projeto terapêutico com outros profissionais da equipe, pode trazer certo conforto para os residentes, os quais podem dividir o “peso” da responsabilidade a partir de um cuidado compartilhado, possibilitando também uma atitude diferenciada em relação ao modelo médico-centrado.

Por outro lado, foi observado nas narrativas, relatos que descreveram momentos nos quais os médicos se sentem tratados de forma preconceituosa por parte de outros profissionais das outras profissões nos serviços de saúde mental. Essa percepção vem associada pelas críticas que estes recebem desses profissionais com relação ao tempo de consulta na relação médico-paciente, tempo de internação, medicalização e desconhecimento por parte dos residentes de psiquiatria do histórico e modelo da RPB.

Por fim, vale ressaltar, na fala de alguns residentes, a crítica a uma “*cultura manicomial estrutural*” que estaria introjetada nos profissionais de saúde e na sociedade em geral. Apontou-se que, apesar do funcionamento de alguns serviços na rede de saúde mental terem tido avanços no modelo institucional, se faz necessário estar atento a outra forma de manicômio que estaria “*dentro de nós, dentro das pessoas*” e não apenas na instituição.

Encontrou-se, também, uma relação da RPB ao processo de luta pelos Direitos Humanos, estipulando a intervenção social associada à intervenção técnica da medicina como parte do processo da Reforma.

Pelo acima exposto, considero que, quando a lógica da prática psiquiátrica superar como seu objetivo clínico a racionalidade alicerçada apenas na lógica da norma e da razão, entraremos em um campo bem mais próximo de uma cultura antimanicomial comentada pelos autores vinculados à Reforma Psiquiátrica Brasileira. Isso não significa abandonar a aplicação das tecnologias biomédicas da Psiquiatria, entretanto, estar atento à relação médico-paciente, e ao sentido que as práticas e saberes médicos fazem para as pessoas. Para tanto, é preciso desenvolver entre os residentes uma atitude crítica em relação à mercantilização da saúde e, conseqüentemente, à medicalização do sofrimento psíquico para garantia contínua de bem-estar como norma de vida.

Propomos, ainda, a existência de programas que estimulem, durante a formação dos residentes, uma análise de casos e tomada de decisão sobre os mesmos de forma compartilhada em equipe interdisciplinar ou talvez, uma residência de Saúde Mental que tenha uma formação interprofissional com médicos psiquiatras e outros profissionais de saúde mental em uma mesma residência.

O modelo para uma boa prática na desinstitucionalização, um dos processos mais importantes para RPB, deve ultrapassar os muros das instituições, e ocupar as mentes dos atores envolvidos nesse grande desafio. A desinstitucionalização do chamado “Manicômio Mental” deve ter como ponto estratégico principal *a formação*, e a aproximação das práticas dos residentes de psiquiatria com os “modos de viver a vida” no cotidiano concreto das pessoas em seus territórios.

Diante disso, é fundamental a necessidade de se enfatizar ações na formação dos residentes, a partir dos recursos e das realidades de cada território, compreendendo

território como espaço não apenas geográfico, mas de intervenções criativas, com base em realidades e culturas específicas para a participação e inclusão social dos usuários em suas comunidades.

Vale salientar que, no momento em que finalizamos essa pesquisa, passamos por um contexto político de retrocesso em várias conquistas históricas da RPB, que estão ameaçadas, apesar da resistência do Movimento Antimanicomial, da ABRASME e de muitas organizações da sociedade civil que estão empenhadas na defesa da Reforma Psiquiátrica. Ainda é cedo para antecipar os reflexos desse retrocesso sobre o processo de formação dos psiquiatras, mas é de se supor que caberá também às instituições formadoras um papel estratégico nas definições dos rumos da RPB frente ao novo contexto.

Com relação ao processo da pesquisa, uma de suas limitações foi a dificuldade de acesso aos documentos detalhados sobre a estrutura curricular dos Programas de Residência, o que poderia ter trazido mais subsídios à compreensão dos processos de formação e da RPB e suas formulações. Outra limitação foi a restrição às instituições de formação sediadas em grandes centros urbanos. Certamente a relação dos Programas, em instituições universitárias ou integrados a RAPS, com os serviços e as políticas de saúde mental em cidades de menor porte podem apresentar perfis diferentes dos encontrados. Estudos quantitativos que possam avaliar mais extensivamente a ocorrência de alguns de nossos achados, poderiam trazer também subsídios interessantes. Por fim, julga-se de maior relevância prosseguir com estudos futuros sobre os Programas de Residência Médica em Psiquiatria, seja porque existem poucas pesquisas que relacionem a influência da RPB na formação dos psiquiatras, seja porque os princípios da Reforma estão em constante sintonia com a realidade do momento sociocultural, levando a novos achados nessa relação.

O que a presente pesquisa permite desde já apontar é a importância de se multiplicar experiências que formem residentes articulando sua prática à diversidade dos serviços ligados à rede pública da saúde mental.

Novos modelos de formação, como o modelo da residência integrada, ou reformulações programáticas nos programas vinculados a serviços universitários, buscando como campo de formação o conjunto da rede pública de saúde mental e serviços construídos a partir das diretrizes da RPB, apesar das limitações e problemas já discutidos nesse estudo, sugerem ter uma maior convergência com práticas formativas mais sensíveis aos princípios da RPB e, portanto, formando os residentes com maior e melhor possibilidade de atuação para as várias realidades encontradas no SUS.

8. ANEXOS

ANEXO 1

ROTEIRO 1 DE ENTREVISTA: MÉDICOS RESIDENTES EM PSIQUIATRIA ENTREVISTADOS NO PROJETO DE DOUTORADO: “A influência da Reforma Psiquiátrica Brasileira na Formação dos Médicos Psiquiatras: Convergências e Divergências na prática do Cuidado em Saúde Mental nas Residências médicas nos Serviços Públicos do SUS.”

NOME:

IDADE:

SEXO:

ANO DA FORMATURA E QUAL INSTITUIÇÃO SE FORMOU:

TEMPO DE RESIDÊNCIA NO SERVIÇO:

INSTITUIÇÃO DE ENSINO AO QUAL É LIGADO (A):

1. Quando e Por quê você escolheu a Psiquiatria como especialidade?
2. Que área pretende trabalhar dentro dessa especialidade?
3. O que você acha mais interessante e mais recompensador no trabalho em Psiquiatria? Por quê? Dê exemplos...
4. O que você considera a parte mais difícil no trabalho em Psiquiatria? Por quê? Dê exemplos
5. Quais são os espaços de prática do seu programa de residência que você mais gosta? Quais os que você não gosta e por quê? Qual você não tem e gostaria de ter?
6. Quais são os recursos que você mais utiliza para estudar (citar livros, periódicos)? Quais autores você considera mais importantes na sua formação como psiquiatra?
7. Para você, o que é cuidado em saúde mental? Quais dificuldades você encontra em utilizar este conceito em sua prática? Em que ele lhe ajuda na sua prática como médico
8. Você já ouviu falar de Reforma Psiquiátrica? Quando/onde? Acha que sua formação na residência tem sido de alguma forma influenciada por ela? Em que sentido? A Reforma Psiquiátrica é tema discutido na instituição em que você faz residência? Em que espaços isso acontece e que tipo de discussão é feita?
9. Quais as características do modelo da Reforma que você acha que contribui para prática em psiquiatria e quais as que dificultam sua prática? Por quê?

10. Você já leu sobre ou participou de alguma discussão sobre medicalização? Que pensa sobre o assunto? Em sua opinião, a psiquiatria contribui de alguma forma para medicalização? Dê exemplos...
11. Se você pudesse fazer algumas mudanças no modelo de formação desta instituição, quais seriam?

ANEXO 2

ROTEIRO 2 DE ENTREVISTA: MÉDICOS COORDENADORES/PRECEPTORES DOS SERVIÇOS E/OU UNIVERSIDADES ENTREVISTADOS NO PROJETO DE DOUTORADO: “A influência da Reforma Psiquiátrica Brasileira na Formação dos Médicos Psiquiatras: Convergências e Divergências na prática do Cuidado em Saúde Mental nas Residências médicas nos Serviços Públicos do SUS.”

NOME:

IDADE:

SEXO:

ANO DA FORMATURA E QUAL INSTITUIÇÃO SE FORMOU:

FEZ RESIDÊNCIA? ONDE E QUAL O ANO DE CONCLUSÃO?

TEMPO DE TRABALHO NO SERVIÇO ATUAL:

HÁ QUANTO TEMPO ESTÁ COMO PRECEPTOR NESTE SERVIÇO?

TEM EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL EM OUTRA INSTITUIÇÃO?

1. Quando e por que você escolheu Psiquiatria? Algum desses motivos que você falou tem a ver com sua escolha para ser preceptor?
2. O que você acha mais interessante e mais recompensador no trabalho em Psiquiatria? Por quê? E o mais difícil? Por quê? Dê exemplos...
3. Quais são os espaços de prática no programa de residência que você acha mais importante na formação dos residentes?
4. Quais são os recursos que você mais utiliza para estudar? Quais autores você considera mais importantes para a formação de um psiquiatra?
5. Para você, o que é cuidado em saúde mental? Quais dificuldades você encontra em utilizar este conceito na formação com os residentes? Dê exemplos
6. O que você pode nos falar sobre Reforma Psiquiátrica? A Reforma Psiquiátrica é tema discutido nesta Residência? Em que espaços isso acontece e como você faz esta discussão como preceptor com seus residentes?
7. Quais as características do modelo da Reforma Psiquiátrica que você acha que contribui para prática em psiquiatria e quais às que dificulta esta prática?

8. Você já leu sobre ou participou de alguma discussão sobre medicalização? Você aborda esse assunto com os residentes? Em que espaços essa discussão ocorre na residência e como você a faz como preceptor com seus residentes?
9. Se você pudesse fazer algumas mudanças no modelo de formação desta instituição, quais seriam?

ANEXO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO USP
Departamento de Medicina Preventiva/ USP

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE OU SEU RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: _____

Sexo: M () F ()

Data de nascimento: _____

Endereço: _____ Nº _____

Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

CEP: _____

Telefone:(__) _____ Email: _____

SOBRE A PESQUISA

Título: A influência da Reforma Psiquiátrica Brasileira na Formação dos Médicos Psiquiatras: Convergências e Divergências na prática do Cuidado em Saúde Mental nas Residências médicas nos Serviços Públicos do SUS.

Objetivo: Identificar em que medida, e de que forma os princípios, diretrizes e métodos propostos pela Reforma Psiquiátrica Brasileira influenciam a formação dos psiquiatras em programas de Residência Médica, segundo a compreensão dos próprios médicos residentes e de seus professores e preceptores.

Pesquisadores: Pedro Carlos da Silva Carneiro é médico com CRM: 88775, o mesmo realiza doutorado no Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo sob a orientação do Pro^o Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, Professor da Faculdade de Medicina da USP

Grau de risco e duração da Pesquisa: A pesquisa traz um risco mínimo para seus participantes e será realizada entre fevereiro de 2019 e novembro de 2019.

MAIS INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA E A PARTICIPAÇÃO

É uma pesquisa qualitativa em que serão realizadas entrevistas com médicos residentes de Psiquiatria e médicos preceptores, de 4 instituições: 2 ligadas a instituições Universitárias e 2 ligadas a Secretarias Municipais de Saúde.

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa suas opiniões sobre o tema da pesquisa a partir de entrevistas que trazem risco mínimo de provocar quaisquer prejuízos a você. Se ocorrer de você se sentir

desconfortável em responder alguma pergunta, poderá não responder, ou deixar de participar da pesquisa. Sua participação não lhe traz benefícios diretos.

Trata-se de estudo que investiga conteúdos e experiências promovidos durante a formação em programas de residência médica em Psiquiatria, a serem analisados à luz do contexto das políticas e serviços dessa área no país e nas cidades em questão, buscando convergências e conflitos entre as diversas propostas e as condições concretas de prática e de formação.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos pesquisadores para esclarecimento de eventuais dúvidas. Os pesquisadores Pedro Carlos da Silva Carneiro e Prof^o Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres podem ser encontrados na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2º andar, na Av. Dr. Arnaldo, 455 - Cerqueira César - São Paulo - SP e pelo telefone (11) 3061-8278 ou e-mail: pedro.cscarneiro@uol.com.br; celular do pesquisador: (11) 996236116, Sobre questões éticas, se tiver alguma consideração ou dúvidas sobre a Ética da Pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em pesquisa (CAPPesq-HC) localizado na Rua Ovídio Pires de Campos, 225 - 5º andar - tel: (11) 2661-7585, (11) 2661-1548, (11) 2661-1549; e-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br;

Você pode deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo a você. Sua entrevista será analisada em conjunto com a de outras pessoas, sem identificar você e nenhum outro participante. Você não terá despesas em participar, assim como também não receberá qualquer pagamento.

Eu, Pedro Carlos da Silva Carneiro, assumo o compromisso de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa. Você tem direito a conhecer os resultados da pesquisa, e me comprometo a enviar, ao final da pesquisa, uma cópia para o e-mail que você me fornecer, ou, caso prefira, informá-lo onde você pode encontrar uma cópia em papel, para que possa fazer uso.

CONSENTIMENTO

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, sobre a pesquisa: “A influência da Reforma Psiquiátrica Brasileira na Formação dos Médicos Psiquiatras: Convergências e Divergências na prática do Cuidado em Saúde Mental nas Residências médicas nos Serviços Públicos do SUS”.

Eu discuti com o pesquisador Pedro Carlos da Silva Carneiro sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Portanto, concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do Participante

_____ Data: / /

Assinatura da testemunha

_____ Data: / /

OBS: Para casos de participantes portadores de deficiência auditiva ou visual.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo Data: / /

9 – REFERÊNCIAS

Alves DS, Guljor AP. O cuidado em Saúde Mental. In: Pinheiros R, Mattos RA (Org). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO; 2008. 221-240.

Amarante PDC, Nunes MO. A Reforma Psiquiátrica no SUS e a Luta por uma sociedade sem manicômios. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. 2018; 23(6): 2067-2074.

Amarante PDC, Pitta AMF, Oliveira WF. Patologização e Medicalização da Vida: *Epistemologia e Política*. São Paulo: Zagodoni, 2018;10(3):317-21

Amarante PDC. *O homem e a Serpente: outras histórias para loucura e psiquiatria*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

Amarante PDC. *Saúde Mental e Atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

Arouca ASS, Tambellini AT. Medicina de comunidade: implicações de uma teoria. *Saúde em Debate*. 1976; 20(1): 20-23.

Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Associação Médica Brasileira (AMB), Conselho Federal de Medicina (CFM), Federação nacional dos Médicos (FENAM), Sociedade Brasileira de Neuropsicologia (SBNp). Diretrizes para um modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil, 2014. Disponível em: http://www.abpbrasil.org.br/diretrizes_final. Acesso em: 07/12/2015.

Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*. 2004; 13(3): 16-29.

Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. Botucatu: *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2004; 8(14):73-92.

Ayres JRCM. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. *Rev. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. 2007; 17(1): 43-62.

Bardin L. *Análise de conteúdo*. 4a ed. Lisboa: Edições70; 2010.

Basaglia F. *Escritos selecionados em saúde mental e a reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond; 2011.

Bezerra Jr B. A psiquiatria contemporânea e seus desafios. In: Zorzanelli R, Bezerra Jr B, Campos JF. (Orgs). *A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond; 2014. p. 9-31.

Bezerra Jr B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2007; 17(2): 243-250.

Birman J. A biopolítica na genealogia da psicanálise: da salvação à cura. *Histórias, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 2007; 14(2):529-548.

Birman J. Medicalização e sociedade: Efeitos da cultura, efeitos de sujeito. In: Meneses, LSA, Armando GG, Vieira P. (Org). *Medicação ou Medicalização*. São Paulo: Primavera editorial, 2014. p. 41-54.

Botti SHO. O papel do preceptor na formação de médicos residentes: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino. Rio de Janeiro: *Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca*; 2009.

Brasil, Ministério da Educação. Resolução CNRM nº 02 /2006 de 17 de maio de 2006. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência médica. *Diário Oficial da União*, 19 maio. Brasília; 2006.

Brasil, Ministério da Saúde. Lei n.10.216. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde

mental. In: *Legislação em saúde mental*.1990-2004.Brasília: Ministério da Saúde, 2004; (5):17-20.

Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. 20 fevereiro de 2002. *Diário Oficial da União*. Brasília (DF).

Brasil, Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.615, de 26 de julho de 2012. Altera o item II do artigo 9º e os artigos 12º e 13º da Portaria nº 148/GM/MS, de 31 de janeiro de 2012, que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. República Federativa do Brasil. 26 de Julho de 2012. Brasília (DF).

Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. *Diário oficial da união*. 2012.

Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº. 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

Brasil. Portaria nº 1001, de 22 de outubro de 2009. Instituiu o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas. 24 de outubro de 2009. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF)

Camargo JR, Kenneth R. *A biomedicina. Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):177-201, 2005.

Camargo JR, Kenneth R. Epistemologia numa hora dessas? (Os limites do Cuidado). In: Pinheiros R, Mattos RA. (Org). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: UERG/IMS/ABRASCO. 2004; p. 221-240.

Campos GW. Clínica e Saúde Coletiva Compartilhadas: Teoria Paideia e Reformulação Ampliada do Trabalho em Saúde. In: Campos GW, Bonfim JRA, Minayo MCS, Akerman M, Júnior MD, Carvalho YM. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006. p.53-92.

Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Caderno de Saúde Pública*. 2007; 23(2): 399-407.

Canguilhem, G. *O normal e o patológico*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

Caponi, S. O DSM-V como dispositivo de segurança. *Physis*. 2014; 24(3): 741-763.

Capra, F. *O Ponto de mutação*. São Paulo: Cultrix; 2006

Carneiro LA, Porto CC. Saúde mental nos cursos de graduação: interfaces com as diretrizes curriculares nacionais e com a Reforma psiquiátrica. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. 2014; 6(14):150-167.

Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e Educação em Saúde: Aprendizados com a Saúde Coletiva. In: Campos GW, Bonfim JRA, Minayo MCS, Akerman M, Júnior MDC (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2012; 137-170.

Coêlho B M, Zanetti MV, Neto FL. Residência em psiquiatria no Brasil: análise crítica. Porto Alegre: *Revista de Psiquiatria*. 2005; 27(1): 13-22.

Coêlho BM, Santana GL. Avaliando habilidades em psiquiatria: um desafio metodológico. São Paulo: *Revista de Psiquiatria clínica*. 2011; 38(6): 260-260.

Desviat, M. *Coabitar a diferença: da reforma psiquiátrica à saúde mental coletiva*. São Paulo: Zagodini, 2018.

Dias AG. *Perfil dos egressos da residência médica em psiquiatria do IPUB-UFRJ*. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria, Universidade do Rio de Janeiro; 2013.

Donnangelo MCF, Pereira L. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

Dornelas RMV, Almeida DL. O papel do médico no CAPS no contexto da reforma psiquiátrica: desafios e avanços observados a partir da experiência no serviço. *Academus Revista Científica da Saúde*. 2017; 2(1).

Duarte MN. Ensino e Produção científica no campo Psiquiátrico de Minas Gerais. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. 2012; 4(9): 35-51.

Emerich F, Onocko-Campos R. Formação para o trabalho em Saúde Mental: reflexões a partir das concepções de Sujeito, Coletivo e Instituição. Botucatu: *Interface*. 2019; 23: 170521.

Expectativa de Vida cai nos EUA após aumento de suicídios e overdoses. *Folha de São Paulo*, São Paulo. 30 novembro 2018. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2018/11/expectativa-de-vida-cai-nos-eua-apos-aumento-de-suicidios-e-overdoses.shtml>

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

Foucault, M. *Em Defesa da Sociedade*. São Paulo: Martins Fonte, 2005.

Foucault, M. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 2009.

Foucault, M. *O Nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2020.

Foucault, M. O Nascimento da Medicina Social in: *Microfísica do Poder*, Roberto Machado (org), 25 ed, São Paulo: Graal, 2012.

Foucault, M. *Segurança, Território, População*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

Frances A. *Voltando ao normal*. Tradução: Heitor M. Corrêa. Rio de Janeiro: Graal, 2016.

Freitas F, Amarante, PDC. *Medicalização em Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2a ed. 2017.

Furtado M. Regulação biotecnológica do sofrimento e evicção do sujeito: Efeitos sobre a condição humana. In: Amarante PDC, Pitta AMF, Oliveira WF. (Org). *Patologização e Medicalização da Vida: Epistemologia e Política*. São Paulo: Zagodoni. 2018; p.39-55.

Gadamer HG. *O caráter oculto da saúde*. Petrópolis: Vozes. 2007; 23 (10): 2517-2518.

Gadamer HG. *Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Petrópolis: Vozes, 1997.

Goffman E. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva, 8ª ed. 2008.

Kinoshita RT. Projeto Terapêutico Singular. In: *Recursos e estratégias do cuidado*. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC. 2014; p. 11 – 37.

Lima EMFA, Yasui S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. *Saúde e Debate*. 2014; 38(102): 593-606.

Lima ICBF, Passos ICF. Residências Integradas Em Saúde Mental: Para Além Do Tecnicismo. *Trabalho, Educação e Saúde*. Rio de Janeiro. 2019; 17(2): e0020940.

Luz MT. *Novos saberes e práticas em saúde coletiva: um estudo sobre as racionalidades médicas e atividades corporais*. São Paulo: Hucitec, 2007.

Marco, MA. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2006; 30(1).

Martinhago F, Caponi S. Controvérsias sobre o uso do DSM para diagnósticos de transtornos mentais. *Physis*. Rio de Janeiro. 2019; 29 (2): e290213.

Mazon M. Indústria farmacêutica e psiquiatria no quadro da Sociologia Econômica: uma agenda de pesquisa. *Política & Sociedade*, Florianópolis. 2019; 18 (43):136-171.

Mendes-Gonçalves RB. Saúde, Sociedade e história. In: Ayres, JRMC, Santos L.(org). *Reflexão sobre a articulação entre a investigação epidemiológica e a prática médica a propósito das doenças crônicas degenerativas*. São Paulo - Porto Alegre: Hucitec. 2017; p.127-182.

Mendes-Goncalves RB. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1994.

Oliveira WF, Martinhago F, Moraes RSM. *Entendendo o processo da reforma psiquiátrica: a construção da rede de atenção à saúde mental*. Florianópolis: Abrasme; UFSC, 2009.

Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde -Manguinhos*. Rio de Janeiro. 2014; 21(1):15-35.

Pande MNR, Amarante PDC. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. *Ciência & Saúde coletiva*. 2011; 16(4): 2067-2076.

Pelbart PP. *A nau do Tempo-rei: sete ensaios sobre o tempo da loucura*. Rio de Janeiro: Imago, 1993.

Petta HL et al. *Preceptorial no SUS: caderno do curso 2015/2016*. São Paulo: Ministério da Saúde; Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. 2015. p.51.

Petta HL. Formação de médicos especialistas no SUS: descrição e análise da implementação do programa nacional de apoio à formação de médicos especialistas em áreas estratégicas (Pró-Residência). *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro. 2012; 37(1): 72-79.

Pinheiro R, Mattos RA. (Orgs). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2004.

Rose N. A biomedicina transformará a sociedade? O impacto político, econômico, social e pessoal dos avanços médicos no século XXI. *Psicologia & Sociedade*. 2010; 22(3): 628-638.

Rotelli F. Desinstitucionalização, uma outra via. In: Nicácio F. (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001. p.17-59.

Rotelli F. A instituição inventada. In: Nicácio F. (Org). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 89-99.

Santos BS. *Um discurso sobre a ciência*. São Paulo: Cortez, 2004.

Santos M. O país distorcido: O Brasil, a globalização, a cidadania. São Paulo: Publifolha, 2002.

Saraceno B, Ascoli F, Tognoni, G. Manual de Saúde Mental. São Paulo: Hucitec; 2001.

Schraiber LB. O Trabalho Médico: Questões Acerca da Autonomia Profissional. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 1995; 11 (1): 57-64.

Spink MJ. *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2004.

Thiollent M. *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez, 2007.

Vasconcellos, VC. Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS. Ribeirão Preto: *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas*. 2010; 6(1):1-16.

Venturini E. A qualidade do gesto louco na era da apropriação e da globalização. In: AMARANTE, P. (Ed.). *Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU, 2003, p. 157-184.

Zorzanelli RT, Ortega F, Bezerra Jr B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19(6): 1859-1868.