



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

**MARINA MONTEIRO**

**A residência psiquiátrica no contexto da Reforma Psiquiátrica  
brasileira: uma abordagem etnográfica a partir de sujeitos  
envolvidos no programa de residência do Instituto de Psiquiatria de  
Santa Catarina (IPq/SC)**

Dissertação de mestrado defendida  
em 2012 no Programa de Pós-  
Graduação em Antropologia Social  
da Universidade Federal de Santa  
Catarina (PPGAS/UFSC).

Orientadora: Profa. Dra. Sônia  
Weidner Maluf

Florianópolis, dezembro de 2012

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Monteiro, Marina

A residência psiquiátrica no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira [dissertação] : uma abordagem etnográfica a partir de sujeitos envolvidos no programa de residência do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPq/SC) / Marina Monteiro ; orientadora, Sônia Weidner Maluf - Florianópolis, SC, 2012.

240 p. ; 21cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social.

Inclui referências

1. Antropologia Social. 2. Diagnóstico. 3. Formação biomédica. 4. Psiquiatria.. I. Maluf, Sônia Weidner. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. III. Título.



**Universidade Federal de Santa Catarina  
Centro de Filosofia e Ciências Humanas  
Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social**

**A residência psiquiátrica no contexto da Reforma Psiquiátrica  
brasileira: uma abordagem etnográfica a partir de sujeitos  
envolvidos no programa de residência do Instituto de Psiquiatria de  
Santa Catarina (IPq/SC)**

Marina Monteiro  
Orientadora: Profa. Dra. Sônia Weidner Maluf

Dissertação de mestrado submetida ao processo de avaliação para obtenção do título de Mestre em Antropologia pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina (PPGAS/UFSC) e aprovada pela banca examinadora abaixo listada em 20 de dezembro de 2012.

Banca Examinadora:

---

Profa. Dra. Sônia Weidner Maluf (PPGAS/UFSC) - orientadora

---

Prof. Dr. Alberto Groisman (PPGAS/UFSC)

---

Profa. Dra. Ana Paula Müller de Andrade (Unipampa)

---

Profa. Dra. Sandra Noemi Cucurullo de Caponi (PPGSC e PPGICH/UFSC)

Florianópolis, dezembro de 2012



## *Agradecimentos*

Um trabalho acadêmico, por mais individual que seja em sua forma final, nunca é produzido sozinho, não existe sem diálogos e não tem lugar no mundo sem os apoios diversos que recebemos. E sou muito grata a todos que estiveram presentes comigo durante essa jornada direta e indiretamente.

Dentre todos os “muito obrigados” que tenho a distribuir, gostaria de agradecer especialmente à minha orientadora, Profa. Dra. Sônia Weidner Maluf por sua dedicação e acréscimos intelectuais que foram sem dúvida imprescindíveis à análise aqui realizada.

Gostaria também de prestar meus sinceros agradecimentos:

À banca de defesa, o Prof. Dr. Alberto Groisman, a Profa. Dra. Ana Paula Müller de Andrade e a Profa. Dra. Sandra Noemi Cucurullo de Caponi, por suas importantíssimas contribuições teóricas;

Ao Prof. Dr. Alberto Groisman, por toda atenção dispensada e pelo interesse e apoio que demonstrou ao longo desse processo;

À Ana Paula Müller de Andrade e Carmen Susana Tornquist - com as quais aprendi a realizar campo em antropologia e como pode ser produtivo e agradável trabalhar em equipe – pelas conversas e apoios;

Aos colegas do TRANSES (Núcleo de Antropologia do Contemporâneo), pelas sempre tão instigantes discussões;

Aos colegas de mestrado com quem tive o prazer de compartilhar momentos de discussão teórica e também momentos de descontração e lazer, essenciais para a produção de qualquer trabalho;

Aos amigos e familiares, principalmente os familiares que são amigos e os amigos que são família, por todo apoio e carinho. Em especial, um obrigado carinhoso à minha filha, Sofia Monteiro Rossi, por tão docemente se esforçar para entender e incentivar. Um obrigada especial também para Carlos Antônio Cardoso Filho, Dalila Floriani Petri, Júlia Machado, Mariane Pisani, Milena Argenta e Nádia Philippsen Fürbringer por todo carinho, suporte e motivação durante todo o processo do mestrado e na escrita da dissertação;

Aos professores do Programa de Pós Graduação em Antropologia Social (PPGAS/UFSC), pelos momentos de inspiração teórica e também à secretaria do programa, em especial Adriana Fiori, que sempre procurou me ajudar e apoiar;

Ao CAPES, órgão responsável pela concessão de bolsa que permitiu minha dedicação integral ao mestrado e à presente pesquisa;

E aos sujeitos dessa pesquisa, pessoas que se disponibilizaram a ceder seu tempo e atenção para a participação da presente pesquisa de forma amigável e solícita.

Muito obrigada!

*"Mas não quero me meter com gente louca", Alice observou.  
"Oh! É inevitável", disse o Gato; "somos todos loucos aqui. Eu sou  
louco. Você é louca."  
"Como sabe que sou louca? perguntou Alice.  
"Só pode ser", respondeu o Gato, "ou não teria vindo parar aqui."  
Alice não achava que isso provasse coisa alguma; apesar disso,  
continuou: "E como sabe que você é louco?"  
"Para começar", disse o Gato, "um cachorro não é louco. Admite  
isso?"  
"Suponho que sim", disse Alice.  
"Pois bem", continuou o Gato, "você sabe, um cachorro rosna  
quando está zangado e abana a cauda quando está contente. Ora,  
eu rosno quando estou contente e abano a cauda quando estou  
zangado. Portanto sou louco."  
"Eu chamo isso de ronronar, não rosnar", disse Alice.  
"Chame-lhe o que quiser", disse o Gato.*

*Lewis Carrol, in: Alice no País das Maravilhas*



## **Resumo**

Esse trabalho foi realizado com a proposta de discutir aspectos referentes ao ensino e prática de psiquiatria a partir do relato de profissionais e residentes do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPq/SC) em um contexto no qual estão em vigor as diretrizes da lei 10.216, mais comumente conhecida por estar atrelada às demandas do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira. Como resultado dessa análise, observei o enfoque de uma abordagem técnica na formação da residência psiquiátrica em questão, mesmo que aspectos político-contextuais sejam considerados importantes pelos sujeitos dessa pesquisa para entender e praticar a psiquiatria atualmente.

Foram discutidos outros aspectos que apareceram de forma relevante no relato dos sujeitos dessa pesquisa, como a predominância de uma abordagem biológica na prática de psiquiatria (embora, convém ressaltar, uma abordagem psicodinâmica também seja realizada), uma discussão sobre a Reforma Psiquiátrica e aspectos que fundamentam ou não a psiquiatria enquanto ciência.

Também realizei algumas considerações sobre a relação nem sempre amigável entre os Comitês de Ética e pesquisas realizadas nas áreas de humanas a partir da experiência de inúmeras dificuldades que encontrei para realizar a presente pesquisa e que também foram determinantes para a realização desse trabalho.

**Palavras-chave:** Diagnóstico; Formação biomédica; Psiquiatria.



## **Sumário**

<b>Introdução.....</b>	<b>11</b>
<b>1. Capítulo 1 - Métodos e ética em pesquisa .....</b>	<b>20</b>
1.1 <i>Como (não) chegar ao Castelo: questões sobre éticas em pesquisa.....</i>	21
1.2 <i>Métodos e descrição do campo .....</i>	47
1.3 <i>Apresentação do campo .....</i>	51
1.3.1 Os espaços de atividade da residência .....	54
1.3.2 Os sujeitos na pesquisa.....	64
<b>2. Capítulo 2: Formação e residência psiquiátrica .....</b>	<b>70</b>
2.1 <i>Formação em psiquiatria .....</i>	74
2.1.1 <i>Supervalorização da técnica e não problematização político-contextual: de onde vêm os saberes? .....</i>	77
2.1.2 <i>Hospital como local de ensino: o que aconteceu com a Reforma?.....</i>	82
2.2 <i>A residência psiquiátrica do Instituto de Psiquiatria (IPQ).....</i>	85
2.3 <i>Considerações sobre esse capítulo.....</i>	98
<b>3. Capítulo 3: Relatos e considerações sobre o aprendizado do diagnóstico em Psiquiatria.....</b>	<b>100</b>
3.1 <i>As especificidades de um diagnóstico em psiquiatria .....</i>	102
3.1.1 <i>Tratamento sintomático .....</i>	102
3.1.2 <i>Diagnóstico “longitudinal” e “subjetivo”.....</i>	104
3.1.3 <i>Ausência de exames.....</i>	106
3.2 <i>Procedimentos técnicos de realização de diagnóstico: a psicopatologia, os manuais e a psicodinâmica .....</i>	112
3.2.1 <i>Exame do estado mental/ psicopatologia .....</i>	113
3.2.2 <i>Os manuais .....</i>	114
3.2.3 <i>Fatores “dinâmicos” no diagnóstico clínico .....</i>	118

3.2.4 Critérios de validação dos manuais: críticas e sustentações dos manuais diagnósticos em psiquiatria .....	128
3.2.5 Refracta, a exceção como exemplo.....	134
<b>3.3 Processos da formação .....</b>	<b>138</b>
3.3.1 Diferenças diagnósticas nos diferentes locais onde é realizada a residência psiquiátrica do IPq/SC.....	138
3.3.2 As abordagens diagnósticas em cada fase da residência .....	142
<b>3.4 Questões políticas que perpassam os diagnósticos em psiquiatria.....</b>	<b>148</b>
3.4.1 Viés de classe social.....	148
3.4.2 Implicações subjetivas no fechamento e instituição de categorias diagnósticas.....	149
<b>3.5 Considerações sobre o capítulo 3.....</b>	<b>154</b>
<b>4. Capítulo 4: Outros aspectos sócio-políticos e culturais da psiquiatria hoje.....</b>	<b>157</b>
4.1 Relação com a indústria farmacêutica.....	157
4.2 A psiquiatria brasileira em um momento pós-Reforma Psiquiátrica.....	165
4.3 Centralidade e marginalidade, a ciência e a prática psiquiátrica .....	185
<b>Considerações Finais.....</b>	<b>202</b>
<b>Referências .....</b>	<b>208</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>219</b>

## ***Introdução***

Para obter o grau de bacharel no Curso de Ciências Sociais, redigi um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) no qual procurei entender algumas questões de saúde mental a partir do ponto de vista de sujeitos que estavam passando por alguma experiência de aflição. Para tal, realizei um estudo a partir de relatos de mulheres com diagnóstico de depressão e/ou outros transtornos mentais e que realizavam tratamento nos serviços públicos de saúde mental de um bairro popular de Florianópolis, SC (Monteiro, 2010). Terminei o referido trabalho concluindo que, nos relatos das mulheres com quem conversei, me parecia que a depressão estava sendo vivenciada muito mais como uma forma de subjetivação do que enquanto uma doença, não sendo considerada como algo externo à suas vidas cotidianas e sim como um processo intrínseco a essas.

Na realização do projeto para a realização da presente dissertação de mestrado, optei por continuar esse diálogo com a “saúde mental” mas, desta vez, tomando como ponto de perspectiva os profissionais dessa área – e, mais especificamente, da psiquiatria. Se formos considerar o dualismo que funda a biomedicina (Bonet, 2004), através do qual “saúde” se opõe à “doença” e “médico” se opõe à “paciente”, a pesquisa que pretendia desenvolver tinha como enfoque discutir outro lado da questão abordada no meu TCC, ou seja, o ponto de vista biomédico/psiquiátrico. A partir dessa perspectiva, passei a pensar em questões sobre quem são essas pessoas detentoras desse saber que se tornou hegemônico e como elas pensam e realizam sua prática cotidiana de trabalho, pontos que me pareceram fundamentais para aprofundar as discussões que vinha fazendo dentro da área da saúde mental e para entender, mais especificamente, como esse saber central em nossa sociedade é transmitido e forma seus futuros praticantes.

A fim de dar cabo a tal empreitada e entendendo que a psiquiatria ainda seria um campo muito abrangente, optei por realizar meu trabalho de campo junto à serviços de residência em psiquiatria, procurando orientar a pesquisa para as particularidades discursivas que fundamentam a prática e regime de construção de saberes biomédicos a partir de uma análise sobre o ensino e prática de psiquiatria. Entendendo que uma abordagem minuciosa sobre

todos aspectos da formação em psiquiatria seria ainda uma tarefa muito abrangente, optei por enfatizar as questões que envolvem o ensino e a prática de diagnóstico na disciplina e as principais implicações no contexto em que esta inserido.

Essa opção de recorte, no entanto, não se deu de maneira aleatória. A ênfase no diagnóstico foi escolhida devido ao aspecto central que esse desempenhou durante a realização das atividades de campo e a opção por efetuar uma pesquisa especificamente em residências em psiquiatria foi embasada em discussões que apontam a importância e centralidade que as residências desempenham na formação biomédica em geral. De acordo com Bonet, as residências têm a particularidade de ser campo de formação de profissionais aptos a atuar na área (Bonet, 2004) e, enquanto tal, podem propiciar questões interessantes sobre como vem sendo pensada e ensinada a psiquiatria hoje, quais suas premissas e apostas, como um tratamento é pensado, etc. - em suma, como vem sendo constituída essa ciência hoje em dia e como ela se relaciona com práticas político-discursivas.

Para Camargo Júnior, pesquisas em escolas médicas possibilitam um maior contato com aspectos discursivos e valores da profissão médica uma vez que no processo transmissão de saberes aspectos centrais da profissão são enfatizados. Nesse sentido, esse autor considera que os professores representam papel central uma vez que eles são considerados como “os responsáveis pela reprodução dos conhecimentos, práticas e valores da profissão” (Camargo Júnior, 2003, p. 156). Embora concorde com essa premissa, entendo também que há considerável importância em se prezar o ponto de vista dos estudantes que estão passando por esse processo de disciplinarização e treinamento para o exercício futuro da profissão, momento que também se considera que muitos dos valores estão em fase de assimilação (Bonet, 2004). Assim, procurei recolher relatos tanto dos profissionais em formação – os *residentes* - quanto dos psiquiatras formados e que tem função de ensino e supervisão das atividades dos residentes – os chamados *preceptores* - visando uma abordagem mais abrangente das práticas e ensinamentos da disciplina.

A presente pesquisa segue um pouco dessa lógica que Camargo Júnior (2003) aponta para pensar o estudo da psiquiatria em um espaço de formação médica. Assim, entendo aqui que os conhecimentos, discursos e valores que são priorizados em um

momento de ensino são aqueles que são considerados essenciais para a prática da profissão e, enquanto tais, nos possibilitam visualizar um panorama geral da disciplina, seus aspectos centrais e como esses encontram respaldo na sociedade. Quanto a esse último aspecto, sinto a necessidade de me estender um pouco mais, uma vez que muitas problematizações acerca dessa disciplina tomam como ponto de partida sua funcionalidade junto à sociedade - principalmente no modo de compreender e tratar o que considera e institui como transtornos mentais.

A abrangência de um estudo sobre ensino e prática de psiquiatria passa, assim, por inúmeros discursos e debates. Em diversos debates que envolvem discussões sobre a chamada “saúde mental”<sup>1</sup> podemos ver uma série de críticas quanto à disciplina, em grande parte devido ao papel central que desempenhou e desempenha no que se refere à políticas de confinamento e imposições de subjetivações (Amarante, 1996; Foucault, 1995; 2006).

De forma geral, entende-se que a justificativa para a psiquiatria desempenhar esse papel em nossa sociedade é em grande parte dada por suas raízes epistemológicas – o fato da disciplina se constituir em uma especialidade médica e, enquanto tal, contar com o respaldo de legitimidade de detenção dos saberes solidamente confirmado pela ciência que as áreas médicas reclamam para si em um regime de produção de verdades que incidem sobre todo o corpo social (Foucault, 1994). E são esses aspectos que vem sendo problematizados nas críticas que são realizadas quanto a psiquiatria (Aguiar, 2004; Amarante, 1996; Foucault, 1995;2006) - o que nos leva ao contexto atual em que, ao mesmo tempo em que a disciplina se situa em uma posição de hegemonia teórica e prática, também tem sido alvo de críticas e intervenções, e essas nem sempre são vistas com bons olhos pelos profissionais da disciplina.

Assim, essa pesquisa foi pensada nesse contexto visando efetuar um diálogo entre as disciplinas de antropologia e psiquiatria a partir do estudo da formação em psiquiatria no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPq/SC) e tinha como objetivo

---

1 Termo esse que será contemplado aqui devido a sua institucionalização, mas utilizado com algumas ressalvas, daí o uso das aspas. Para uma maior problematização sobre o tema ver Maluf & Tornquist (2010).

efetivar uma reflexão sobre as práticas e discursos correntes na Psiquiatria através do estudo das peculiaridades que envolvem a formação psiquiátrica no referido programa de residência médica e, mais especificamente, pensar sobre o ensino e prática de diagnóstico em psiquiatria no atual contexto, momento em que a Reforma Psiquiátrica foi implementada no Brasil.

A chamada Reforma Psiquiátrica é implantada com a aprovação da Lei 10.216, que entra em vigor em 06 de abril de 2001 instituindo e regulamentando o novo modelo assistencial de saúde mental no Brasil: estipula a redução contínua de leitos em hospitais psiquiátricos e preconiza abertura de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Como parte das novas políticas de assistência, é estipulada a abertura de pelo menos um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) nos municípios que contam com mais de 20.000 habitantes.

Embora preconizadas pela lei, essas ações não têm ocorrido exatamente conforme o proposto e quando ocorrem o fazem com grande dificuldade e lentidão. Na prática, as internações psiquiátricas continuam a ocorrer em grande escala, os hospitais gerais recuam na abertura de leitos psiquiátricos e falta muito para se atingir a meta idealizada de CAPS implementados no país.

Um ponto interessante a se ressaltar é que, de acordo com o Ministério da Saúde, os serviços alternativos aos hospitais psiquiátricos – principalmente os CAPS – devem ter caráter substitutivo e não complementares aos hospitais: “de fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento” (Portal da Saúde, 2012). Nesse sentido, a lei 10.216 preconiza que “as internações, quando necessárias, são feitas em hospitais gerais ou nos CAPS 24 horas. Os hospitais psiquiátricos de grande porte vão sendo progressivamente substituídos” (Portal da Saúde, 2012a).

As novas diretrizes em saúde mental, no entanto, estão sendo alvo de muitos debates dentro e fora da psiquiatria em argumentações bastante polarizadas: de um lado, os órgãos institucionais de Psiquiatria, como a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e a Câmara Técnica de Psiquiatria do Conselho Federal de Medicina (CFM) criticam o novo modelo de política assistencial em saúde mental e reclamam por maior autonomia no que confere a aspectos como internação e medicação de pacientes.

Por outro lado, os partidários da Reforma Psiquiátrica apontam os problemas que essa vem sofrendo para ser implementada – dentre eles, a dificuldade de efetuar o fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos e a predominância do modelo hospitalocêntrico meio às novas alternativas no atendimento em saúde mental, principalmente os referidos CAPS.<sup>2</sup>

Concomitante a isso, a ABP tem se colocado contrária a muitas das políticas impostas por essa lei e efetua sérias críticas ao modelo “capscêntrico”. Dentre as principais críticas, destaca-se a discordância sobre o fechamento de hospitais psiquiátricos (entendendo que esses devem antes passar por uma reforma) e quanto ao modo de funcionamento do CAPS, que dilui os cuidados com os pacientes entre especialidades, de modo que – em teoria – o psiquiatra seria apenas mais um dos saberes que compõe uma equipe igualmente multidisciplinar.

Todas essas mudanças tem gerado uma série de contra-ataques críticos entre alguns profissionais da psiquiatria, de modo que os órgãos reguladores de psiquiatria no geral tem defendido uma visão que centralizaria novamente as atividades em saúde mental nas diretrizes dessa disciplina. Uma linha de argumentação utilizada toma por base tópicos ressaltados na legislação brasileira que determinam que o exercício legal da medicina estaria condicionado à inscrição no Conselho Regional de Medicina e que o médico não poderia assumir nenhuma reponsabilidade por intervenção médica ou terapêutica que não tenha praticado e que foi praticada por profissional não habilitado oficialmente pelos órgãos reguladores em medicina (CFM, 2011). Ou seja, a multidisciplinaridade teria que ter uma hierarquia psiquiátrica, aspecto que é alvo de críticas dos apoiadores da Reforma. Além disso, tem se pontuado questões sobre a qualidade, eficácia e legalidade dos atendimentos prestados nos CAPS, vistos pelos psiquiatras como substitutos menos qualificados dos hospitais, que contam com maior recurso de assistência clínica, por exemplo.

O impasse a que se chegou esse diálogo reflete a necessidade de se pensar sobre o tema, investigar quais são as minúcias envolvidas nessas práticas e, principalmente, o que está sendo colocado em jogo nesse debate.

---

2 Ver Amarante (2010), Andrade (2012).

É bastante recorrente uma abordagem crítica severa à psiquiatria e aos manicômios, inclusive na própria psiquiatria.<sup>3</sup> Mesmo assim, esse debate está longe de ter sido levado à sua exaustão. Aspectos relativos às práticas e saberes em saúde mental se estendem a novas e delicadas problematizações com o passar dos anos. Se antes as ideias antimanicomiais pautavam-se sobretudo na crítica aos manicômios e ao modo de construção do saber psiquiátrico, ficou claro que, com a emergência da desinstitucionalização, novos problemas emergiram e uma nova realidade de abordagem da saúde mental está sendo contornada meio a uma disputa por espaços e construção de práticas e saberes. Daí a importância de estar pensando e discutindo o tema aqui proposto, que implica uma problemática que vem se tornando cada vez mais complexa com o passar dos anos.

Não obstante essa centralidade do tema, encontrei pouca referência na literatura que aponte para o recorte específico dessa pesquisa, a formação em psiquiatria nesse contexto atual. Para a realização da presente pesquisa, pude perceber que a maior parte das discussões realizadas em antropologia sobre o tema da saúde mental está muito mais voltada aos sujeitos alvo dessas políticas públicas, e/ou para uma crítica quanto a hegemonia de um saber psiquiátrico opressor ou ainda voltada a uma crítica da biomedicina como um todo, havendo pouca discussão sobre o modo como o saber psiquiátrico é reproduzido. Ao longo desse trabalho serão trazidas as argumentações de alguns autores das áreas de humanas que discutem residências médicas, mas não especificamente sobre uma residência em psiquiatria. Mesmo nas áreas médicas, há poucos estudos sobre a formação em psiquiatria – de modo geral, os estudos na área de psiquiatria estão muito mais focados quanto à questão de diagnósticos e eficácia de tratamentos.<sup>4</sup> Também encontrei algumas discussões sobre formação em saúde mental, mas mais uma vez sem trazer esse enfoque da psiquiatria, vista muitas vezes com maus olhos pela “saúde mental” de modo mais amplo. Mesmo assim, foi possível efetuar um diálogo entre essas perspectivas e o campo aqui em questão.

Na antropologia, muitas discussões foram e estão sendo realizadas e, atualmente, considera-se muitas vezes a biomedicina como apenas um entre os vários sistemas de conhecimento

---

3 Ver Amarante (1996); Goffman (1996); Foucault (2006), entre outros.

4 Ver: Rodrigues *et al* (2008).

construído socioculturalmente. Sob tal perspectiva, muitas discussões têm sido realizadas com a intenção de mostrar como a biomedicina descontextualiza uma relação histórica e social das doenças ao postular que essas tem caráter estritamente biológico. A antropologia, por outro lado, “procura entender os processos de saúde e doença como experiências particularizadas, contextualizadas e marcadas pela subjetividade da experiência vivida.” (Langdon *et all*, 2008)

Nesse sentido, convém ressaltar que uma pesquisa qualitativa - mais especificamente com uma abordagem antropológica - permite a contemplação desses aspectos muitas vezes negligenciados pelas áreas biomédicas, contribuindo para uma problematização mais abrangente no que se refere às questões envolvendo saúde e doença, ampliando o debate nas pesquisas em saúde. Mais do que apenas uma complementação, a antropologia traz a possibilidade de entender aspectos que são frequentemente negligenciados em outras abordagens. Nesse sentido, pode contribuir para compreender como relações de forças se consolidam na prática médica ou como determinados contextos e políticas atuam em conjunto com práticas cotidianas supostamente dotadas de extrema objetividade e neutralidade, por exemplo. Sob essa perspectiva, Langdon *et all* apontam que “só as pesquisas qualitativas geram dados adequados para entender essas forças, para avaliar os serviços de saúde e seus impactos nos dados epidemiológicos” (Langdon *et all*, 2008).

No que se refere a presente proposta, tais considerações são cruciais para ampliar o campo de estudo. Ao entender a psiquiatria como uma forma de saber construída historicamente, não procuro deslegitimar sua prática e constituição, mas contextualizar de onde e para quem falam os sujeitos desse campo em questão. Para localizar e contextualizar seus discursos e práticas faz-se necessário primeiramente que tal campo de conhecimento não seja considerado como já dado e muito menos como universal, efetuar aquele distanciamento de que fala Latour sobre nossas próprias centralidades (Latour, 2009). Da mesma maneira, ao ter me proposto estudar a prática psiquiátrica diante de tais considerações, é claro que tenho em mente uma determinada maneira de que essa psiquiatria pode ser concebida mas isso não deverá ser o ponto guia para a realização do trabalho de campo. Ao contrário, a psiquiatria que procuro aqui abarcar deverá ser um

mundo inexplorado e no qual as considerações aqui realizadas deverão seguir muito mais como uma forma de desconstruir preceitos (mesmo os meus próprios, na medida do possível) do que instituí-los.

Proponho, assim, pensar em um diálogo entre duas disciplinas que têm em si naturezas tão opostas: se a psiquiatria surgiu exatamente por entender que os loucos eram incapazes de fazer uso da própria razão e, por isso, suas vidas deveriam ser guiadas por outrem, a antropologia surge a partir de uma perspectiva que é exatamente o inverso disso, postulando que o que existem são diferentes razões e não uma única forma de razão universal que se pode viver ou com ou sem ela.

Para efetivação dessa pesquisa, realizando campo em uma especialidade das áreas biológicas - uma proposta de diálogo entre Antropologia e Psiquiatria, como já foi enfatizado - foi exigido que meu projeto de pesquisa fosse submetido a Comitês de Ética e, como consequência me deparei com uma série de impasses burocráticos e institucionais que duraram cerca de seis meses. Essa experiência teve como resultado a necessidade de discutir esses aspectos envolvendo ética em pesquisa e contemplar uma discussão que vem sendo realizada atualmente sobre dificuldades que pesquisadores em ciências humanas têm encontrado ao realizar pesquisas nas áreas da saúde, dificuldades essas que se apresentam principalmente em nome de uma “ética” que, pensada em termos de ciências biológicas, geralmente não contemplam a ética das ciências humanas. Essas discussões serão trazidas na primeira parte do capítulo 1.

Na segunda parte desse mesmo capítulo serão apresentados o campo e os sujeitos dessa pesquisa e será realizada uma breve exposição das questões metodológicas da presente pesquisa.

No segundo capítulo serão discutidos aspectos relativos à formação psiquiátrica e questões referentes à residência psiquiátrica do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPq/SC), ao que procurarei ressaltar também os aspectos que me pareceram mais problemáticos em relação à formação em saúde mental em um sentido mais geral.

No terceiro capítulo entrarei na discussão sobre ensino e prática de diagnóstico em psiquiatria no IPq/SC, procurando apontar as principais especificidades no que se refere à realização de diagnósticos psiquiátricos a partir dos relatos dos sujeitos dessa

pesquisa. Nesse capítulo serão enfatizados os aspectos sobre procedimentos técnicos quanto ao modo de realização de diagnóstico e também suas implicações político-sociais, em uma procura de efetuar uma problematização dos discursos que fundamentam essa prática. De modo geral, aponto como o diagnóstico vem sendo pensado de maneira mais técnica e desvinculado de questões culturais e sócio-políticas que envolvem a prática de psiquiatria na sociedade atual.

Uma sequência dessa discussão sobre aspectos da ordem sócio-políticos será retomada no capítulo quatro, onde aspectos como a relação com a indústria farmacêutica, o contexto atual pós Reforma Psiquiátrica e a procura de respaldo técnico-científico para legitimar a psiquiatria serão retomados com mais ênfase.

## ***Capítulo 1: Métodos e ética em pesquisa***

Para a realização da presente pesquisa, tinha como proposta inicial efetuar campo junto à residência de psiquiatria do IPq/SC e também na residência de psiquiatria da Universidade de Campinas (Unicamp). A ideia inicial era traçar um paralelo entre os principais aspectos da formação em psiquiatria dessas duas instituições, que são vinculadas à programas públicos que abrangem ensino e atendimento à população, e relacionar suas implicações nesse contexto maior de políticas públicas em saúde mental pós Reforma Psiquiátrica que vivemos hoje no Brasil.

Para tal, foi solicitado que meu projeto fosse submetido a dois Comitês de Ética (da UFSC e da Unicamp), órgãos regulamentados pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e que são responsáveis pela avaliação de riscos éticos em pesquisas em seres humanos na área da saúde. Nesse processo, eu e minha orientadora, Dra. Sônia Weidner Maluf, nos deparamos com algumas dificuldades junto aos Comitês de Ética (CEPs) e também com as coordenações de psiquiatria da UFSC e da Unicamp. Devido a problemas que serão discutidos a seguir, não foi possível a realização da pesquisa nessa segunda instituição, a Unicamp, e a pesquisa de campo junto a residência do IPQ/SC só foi possível após uma longa jornada junto à Comitês de Ética e outras instâncias institucionais, e mesmo assim com algumas limitações quanto à sua forma de realização, como será discutido nesse capítulo.

Essa experiência desempenhou papel central no decorrer dessa pesquisa – como veremos, não apenas o alcance do projeto foi comprometido ao não ser possibilitado realizar a pesquisa em duas instituições, mas também seu tempo de duração. Como poderemos ver na discussão que se segue, esse não é um caso isolado, mas tão somente mais uma das muitas vezes em que pesquisadores da área de humanas se deparam com problemas e entraves ao pesquisar temas envolvendo saúde. Dado essa centralidade da questão nessa pesquisa e sua importância dentro de um contexto maior em que as pesquisas em saúde estão inscritas atualmente, optei por iniciar a dissertação com um capítulo que contemple a problematização que resultou desse processo.

Nesse sentido, esses problemas resultantes das incursões junto aos CEPs puderam ser utilizados como excelentes propulsores para uma problematização dessa pesquisa também sob o viés das barreiras éticas em pesquisas que envolvem uma tentativa de diálogo entre as áreas de saúde e humanas, como será discutido a seguir.

### *1.1 Como (não) chegar ao Castelo: questões sobre éticas em pesquisa*

Em 1996 o Conselho Nacional de Saúde (CNS) vinculado ao Ministério da Saúde instituiu a resolução 196/96 na qual são definidas as diretrizes básicas para regulamentação de pesquisas na área da saúde, e é criada a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), órgão que passa a ser responsável pela avaliação e fiscalização dos procedimentos de pesquisa envolvendo seres humanos. De acordo com essas novas diretrizes, projetos de pesquisa dessa natureza devem passar por um Comitê de Ética a fim de prevenir eventuais riscos e garantir que os sujeitos de pesquisa não sofram danos. Nesse sentido, a maior parte das universidades e instituições de saúde pública passou a ter seus Comitês de Ética (CEPs), os quais seriam responsáveis para fazer valer a perspectiva da resolução 196/96 a nível local.

No ano de 2011, o Ministério da Saúde colocou em ação uma plataforma virtual que integra a CONEP e os Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) locais visando à otimização e qualidade do sistema. Essa plataforma está situada sob uma base nacional – tanto é que seu nome é Plataforma Brasil – mas funciona localmente, sendo protocolado que os Comitês de Ética de cada universidade avaliem os pedidos que lhe são dirigidos pelo sistema de acordo com o preenchimento do pesquisador e seu vínculo institucional, item de preenchimento obrigatório.

Conforme manda o protocolo, minha pesquisa, por lidar com seres humanos e mais especificamente por estar na interface com a área da saúde, teve que ser submetida aos procedimentos institucionais da CONEP. Do momento do primeiro contato com um Comitê de Ética até a obtenção do parecer final (Anexo 06) e aprovação do projeto se passaram seis meses, de março a setembro de 2012. Para melhor visualização, retomo a narrativa sobre o campo desde seu início.

Para a realização do projeto de pesquisa, primeiro realizei atividade prévia de campo em duas residências em psiquiatria, no HU/UFSC e no HC/Unicamp. Comecei o contato com o Ambulatório de Psiquiatria do HU em meados de 2011, por ocasião de um trabalho exploratório para construção do objeto de pesquisa, conforme abordado anteriormente. Como estava vinculada ainda a uma aprovação de ética de uma pesquisa em andamento, não tive problemas com a realização desse contato inicial. Assim, realizei cerca de seis entrevistas gravadas e conversas com residentes, secretárias e preceptores do serviço da residência. Concomitantemente, passei a procurar outras instituições nas quais poderia realizar a pesquisa.

Em outubro de 2011, quando em fase de procurar o primeiro contato com a Unicamp, fui advertida por alguns pesquisadores sobre as complicações que a medicina na Unicamp apresenta para aceitar projetos de pesquisas, ainda mais quando de outras áreas e/ou de outras instituições. Meus primeiros contatos por e-mail se mostraram infrutíferos, mas consegui uma resposta da preceptora da psiquiatria para que a procurasse ou ao vice-preceptor em uma visita pessoal. Como a data em que pude marcar ela iria viajar, deixei combinado de falar com o vice-preceptor. Mas chegando ao setor da Psiquiatria, esse não estava. Em vez de seguir o protocolo e tentar remarcar – considerando que tinha pouco tempo para a realização dessa atividade prévia de campo - decidi caminhar pelos corredores do ambulatório em psiquiatria. Falei com uma secretária sobre minha pesquisa e que gostaria de falar com residentes. Ela titubeou e, para encorajá-la, disse que já tinha falado com os supervisores responsáveis pela residência. Essa notícia, ao contrário do que eu esperava, me fechou ainda mais as possibilidades: a secretária do ambulatório me respondeu que, como eu tinha falado antes com eles, deveria retomar o contato antes de iniciar qualquer coisa. Depois de horas viajando e realmente cansada, sentei-me a contragosto em uma das cadeiras da sala de espera para pensar. Num repente, passei pelo corredor da psiquiatria e interceptei um residente falando de minha pesquisa. Para minha sorte, ele me disse que estava atrasado e me apresentou a um dos professores da residência vinculado com pesquisas qualitativas. “Se o seu projeto está aprovado pelo Comitê de Ética e o sujeito de pesquisa concorda, não tem porque não fazer a

pesquisa” (diário de campo, 08 de novembro de 2011), me encorajou.<sup>5</sup>

E me indicou outro estudante, que me indicou outro e depois outro residente e um supervisor dos residentes no serviço de emergência. A partir daí realizei atividade de campo ao longo de cinco dias, inclusive assistindo a supervisões e conhecendo a parte interna da emergência psiquiátrica do Hospital das Clínicas/Unicamp. Convém ressaltar que todas essas conversas, entrevistas e demais observações de atividades só foram realizadas mediante consentimento dos sujeitos envolvidos, profissionais da residência em questão e que nenhuma dessas interações ocorreram na presença de pacientes.

Pensando mais tarde, percebi como existiu um momento crucial aí, quando acatar ou não acatar a restrição imposta pela secretária mudou toda a minha estadia e minha pesquisa. Meses depois, já com material de pesquisa da Unicamp e convicta a realizar a pesquisa nos dois centros (HU da UFSC e HC da Unicamp), outro detalhe latejava na minha cabeça: a oposição entre pessoas e burocracia, de como tudo se tornara tão fácil quando lidava diretamente com “pessoas” e extremamente complicado quando lidava com as “instituições”. Revendo minha aproximação na Unicamp, pude perceber que a médica responsável pela preceptoria passou a responder meus e-mails apenas depois de ligar e falar pessoalmente com ela. Os meios de aproximação burocráticos, instituídos para garantir diretrizes nos processos, acabavam por impedir a realização dos mesmos. Contudo, na minha área de pesquisa, eles se mostraram insubstituíveis, infelizmente, pela própria exigência das pessoas pesquisadas.

Com a expiração da aprovação no Comitê de Ética da pesquisa mais ampla à qual meu projeto estava vinculado, iniciei meu itinerário junto aos Comitês de Ética. Nessa altura já havia retomado contato com a preceptoria da Unicamp via telefone e e-mail e, entre outras coisas, apresentei meu projeto e solicitei que fosse encaminhado à reunião do Colegiado de Psiquiatria,

---

<sup>5</sup> Nessa ocasião, estava ainda efetuando pesquisa dentro de um projeto mais amplo intitulado “Gênero, ‘saúde mental’ e subjetividades” (Maluf & Tornquist, 2010), cuja aprovação pelo CEP (ANEXO 01) também passou por um processo rigoroso de aprovação. Ver: Langdon *et al*, 2011. Aqui também é importante apontar que, nesse momento com esses possíveis sujeitos de pesquisa, explicava que se tratava de aceitação por parte do CEP da UFSC e não da Unicamp. Apenas meses mais tarde é que a aprovação do CEP da Unicamp passou foi requerida, como disorro nesse capítulo.

procedimento exigido pelo departamento. Como informação inicial, me foi falado que o trabalho poderia ser realizado mediante a aprovação do Comitê de Ética da minha universidade.

Minha orientadora e eu realizamos o preenchimento do formulário online Na Plataforma Brasil (Anexo 04) e enviamos os documentos solicitados. Como a pesquisa também seria realizada na Unicamp, ficamos em dúvida sobre como preencher isso no formulário que, como consiste em um questionário fechado, por um lado visa a objetivação dos itens de preenchimento mas, por outro, deixa que alguns desses itens ficassem obscuros ou mesmo inexistentes. Me informaram pessoalmente que deveria apenas me preocupar com a instituição a que estava vinculada, já que não precisaria submeter à outro CEP.

Por volta de três semanas depois de submeter meu projeto de acordo com os trâmites indicados, recebo duas notícias desanimadoras: a primeira, de que o Conselho de Psiquiatria da Unicamp exigiria aprovação do Comitê de Ética da Unicamp além do Comitê de Ética da UFSC - ao contrário da posição inicial quando na ocasião de contato para a pesquisa, três meses antes; e a segunda, de que o Comitê de Ética da UFSC, devido a problemas internos com a Plataforma Brasil, não estava sequer recebendo os projetos. Meu projeto encontrava-se parado e sem previsão nenhuma de quando seria analisado.

Tentei por dias seguidos contato online com a Plataforma Brasil, sem sucesso. E a representante do Comitê de Psiquiatria da Unicamp, provavelmente alheia às mudanças por que passava o sistema nacional, insistia que eu submetesse o projeto ao Conselho da Unicamp, que a seu ver era “bastante rápido em sua avaliação” (diário de campo, 08 de abril de 2012). Contatando o Comitê diretamente, esses me informaram que o procedimento era via Plataforma Brasil e não souberam informar como deveria proceder no meu caso, me indicando que procurasse atendimento online da referida Plataforma e me enviando um endereço de e-mail de contato da mesma – diga-se de passagem, um endereço errado. O Comitê da UFSC tampouco sabia o que fazer, e eu encaminhava solicitações a todos os lugares possíveis sem obter respostas satisfatórias. Meu tempo para efetuar a pesquisa estava realmente ficando cada vez mais curto.

Duas semanas depois de enviar meu projeto, recebi a resposta da responsável pela preceptoria de que o projeto teria de

ser submetido também ao CEP da Unicamp. Como já havia enviado a pesquisa e supondo se tratar de uma Plataforma unificada (o que é, de fato), fui procurar informação de como proceder mediante esse imprevisto. Eu já havia enviado o projeto, o sistema não aceitava mais alterações. Minhas dúvidas giravam em torno de como mudar informações no protocolo já enviado para que fosse submetido aos dois CEPs simultaneamente, como prevê o funcionamento da Plataforma Brasil ou mesmo se deveria efetuar nova submissão, desta vez direcionada ao CEP da Unicamp.

O sistema da Plataforma Brasil estava funcionando precariamente não apenas aqui, mas a nível nacional. Na busca por respostas e soluções, tentei contato diretamente com os CEPs da UFSC e da Unicamp. No CEP da UFSC,<sup>6</sup> com o qual pude lidar pessoalmente, encontrei respostas como: “a plataforma é nova, ainda não sabemos como proceder”, “a UFSC toda está parada” (em função da greve) e “não consigo contato com o sistema online deles [da Plataforma Brasil]”. O responsável pelo segundo CEP, com o qual lidei via e-mail e telefone, me garantiu que eu deveria tratar direta e exclusivamente via Plataforma Brasil. Interessante notar, no entanto, que na ocasião o HC/Unicamp nem estava ainda vinculado totalmente à Plataforma Brasil, e os percursos para conseguir uma submissão à CONEP eram quase enigmáticos; formulários de uso temporário estavam disponíveis no site e não havia indicação alguma de como proceder no meu caso. E a única suposta solução apontada pelos dois CEPs foi para tentar atendimento virtual na Plataforma Brasil.

Demorei quase uma semana para conseguir atendimento. Quando consegui finalmente, dia 12 de abril, o atendente responsável disse que eu poderia alterar um dado mesmo já havendo enviado o projeto afim de vincular o CEP da Unicamp ao meu projeto. Como eu lhe disse algumas vezes que não conseguia ter acesso ao protocolo já enviado e provavelmente porque ele já tinha sido enviado, ele me respondia para tentar novamente no dia seguinte: “Marina, é importante que vc<sup>7</sup> tente amanhã, porque não posso garantir a integridade da sua pesquisa com o site oscilando

---

<sup>6</sup> Denominado CEPESH (Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos). Optei por chamar aqui por CEP/UFSC (ou CEP da UFSC), identificando a instituição após a sigla genérica para Comitê de Ética, para evitar confusão no texto já que estou falando de dois Comitês de Ética diferentes, mas que tem funções semelhantes nas instituições que estão vinculados.

<sup>7</sup> Abreviatura de “você” comumente usada em conversas na internet, utilizado pelo atendente na conversa original.

desse jeito, entendeu?” (Sérgio, atendente online da Plataforma Brasil. Diário de campo, abril de 2012).

Essa informação errônea veio aliada a outra, que eu deveria indicar minha pesquisa como multicêntrica ao invés de adicionar a Unicamp como instituição co-participante. Se a burocracia existe para sanar alguns mal entendidos, acredito que essa diferenciação entre pesquisa multicêntrica (realizada *por* mais de uma universidade e não *em* mais de uma universidade) e instituição co-participante diz um pouco mais do que sinônimos. E essas foram as informações passadas depois de uma semana de espera.

Depois disso apostei minhas fichas nos contatos pessoais com a secretaria do CEP da UFSC. Após alguns dias, fui informada de que a responsável pelo CEP da UFSC estava marcando uma audiência com o núcleo da Plataforma Brasil em Brasília tentando resolver a situação da UFSC e, mais imediatamente talvez, obter respostas do que estava acontecendo. Recebi na semana seguinte duas informações animadoras: primeiro, que a sede da Plataforma Brasil (em Brasília) estava cheia de caixas de mudanças e que “em breve” haveria uma reunião para decidir como encaminhar os projetos atrasados. Nesse meio tempo, a secretaria CEP/UFSC e eu tentávamos ainda descobrir como proceder especificamente no meu caso, para a submissão simultânea em dois CEPs – algo obviamente previsto pela lógica da implementação de uma nova plataforma mas cujos procedimentos ninguém parecia ter ao menos ouvido falar.

Nas idas constantes e conversas com a secretaria do CEP/UFSC, fui informada de que 90% dos projetos voltavam com erros de preenchimento, notavelmente por conta da nova plataforma. Pelos profissionais da área, a plataforma foi relatada como sendo confusa e que sua implementação foi precoce, sem uma real avaliação prévia de sua funcionalidade. Para as próprias secretarias estava sendo difícil a obtenção de dados precisos pois era comum que os dados mudassem constantemente, resultando em uma dificuldade de obter informações e que essa fossem por vezes instáveis, efêmeras.

De acordo com as diretrizes protocolares da Plataforma Brasil, o parecer deve sair em 30 dias. Em caso de impossibilidade do CEP local cumprir com esse prazo, um outro CEP deverá ser incumbido da análise respeitando esse mesmo prazo. Finalmente no

início de maio a plataforma libera as informações dos protocolos e a secretaria do CEP/UFSC têm acesso ao meu caso e posso reenviar o protocolo com as devidas alterações. Assim, após 43 dias recebo o primeiro resultado do CEP, informando que deveria colocar a Unicamp como instituição co-participante e que faltavam documentos anexados, documentos esses cuja estrutura formal da plataforma não disponibilizara espaço para anexar, bem como nenhuma orientação quanto a como proceder.

Devido aos referidos problemas com a plataforma, a comissão de ética da UFSC não tinha se reunido ainda em 2012 por ocasião dessa resposta. Meu processo foi pré-analisado pela secretária do CEP da UFSC, provavelmente em decorrência de minhas visitas constantes atrás de informação.

Nesse meio tempo, tinha que obter declaração das instituições de ciência de que uma pesquisa pode vir a ser realizada ali mediante autorização do CEP no HU/UFSC (Anexo 12) e no HC/Unicamp (Anexo 11). No HU, essa declaração foi obtida facilmente mas no Hospital das Clínicas, talvez devido à tentativa de resolver isso por meios como e-mail e telefone, devido à distância física, se mostrou muito mais lenta. Embora em contato com a psiquiatria da Unicamp desde novembro de 2011, as únicas informações que esses me passavam era para “submeter o projeto ao CEP/Unicamp” e entrar em contato com o CEP/Unicamp. Após descobrir qual órgão responsável para encaminhar esse pedido, e após mais alguma demora para conseguir contatar esse, descobri que para obter uma declaração do superintendente geral precisava antes de uma declaração do responsável pelo núcleo onde eu realizaria a pesquisa, o que me remetia novamente às negociações com a preceptora da psiquiatria da Unicamp.

Após encaminhar e-mail e aguardar uns dias, resolvi telefonar (meio que se mostrou mil vezes mais rápido para resolver esses problemas) para avisar que estava enviando uma declaração que “formalizava a aceitação da realização da minha pesquisa já aprovada pelo Conselho de Psiquiatria” (receando, mesmo colocando nesses termos, uma nova série de negociações eternas) para ser enviada ao superintendente, consegui quem a obtivesse e escaneasse para mim para enfim ser enviada à secretária do superintendente, com quem tratei por telefone – mais uma vez, com alguma demora. Assim, cerca de três semanas depois de iniciada essa parte do processo eu consigo obter, finalmente, uma

declaração formal do Departamento de Psiquiatria (Anexo 10) que foi encaminhada à Diretoria do HC para emitir a declaração de concordar com a realização da pesquisa.

Sigo com uma tentativa de resumir brevemente como ficaram as investidas junto aos CEPs supracitados.

Primeiramente enviado em março, obtenho uma resposta formal 43 dias depois solicitando documentos faltantes e a colocação da Unicamp como instituição co-participante. Novamente encaminhado, dessa vez endereçado aos dois CEPs, fico sabendo que o CEP da Unicamp só deveria analisar o projeto após aprovação – note-se, não apenas o parecer, mas a aprovação – por parte do CEP da UFSC, de modo que, me informam, o documento de concordância do HC/Unicamp poderia ser anexado depois.

Ao final de junho, o CEP/UFSC finalmente emite um parecer formal de que o projeto estaria pendente (Anexo 05), apontando uma correção no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 03), que deveria ser “mais claro”, solicitando a resposta do HC/Unicamp e, para minha surpresa, questionando a ética sobre o acesso aos prontuários dos pacientes. Surpresa, devo enfatizar, pois esse item não constava nas minhas intenções de pesquisa, metodologia ou qualquer coisa que o fizesse valer. Ao reler o questionário que preenchemos na Plataforma Brasil, percebo de onde veio essa questão: em um dos itens de preenchimento obrigatório, questionava uso ou não de demais documentos. No cabeçalho da pergunta, apontava-se:

**Haverá uso de fontes secundárias de dados (prontuários, dados demográficos, etc)?**

Sim

**Detalhamento:**

Serão analisados programas de disciplinas de psiquiatria nas faculdades de medicina, o currículo dos cursos de medicina, alguns livros-textos na área. (Cópia do parecer que consta no diário de campo de março de 2012/ Anexo 04).

Ou seja, mesmo especificando que as fontes secundárias seriam apenas os programas de disciplina, currículo e livros-texto da área (todos documentos públicos), o parecerista não compreendeu e interpretou como se eu fosse analisar prontuários de pacientes.

Elaboramos uma resposta (Anexo 08) e reenviamos o projeto, dessa vez com a aprovação do HC/Unicamp (Anexo 11) já inclusa. No entanto, na semana seguinte nos deparamos com a greve dos servidores da UFSC e a consequente paralisação das atividades do comitê de ética da UFSC. Após sugestão do Prof. Dr. Alberto Groisman (PPGAS/UFSC) passamos a tentar contato diretamente com o coordenador do CEP da UFSC. Depois de um mês que eu e minha orientadora contatamos via e-mail e telefone (quase diariamente) o coordenador desse CEP, finalmente obtivemos uma declaração provisória de aceite do CEP (Anexo 02), declaração essa que permitiu a entrada em campo na última semana de julho e a submissão do projeto junto ao CEP da Unicamp – isso depois de 5 meses após a entrada da projeto na CONEP.

Já em trabalho de campo, recebemos notícias negativas do CEP da Unicamp, apontando, dentre outros pontos, que:

A observação de campo prevê a presença de pacientes (durante atendimento)? E quanto a momentos a serem gravados, seriam apenas com os profissionais ou incluem atendimentos?

Cita inclusive nome de residentes que entrevistou! [...] Fica claro que o trabalho, ou parte dele, já foi realizado, sem aprovação de nenhum dos CEPs. [...] O projeto refere sigilo dos dados de identificação, mas no próprio projeto cita inclusive nome de residentes que entrevistou e seus comentários. (Cópia do parecer que consta no diário de campo de agosto de 2012/ Anexo 07)

Também foi sugerido que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) se adequasse às normas específicas da Unicamp e que a pesquisa fosse submetida no meu nome, informações contraditórias com as que recebi do CEP da UFSC quando na busca de informações para realização do projeto. No entanto, o que mais chama atenção são os pontos por mim ressaltados acima, que, me parece, foram os pontos cruciais para a não aprovação do CEP da Unicamp e cujas contra-argumentações seriam desnecessárias, uma vez que as informações que as responderiam se encontravam no projeto, quando na especificação do público-alvo da entrevista (residentes, preceptores e demais funcionários da residência de psiquiatria, e não pacientes) e,

principalmente, quando é deixado claro que os nomes listados são fictícios. A demonstração clara de desconhecimento desses detalhes me levou a questionar o comprometimento do parecer e do CEP como um todo, que se permite a emissão de um documento formal baseado em falsas premissas.

Mas o ponto sobressalente veio com a informação final do parecer:

O projeto foi discutido em plenária durante a reunião ordinária do CEP em 28/08/2012. Foi mantido o parecer de não aprovação do relator, embasado no descumprimento do artigo IX.2 letra "a" da resolução 196/96 e na carta circular 122/2012 da CONEP que possibilita apenas que o CEP da co-participante emita parecer de aprovação ou não aprovação, não sendo mais possível parecer de pendência. (Cópia do parecer que consta no diário de campo de agosto de 2012/Anexo 07)

De maneira que, acrescento aqui, as proponentes do projeto tem sequer espaço e direito a uma resposta e esclarecimentos: a própria dinâmica da plataforma nos impede literalmente de submeter ao CEP uma carta resposta, simplesmente não há possibilidade de elaborar uma resposta a nível formal uma vez que a plataforma não aceita mais a submissão de qualquer documento após a resposta do CEP. Simples assim, fim do livro. Sem um ponto final.

Mas os problemas ainda não se esgotam aí. Concomitantemente a todo esse processo e visando otimizar o possível a realização do campo, em abril retomei contato com Laura, uma das preceptoras responsáveis do Ambulatório de Psiquiatria do HU da UFSC, e marquei encontro para conhecer outra preceptora responsável, Mara. No começo, ambas se mostraram bastante abertas e receptivas. No primeiro encontro com Mara apresentei minha proposta de pesquisa e o cronograma e perguntei sobre a possibilidade de assistir reuniões de supervisão dos residentes. Mara logo assentiu que assistisse às suas supervisões e disse que não veria porque os demais colegas preceptores veriam problema e chegou, inclusive, a marcar uma atividade prévia de campo antes da apresentação da documentação formal do CEP para depois de duas semanas – data em que eu já deveria ter tido alguma resposta formal do CEP.

Decorrido esse período, me dirigi ao Ambulatório de Psiquiatria em uma sexta-feira à tarde em que estariam Laura e Mara presentes, e, como não tinha ainda resposta do CEP e já havia apresentado a proposta de pesquisa, expliquei a situação e o porquê dessa demora da entrada em campo e pedi para, a fim de adiantar os trabalhos, elas me passassem contato com o IPq/SC, instituto asilar em que a residência de Psiquiatria da UFSC também ocorre. Laura sugeriu então que eu levasse o projeto para ela e Mara verem e aprovarem antes de eu entrar em contato com o IPq/SC, dizendo que facilitaria as coisas.

Mara voltou à reunião e eu e Laura – que é também responsável pela preceptoría no IPq/SC – discutíamos pormenores da pesquisa e estávamos discutindo quais atividades seria interessante participar no IPq/SC e, quando sugeri que eu assistisse às apresentações de estudo de caso, repentinamente sua expressão mudou e lhe ocorreu – o que percebi por sua afirmação em seguida – dúvidas quanto à questão de uma pessoa não médica assistir atividades que poderiam ser compartilhadas exclusivamente por médicos. Sua expressão mudou novamente e ela pareceu perceber com certo assombro que uma pesquisadora assistir uma supervisão médica [um dos seus redutos ritualísticos cuja sacralidade só é garantida pela impossibilidade de um não médico no ritual] consistiria em uma espécie de “atentado” às normas éticas do exercício de sua profissão. Procurei acalmá-la, já que essa situação lhe provocara evidente espanto, argumentando que a Antropologia também tem um código de ética rigoroso de proteção aos sujeitos da pesquisa e que caberia ao Comitê de Ética decidir também ao averiguar possíveis situações de danos e prejuízos no caso da minha observação de tais atividades - no caso da minha pesquisa, aliás, o Comitê deveria apurar especificamente isso já que minha pesquisa não previa qualquer interação com pacientes e muito menos a realização de experimentos, por exemplo.

Laura, no entanto, parecia perturbada, como se uma nova verdade lhe tivesse ocorrido: havia um muro intransponível entre nós e esse muro se chamava “ética” para ela, ou melhor dizendo, a ética do sigilo médico - código supremo que deve ser honrado pela medicina. De repente, passou a questionar como seria possível alguém não médico fazer tal pesquisa. Disse-lhe que havia outras tantas pesquisas na área e que a análise do CEP deveria avaliar também isso e, no fim, nos despedimos com a perspectiva de

entregar-lhe meu projeto de pesquisa e conversarmos no próximo dia que exerciam atividade no Ambulatório de Psiquiatria. Deixei uma cópia na secretaria do projeto e quando nos encontramos ela me disse que ela e Laura já haviam lido meu projeto “por cima” (diário de campo, 04 de maio) e tinham decidido que eu poderia conversar/entrevistar médicos, mas que não poderia assistir supervisão devido ao caráter íntimo das informações trocadas, que seria contra a ética e o sigilo médicos. Mais uma vez argumentei que a antropologia também tem um código de ética e que também prezamos o sigilo e proteção de informações de nossos sujeitos de pesquisa, argumentei sobre a realização de outros trabalhos dessa natureza e que na Unicamp me abriram essa possibilidade inclusive, assim que meu trabalho passasse pelo comitê de ética deles (nesse momento ainda não tinha recebido a negativa do CEP da Unicamp). Por fim, procurei mostrar que, como estipulado pelas medidas protocolares da CONEP, essa decisão deveria passar pelo CEP, órgão formal que deve estipular os riscos de uma pesquisa dessa espécie. Mara ficou de entrar em contato com a Associação Catarinense de Psiquiatria, expor a situação e apresentar meu trabalho e pedir orientações sobre suas dúvidas, procurando sanar esse impasse. Após algumas trocas de e-mails espaçados ao longo de meses, temos a seguinte situação: A Associação Catarinense de Psiquiatria não sabe o procedimento e indica a procura junto à Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Essa Associação também não sabe indicar procedimentos e Mara solicita que procuremos informações em documentos sobre como proceder, mas não sabe indicar quais documentos. Após realização de nova revista da resolução 196/96, outros documentos da CONEP, o Código de Ética Hospitalar e do Código de Ética Médica, sem sucesso, opto por procurar documentos de outras instituições e encontro documentos interessantes de regulamentação de hospitais universitários especificando casos como esse. Mais especificamente, tomei por base o Hospital das Clínicas da URGs e argumentei que esse tipo de decisão fica a critério de um protocolo pré-definido pelo hospital em questão e que tais termos não estavam disponíveis no HU e que deveríamos, portanto, nos basear no CEP. Após algum tempo, mais especificamente em agosto de 2012, a ABP responde que essa decisão caberia ao CEP local. Essa informação me foi passada por Mara com tom de entusiasmo, imaginando que eu seria enfim liberada para assistir as supervisões

e estudos de caso, mas ela e Laura ainda não tinham conversado, então fiquei de esperar a resposta formal delas. Falando com Laura, essa comentou que conversou com um terceiro preceptor e que concordavam que eu não deveria assistir às supervisões por conta de não prejudicar o sigilo médico dos pacientes.

Ao tentar organizar essas informações para descrever um itinerário conciso e preciso, encontrei inúmeras dificuldades e isso me atentou para o fato, mais uma vez, de quantas vezes tive que andar em círculos resolvendo problemas burocráticos de toda espécie e sempre encontrando extrema dificuldade no caminho. Havia dias que as anotações de meu diário de campo eram um misto de descrição de dados burocráticos de diversas naturezas: ligações para a Unicamp para conseguir a declaração de aceite do hospital não raro coincidiam com idas ao CEP da UFSC e conversas pessoais e via e-mail com o Ambulatório de Psiquiatria da UFSC, e cada um desses eventos eram marcados por uma listagem sem fim de “impedimentos técnicos”. A frustração era marcante e comparações com o agrimensor kafkaniano de *O Castelo*<sup>8</sup> me vinha espontaneamente como figura de linguagem e se a tensão de que às vezes realmente parecia que o caminho não teria fim foi primeiramente aliviada com a aceitação do CEP da UFSC (formalmente, apenas em setembro de 2012), o final enigmático de Kafka parece ter se materializado quando na resposta definitiva do CEP da Unicamp: sem “castelos” para você, cara pesquisadora das ciências humanas.

Fato indiscutível é que, ao tentar realizar pesquisa na área da psiquiatria, o que encontrei foi uma imensa “barreira ética”. Ou, dizendo de uma forma um pouco mais antropológica, ao tentar “entrar” em campo, percebi que o meu campo acabou se mostrando ditado pelas idas e vindas que percorri em nome da “ética”, tanto espacial quanto temporalmente. Se no final realizei trabalho de campo durante dois meses junto à residência (sem contar o campo prévio realizado ano passado), é justo afirmar que junto aos comitês de ética meu trabalho de campo durou seis meses. As investidas junto aos procedimentos burocráticos foram intercaladas por leituras (documentais e acadêmicas) e debates sobre o tema e foi apenas depois dos primeiros meses que eu percebi que meu campo se transformara na própria questão da ética, era nessa

---

<sup>8</sup> Ver Kafka (2008).

questão que meu campo tinha se mostrado e enquanto eu pensava ainda estar nas preliminares de entrar em campo, percebi então, eu já o estava vivendo.

Todo esse itinerário junto aos CEPs, por fim, acabou se mostrando essencial para levantar uma problemática extremamente atual na Antropologia – e nas áreas de humanas em geral – que é a dificuldade de realizar pesquisas de acordo com os moldes diretrizes instituídos. Esses, estipulados por órgãos governamentais de acordo com as premissas da área da saúde, simplesmente mostram-se ineficazes para abordar a questão de pesquisa da área de humanas por alguns motivos que, baseada em discussões recentes realizadas na nossa área, procurarei abordar aqui.

De acordo com Langdon *et all*, as implicações éticas em se realizar pesquisas de campo em áreas biomédicas são inúmeras, e uma dessas consiste exatamente no embate teórico inicial sobre o que é considerada a prática científica em si. A perspectiva crítica adotada por inúmeros cientistas humanos encontra raro ou nenhum respaldo na área biomédica, que de forma geral reclama para si o status de o modo de conhecer e atuar no mundo por excelência e acaba sendo normativa na constituição das diretrizes protocolares para a realização de pesquisas (Langdon *et all*, 2008).

Outros autores levantam questões bastante relevantes quanto a isso. Cardoso de Oliveira (2004) por exemplo, discute como as áreas biomédicas têm imposto de maneira normativa sua lógica sobre a ética da prática de pesquisa postulando que tal ética seja “universal”, como se essa fosse a mesma para todas as áreas de conhecimento, fator que indica, além de uma má compreensão de como é realizada uma pesquisa na área de humanas, um desrespeito aos direitos desses pesquisadores na medida em que se impõe um procedimento normativo baseado em um áreacentrismo (Cardoso de Oliveira, 2004).

Esse mesmo autor traz à tona uma questão central da diferença entre as ciências sociais e áreas biomédicas no que se refere a realização de pesquisas. Ao passo que as áreas biomédicas realizam pesquisa *em* seres humanos, a antropologia tem como característica a realização *com* seres humanos, diferença essa que é essencialmente marcante em termos de concepções éticas de pesquisa e relação entre pesquisador e pesquisado. Se uma pesquisa *em* seres humanos supõe que os pesquisados assumam o papel de cobaias, sujeitos-objetos de pesquisa, uma pesquisa *com* seres

humanos tem por base a ideia de que o pesquisado deve ser parte ativa de uma pesquisa cujas bases hierárquicas devem ser suprimidas, tanto por for possível, por uma relação dialógica, de modo que o próprio objeto de pesquisa e definição do problema de pesquisa é resultado de um diálogo pesquisador/pesquisado (Cardoso de Oliveira, 2004). Cardoso de Oliveira ainda entende que:

tratar pesquisas *com* seres humanos como se fossem pesquisas *em* seres humanos representa uma tentativa de colonização da antropologia ou das humanidades pelo áreacentrismo biomédico (Cardoso de Oliveira, 2004).

Associado ao fato de que a resolução 196 se coloca como diretriz de toda pesquisa que envolva seres humanos e que, assim, deveria comprometer as ciências sociais em sua grande maioria (Figueiredo, 2004), vemos que, na prática, os procedimentos de ética em pesquisas são determinados por um órgão atrelado ao Ministério da Saúde, o que é eloquente em si quanto a isso. Nas palavras de Heilborn, vemos a soberania de

uma certa orientação hegemônica (mais biomédica ou epidemiológica), ficando as demais abordagens subalternas (Heilborn, p. 59, 2004).

De acordo com Figueiredo, ao interpretarmos a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde literalmente, percebemos que essa aponta que deve haver uma comissão em pesquisa com características de multi e transdisciplinaridade e que, principalmente, deveria estar desvinculada do Ministério da Saúde ou qualquer outro ministério relacionado a alguma área científica específica, o que notavelmente não ocorre na prática. (Figueiredo, 2004). O que nos leva a um cenário em que as pesquisas em humanas estão sendo pretensamente controladas por órgãos que, além de dissociados de seu campo de saber técnico, estão em contradição com as próprias premissas e postulados éticos.

Goldin aponta que a definição dada pela resolução 196 é bastante abrangente, fator esse que possibilitaria questionar a competência do Ministério da Saúde ao normatizar atividades que seriam, na verdade, competentes à área do Ministério da Ciência e

Tecnologia. Goldin atenta ainda que a tradição do consentimento informado é oriunda das práticas do Direito e visa garantir tanto a informação sobre riscos e benefícios mas, principalmente, a isenção do profissional da responsabilidade pelos atos envolvidos (Goldin, 2004).

Nesse sentido, percebemos que alguns pontos evidentemente negligenciados pelas prerrogativas atuais postuladas pela CONEP é que, para o antropólogo, é desejavelmente impossível delimitar previa e objetivamente suas finalidades últimas de pesquisa, pois tal postulado iria na contra-mão da perspectiva antropológica em si.

Deste modo, não é possível nem seria desejável que o antropólogo pudesse definir ou prever com precisão todos os seus interesses (presentes e futuros) de pesquisa, no momento recomendado pela resolução 196 para a obtenção do consentimento informado (Cardoso de Oliveira, p. 34, 2004).

Não se trata, assim, da realização de uma mera formalidade: a essência do trabalho antropológico mesmo é a abertura quanto na realização no trabalho de campo, de modo que termos específicos da pesquisa não são passíveis de ser previamente acordados. Ou, nas palavras de Cardoso de Oliveira:

O bom desempenho do antropólogo no campo supõe não só que ele será capaz de aprender com os sujeitos da pesquisa, mas também que aprenderá o suficiente para ter que reajustar o seu foco inicial de pesquisa. E, se o consentimento livre e esclarecido significa que os sujeitos têm que saber tudo o que será abordado e todos os temas que o pesquisador desenvolverá para publicação depois de concluir a coleta dos dados, a pesquisa será inviabilizada (Cardoso de Oliveira, p. 30-31, 2010).

Além disso, Fonseca (2010) mostra como essa complexidade da concepção de ética nos trabalhos antropológicos em geral impossibilitaria uma pré-avaliação em um nível mais técnico:

Ao reconhecer que elementos éticos permeiam a pesquisa científica do início até o fim, torna-se patente que é ilusório imaginar ser possível regular esses elementos inteiramente através de instâncias formais. Qual comitê de ética – com quantos membros e quantas horas de discussão – daria conta da complexidade do campo? (Fonseca, p. 64, 2010).

Langdon *et all* efetuam uma desconstrução da ideia de uma ética “universal” discutindo que implicações éticas também tem um contexto histórico-cultural e a imposição de uma ética que se propõe universal não é garantia que a ética dos sujeitos pesquisados estejam sendo contempladas – essa, sim, a ética com a qual uma pesquisa antropológica deveria se comprometer (Langdon *et all*, 2008).

Nesse sentido, convém ressaltar que uma posição contrária aos procedimentos dos CEPs no Brasil é apoiada pela Associação Brasileira de Antropologia que, de forma geral, se coloca como contrária às imposições biomédicas em nome da ética em geral:

A ABA não reconhece os comitês de ética vinculados à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) pois considera que esta é uma questão estruturante da própria disciplina. Além de termos nosso código de ética, não reconhecemos que pessoas da área médica possam julgar as implicações éticas de nosso trabalho – que é julgado, e com grande rigor, por nossos pares.” (Grossi *et all*, p. 104, 2003).

Esse trabalho apenas concentrou tantos esforços junto aos CEPs por se encontrar em uma interface dialógica direta com as áreas da saúde – mais especificamente, a psiquiatria, cuja ética, tanto dominante quanto “nativa”, precisava então ser problematizada.

A questão do anonimato, também problematizada dentro da antropologia por muitas vezes ser considerada uma imposição ética não compartilhada pelos sujeitos de pesquisa (Fonseca, 2007) foi contemplada aqui tendo em vista, principalmente, essa ser a visão da maior parte dos próprios sujeitos de pesquisa. Assim, ressalto mais uma vez – uma vez que, como já discorri sobre as desventuras junto aos CEPs, esse fato pode muito facilmente passar despercebido quando interessar - que todos os nomes usados nesse

trabalho são fictícios, ou seja, não correspondem ao nome real dos sujeitos de pesquisa. Também visando uma proteção do sigilo dos entrevistados optei por suprimir informações pessoais dos sujeitos dessa pesquisa e também não indiquei dados como a fase da residência que os residentes se encontravam ou área de atuação dos preceptores quando apresentava trechos de seus relatos.

Analisando historicamente o desenvolvimento das questões éticas em pesquisa, alguns autores defendem que “as preocupações éticas da pesquisa científica se concentram, desde o início, nos possíveis exageros da ciência médica” (Fonseca, p. 48, 2010) e que, conseqüentemente, as soluções deveriam se adequar à essa espécie de problemas, daí a origem dos códigos de ética em pesquisa.<sup>9</sup> Langdon *et all* (2008) apontam, contudo, como esse procedimento que primeiramente era voltado à proteção dos pacientes acabam servindo como uma espécie de escudo dos profissionais da área da saúde na medida em que inviabilizam a realização de pesquisa por outras áreas (Langdon *et all*, 2008), fazendo valer sua lógica em nome de uma proteção ao paciente que tem nos moldes biomédicos a sua origem. Nesse sentido, também Fonseca afirma que:

Particularmente popular nas ciências médicas, este tipo de documento [o documento informado], visto como um artifício legal que protege mais o pesquisador do que o pesquisado, sofreu rejeição quase global pela comunidade de antropólogos (Fonseca, 2007)

Podemos notar que de acordo com o Código de Ética Médica, não seria de maneira alguma antiético toda e qualquer discussão de caso de determinado paciente desde que essa fique restrita exclusivamente a médicos. Da mesma forma, alguns congressos são vetados a outros profissionais que não compactuam desse mesmo atestado de sigilo. Em ambos os casos, postula-se que existe uma ética que é universal, mas só pode ser aplicada dentro de uma certa hierarquia.

Mas percebi também, escrevendo meu diário de campo, o porquê desse assunto me frustrar tanto a nível pessoal. Em meu projeto de pesquisa já procurava problematizar a ética, então sobre outra ótica, por um lado ressaltando a questão de como ter uma

---

<sup>9</sup> Sobre a história da problematização de ética em ciência, ver Fonseca (2010).

postura ética com o ponto de vista dos meus “nativos” sem reificar ou reafirmar seu discurso, notadamente dominante em nossa sociedade – afinal, eles seriam, de certa maneira, a “ciência”, a “linguagem dominante ocidental” e “uma poderosa máquina de produção de verdades”, e, por outro lado, na procura de não compactuar previamente com o rol de críticas que lhes tem sido comumente dirigidas, em muito exatamente devido ao fato de serem parte do discurso dominante. Basicamente, tudo aquilo que vem sendo criticado a partir de uma tradição pós-foucaultina de se criticar.

Em relação aos “nativos”, eu tinha em mente a necessidade de pensar antes em um diálogo, em estar aberta às minúcias de suas atividades e discursos de forma a não me deixar levar pelas críticas que me eram familiares (Amarante, 1996; Foucault, 1995; 2006, entre outros) ao mesmo tempo que me ocupava, enfim, da questão de que, por não estar fazendo uma antropologia da minoria, mas da maioria, as questões éticas envolvendo nossos “nativos” se deslocam em outros planos não pormenorizados nas antropologias de aspectos periféricos da sociedade, mais comuns em nossa área. Todo esse entrave em nome da ética, assim, teve essa carga a mais de frustração, principalmente talvez por tornar tão evidente que falávamos então de éticas completamente diferentes.

Após a irritação inicial, percebi que essas ocorrências só poderiam se tornar um material de análise se eu continuasse fiel à perspectiva de “levar o nativo a sério”, mesmo que reversamente. Ou, mais vulgarmente falando, que meus desencontros em nome da ética me deveriam levar a realizar uma discussão não somente em relação às problemáticas que me afetavam diretamente – o problema da ética em pesquisa – mas também na procura de entender como isso tudo afetaria meus “nativos”.

Mas é que eu me pego pensando tanto em ética para eles, pessoas que provável e potencialmente não compartilham dessa ética minha que me sinto irritada. Troco de lugar, faço, repenso: será isso o que eles sentem? A (pretensão de) detenção de uma ética e não o respeito a outras éticas não é em si um paradoxo? Ou melhor: simplesmente antiético? (Diário de campo, maio de 2012).

Assim, tendo optado por trazer essa problemática tão essencial atualmente sobre ética em pesquisa, achei que seria igualmente necessário trazer a questão do ponto de vista da residência para a pesquisa. Tendo isso em mente, procurei colocar questões sobre a ética em tema de conversa muitas vezes, direta ou indiretamente, para tentar ver como essa questão se mostrava. A ética, na maior parte das vezes, foi referida apenas como sinônimo de sigilo, somada à peculiaridade de que o sigilo em psiquiatria ser ainda mais intenso por tratar-se de assuntos “íntimos e pessoais” (entrevistas) que diriam respeito apenas ao médico e ao paciente. A cada ida a campo percebia que falávamos de éticas completamente diferentes e que seria necessário fazer um esforço maior para compreender as minúcias dessa ética que me falavam para além do discurso sobre ela.

O impacto do não pertencimento dessa ordem do “sigilo” foi um dos aspectos mais marcantes do meu trabalho de campo. O mais curioso, contudo, é que nos espaços pré-determinados onde eu não podia entrar, quando na discussão de casos e supervisões, me era muito similar à uma questão de ordem ritual ou mesmo religiosa das quais muitas vezes etnólogos narram: eu não podia assistir todo o ritual porque o meu não pertencimento à comunidade ética me lança simultaneamente como não apta ao compartilhamento do tão falado sigilo médico. Era em nome dele que eu era uma intrusa, foi em nome do sigilo que esses médicos, pelo menos, afirmaram a sua diferença.

De um modo geral, creio que um ponto interessante é pensar as implicações burocráticas que vivenciei como prática de inviabilização da pesquisa, impossibilidade de uma abordagem diferenciada em nome da hegemônica tentativa de “objetividade científica”. Essa prática acaba impedindo a realização de pesquisas que, comprometidas com outras lógicas, podem apresentar dados e discussões que mexam a fundo com a estrutura das problemáticas em saúde e com as relações de poder na área. Se pudermos fazer um paralelo com o que Thomas Kuhn nos mostrou sobre a capacidade da “ciência normal” impedir sua quebra de paradigma através de procedimentos técnicos e objetivos que, inseridos no mesmo paradigma que tenta manter, não deixa espaço para a percepção de fatos exteriores a esse (Kuhn, 1989), eu gostaria de afirmar que o paradigma biomédico encontra nos comitês de ética

um espaço institucional para tentar impedir que a quebra de “paradigma” e hegemonia ocorra.

De toda a odisseia realizada junto aos comitês de ética e tomando como base a literatura apresentada, cheguei à conclusão de que os comitês de ética estão despreparados para lidar com projetos de pesquisas das ciências humanas. Pegando emprestada a ênfase na técnica que presenciei em campo, encontro como conclusão desse meu itinerário que os comitês de ética simplesmente não dispõem de conhecimento técnico suficiente para avaliar uma pesquisa em ciências humanas, não tem capacidade para reconhecer seus riscos ou avaliar seus benefícios e não são aptos, assim, a avaliar a viabilidade de um projeto de humanas. Isso teria que ser feito por pessoas aptas a compreender as sutilezas e peculiaridades das discussões apresentadas a fim de garantir maior qualidade e viabilidade da realização de pesquisas qualitativas que a área de humanas pode e deve fazer na área da saúde. E hoje mais do que nunca acredito que compete a nós, antropólogos, a empreitada da realização desse diálogo.

### *Compromisso ético da antropologia*

Meu primeiro contato formal com a Antropologia ocorreu no primeiro semestre de 2005, quando, acadêmica do curso de Ciências Sociais da UFSC, cursava uma disciplina introdutória. Já na primeira ou segunda aula nos foi dado o Código de Ética da ABA seguido de discussão detalhada dos seus itens e debate geral sobre discussões em ética. Ou seja, meu primeiro contato com a Antropologia já foi mediado pela ética.

Atualmente existem intensas discussões sobre a ausência de uma disciplina sobre Ética nas principais universidades e escassez desse debate na formação dos antropólogos<sup>10</sup>, mas, de modo geral, debates envolvendo ética são promissores e acalorados em congressos da área. Questão sobre pareceres, laudos, ética em pesquisa, entre outros pontos, tem-se tornado foco constante de debates<sup>11</sup>. Mas, mesmo sem ter uma disciplina voltada para a ética, essa minha primeira relação com a antropologia já mediada pela ética me parece um ponto interessante para pensar em como, no nosso modo de pensar a ética, nós a tomamos como base para

---

<sup>10</sup> Sobre ausência de disciplinas sobre ética: Cardoso de Oliveira (2010).

<sup>11</sup> Essas discussões podem ser encontrada em: Fleischer & Schuch (2010) e Tornquist (2003).

realização de determinada pesquisa ao passo que as ciências biomédicas a tem, geralmente, como ponto de restrição, fator delimitante da atuação aceitável do pesquisador. Para nós, geralmente a ética não é até onde podemos ir, mas de onde podemos partir, uma vez que na antropologia é comum que método e ética andem juntos.<sup>12</sup>

Essas diferenças entre concepções éticas puderam ser presenciadas durante a realização da atividade de campo. Durante uma parte do meu tempo em trabalho de campo estive no Ambulatório de Psiquiatria (HU/UFSC) durante o período de greve, período no qual os atendimentos estariam suspensos devido ao fato de os servidores não estarem mais disponibilizando os prontuários, fator esse considerado delimitante da atividade médica: de acordo com o residente Guilherme, os médicos não têm como proceder a sua prática clínica sem o devido registro formal das atividades médicas. No entanto, os atendimentos que não conseguiram ser desmarcados pela secretária (que por ser terceirizada continuou com suas atividades) e situações consideradas de urgência e renovação de medicamentos e/ou documentos continuaram a acontecer independente da greve e mesmo sem a posse dos prontuários dos pacientes. Algumas dessas renovações de receituários, pude perceber, aconteciam nas salas de espera do ambulatório, desprotegidas das paredes médicas da confidencialidade. Também vi esses “mini atendimentos”, como resolvi chamar, em outras situações de urgência fora da greve, nos quais tópicos como medicamentos, sintomas e renovação de documentos legais eram discorridos abertamente nos cantos das salas de esperas. Além disso, presenciei no IPq/SC um “susto ético” considerável quando, apresentada a moradores, as apresentações formais do nome foram seguidas de descrição detalhada do caso.

Depois de um tempo pensando, postulei como hipótese que tais fatores não eram considerados incongruentes pelos meus sujeitos de pesquisa pelo simples fato de que esses médicos pareciam considerar que se era o paciente falando por si ou fora do contexto de uma consulta formal, isso não seria visto como quebra de sigilo, ao passo que eu pensaria ser mais ético preservar o

---

<sup>12</sup> Um debate sobre a implementação do Código de Ética da Antropologia pode ser visto em: Fleischer & Schuch (2010) e uma retomada da temática da ética historicamente em antropologia pode ser encontrado em Tornquist (2003).

paciente em si. Minha própria proposta de assistir supervisão em vez de consultas era baseada na ideia de tentar preservar o paciente em sua integralidade e não apenas em relação à sua situação de paciente formal. Contudo, e se esse for o caso, esses médicos parecem ignorar o fato de que seu status e empoderamento enquanto médico se estende além do consultório para esses pacientes e que possíveis constrangimentos poderiam ocorrer nessa relação. A figura do médico é muitas vezes uma figura intimidadora nos serviços públicos de saúde e embora teoricamente cientes desse fato, não me parece que tal ciência se expresse na prática médica mais imediata.

Outra questão que se mostrou essencial para a antropologia em pesquisas envolvendo a temática da saúde é de, devido sua tendência de falar com e sobre minorias, trazer em debate problemáticas da esfera político-social. O entendimento de uma indissociabilidade entre saúde e política (Langdon *et all*, 2008) tem se mostrado como característico da compreensão antropológica sobre saúde. Tal perspectiva, no entanto, não parece ser compactuada pelas pessoas com quem conversei em campo. Embora vivenciando um problema real de implementação da reforma psiquiátrica (voltarei a isso adiante) e com consequentes “desvantagens” para a prática psiquiátrica (do ponto de vista de uma psiquiatria tradicional), as questões políticas parecem ser consideradas alheias à prática psiquiátrica através e em nome da ciência, cuja neutralidade e objetividade a psiquiatria reclama para si.

Se em geral na antropologia a seguinte argumentação se mostra válida,

a visão de que, para pensar as políticas públicas em saúde, questões como o acesso universal, a equidade, a humanização e o respeito à cultura e ao conhecimento do outro, é preciso pensar que saúde também é política, uma vez que é um problema coletivo e social. (Langdon *et all*, 2008).

Na psiquiatria percebemos que em geral se considera que:

Questões políticas não competem ao psiquiatra, logo não faz parte da formação dos residentes... A formação dos residentes é estritamente técnica [...] O psiquiatra

não pode falar por si, quando o psiquiatra fala por si são vistos como “defendendo a própria causa” e essa não é a função da psiquiatria. (Luís, preceptor).

Ou seja, a relação entre ciência, técnica e política vivenciada é muito diferente da entendida pela antropologia em geral.

Na antropologia, é comum a afirmação de que a disciplina teria um compromisso ético não apenas com o grupo estudado, mas com a sociedade como um todo e teria inclusive como tarefa a denúncia de

formas de operação e o caráter das práticas que podem ser nefastas para a sociedade como um todo ou para os grupos que tradicionalmente têm sido estudados pela antropologia (Debert, p. 45, 2004)

No que se refere às discussões envolvendo a temática da ética, observamos um considerável interesse por parte dos profissionais da área. De forma geral há consenso entre os autores na antropologia de que o debate sobre ética deve envolver toda a comunidade científica, sendo que caberia aos cientistas sociais e especificamente aos antropólogos:

Cabe à comunidade dos cientistas sociais, e em especial a dos antropólogos, por conta da especificidade do seu fazer intelectual, discutir detalhadamente as implicações e as múltiplas leituras que a exigência da ética em pesquisa comporta (Heilborn, p. 58, 2004)

De acordo com Dias Duarte, mais do que simplesmente contribuir passivamente com, caberia aos antropólogos um papel de resistência das imposições hegemônicas que se estabelecem em nome da ética:

Devemos provavelmente resistir de modo reflexivo a todo esse processo. [...] Não se trata de fincar uma barricada, mas de resistir efetivamente por meio de uma reflexão sistemática, dentro de nossos próprios corpos acadêmicos e profissionais, a respeito dos desafios e das dificuldades da questão da ética de pesquisa (Dias Duarte, p. 127, 2004).

Toda a minha empreitada em nome da ética encontra-se fortemente relacionada ao apontamento de Fonseca de que, em um mundo multidisciplinar, boa parte das discussões éticas que nos acomete se dão na relação “extra-acadêmica – em discussões sobre populações indígenas, relações raciais, questões de gênero, etc. – com pessoas que não conhecem ou não têm qualquer simpatia especial pela antropologia” (Fonseca, p. 39, 2010). Assim, é no embate entre visões que a ética surge como (desejável, eu diria) ponto de confronto.

No geral, creio que para alguns casos seria possível pensar a ética como campo de embate em um sentido próximo do que Derrida emprega quanto à justiça. Para esse autor, pode-se postular leis mas essas não são garantias de justiça uma vez que não se pode determinar previamente algo que só pode acontecer “em relação” e a justiça existe quando há uma negociação, não quando simplesmente se aplica um código de leis previamente determinado. Para Derrida, o Direito é resultado de uma construção histórica e, como tal, passível de desconstrução. Com a Justiça, no entanto, é diferente: essa não pode ser “construída” ou estruturada, estando sempre em jogo e em negociação; a justiça consiste na própria desconstrução, só pode ser justiça quando está aberta a negociações permanentes. Dessa forma, não há como uma lei estabelecer o que é justo: a justiça é abertura e, como tal, não pode fundamentar o Direito, um código pré-estabelecido de leis. É apenas pelo uso da força exercida através do monopólio estatal da violência que o Direito é acatado enquanto tal suposto preceito de justiça. Os direitos, desse ponto de vista, abarcam a lei, e, assim, o Estado não procura fazer cumprir a justiça, mas acima de tudo a manutenção da ordem (Derrida, 2007). Do mesmo modo que a lei pode ser um entrave para a prática da justiça, entendo que os códigos de ética podem ser um entrave para uma relação ética mais autêntica na medida em que impõem uma universalização de uma ética em detrimento de outras formas de relações éticas.

Sou de acordo, aqui, com os apontamentos de Langdon *et al* (2008) de que a antropologia não deve se abster de um diálogo com os comitês de ética, entendendo esses como espaços de discussão (Langdon *et ali*, 2008). Essa ideia também vai ao encontro da afirmação de Fonseca (2010) de que:

Os comitês de ética são importantes não porque podem aplicar fórmulas matemáticas ao proceder científico,

não porque devem exercer um controle policial sobre as pesquisas. São importantes porque suscitam discussões que (esperamos) não extrapolar os limites da comunidade acadêmica, minando os alicerces dos muros, já esburacados, que circundam a cidadela da ciência. (Fonseca, p. 64-65, 2010.)

Mas considerando que a ética deva extrapolar espaços previamente instituídos:

Da minha parte, estou cada vez mais convencida de que questões de ética não podem ser convenientemente relegadas a reuniões mensais de um pequeno comitê na reitoria. Assim, em minha reflexão, sigo a inspiração de Jasanoff (2005), explorando a ética como fórum de debates, como espaço de deliberação democrática, aberto inclusive a leigos (Fonseca, p. 40, 2010).

Da mesma forma, a ética, cabe ressaltar, não se trata simplesmente de um lugar-comum no qual relações são previamente postuladas:

Quer como campo específico de estudo sobre bem e mal, certo e errado, bom e ruim, quer como lugar de afirmação de determinado conjunto de valores sobre outro, a ética jamais primou por resultar de consenso ou por gerar consenso. Pelo contrário, a relatividade histórica de valores em geral e, particularmente, de imperativos morais tem-se revelado através dos tempos e se imposto a culturas diversas. (Figueiredo, p. 113, 2004).

Nesse sentido, acredito que quanto mais local o ponto de partida da discussão, tanto mais ética ela será. E se isso soa como imensamente trabalhoso, é porque realmente é: abrir mão de códigos previamente estabelecidos e analisar cada evento em sua integralidade é muito mais laborioso e complexo do que aplicar um manual. E essa é mais uma razão para que as ciências humanas façam da dimensão ética um ponto essencial de debates. Afinal, somos nós que temos a “técnica” necessária para isso.

## *1.2 Métodos e descrição do campo*

Foi só após essa odisséia que tive permissão para a realização do campo propriamente dito. Depois de apresentar a carta de aprovação do CEP pude iniciar minha pesquisa propriamente dita na residência do IPq/SC e estava, assim, formalmente aceita no campo.

Mas todo esse processo fez com que ocorressem duas mudanças significativas na pesquisa. A primeira delas se refere ao local da pesquisa: como já discorrido, em vez de abordar duas instituições de residência pública de psiquiatria, me foi possível realizar atividade de campo apenas em uma. A segunda alteração foi que, devido aos problemas junto aos CEPs e tendo em mente que a presente pesquisa por estar vinculada a uma dissertação de mestrado tem um prazo institucional para ser concluída, foi necessária uma redução do tempo de trabalho de campo, cuja estimativa inicial de quatro a cinco meses de duração foi reduzida para dois meses.

Além disso, a questão metodológica na prática da pesquisa também teve que ser adaptada às circunstâncias do campo, já que encontrei dificuldade de acessar algumas faces da realidade do cotidiano da residência do IPq/SC do modo como havia previsto no projeto. Desse modo, diante a impossibilidade da realização de observação das supervisões de preceptoria, o principal meio de acesso aos dados de campo foi a realização de entrevistas e conversas informais com psiquiatras, residentes, psicólogas e secretárias dos serviços da residência e observação de algumas aulas que me foi possível assistir - mas essas não eram tão frequentes e houve situações em que minha presença também foi vetada. Não fui autorizada a participar também das sessões de Estudos de Casos – reuniões semanais onde os casos são apresentados por um residente e discutidos por toda a equipe. Nessas reuniões, os dados dos pacientes são totalmente alterados em nome de um compromisso ético, mas mesmo assim minha presença não foi autorizada pelos responsáveis em nome do “sigilo ético”.

Os recursos metodológicos que embasaram a presente pesquisa foram a observação participante no cotidiano informal da residência, entrevistas e conversas informais com os sujeitos da pesquisa e observação de aulas e debates teóricos da grade

curricular do programa de residência em questão. Essas atividades foram realizadas no IPq/SC e no HU/UFSC. Concomitante a isso, também realizei a elaboração do diário de campo, na qual descrevia as atividades do dia e registrava minhas impressões sobre o campo. Entendo, contudo, que os aspectos metodológicos da pesquisa perpassam em muito a discussão sobre ética e, como é frequente em antropologia, questões de ordem metodológicas e éticas se estendem intrinsecamente na pesquisa de campo. No meu caso, uma “barreira ética” fez com que eu buscasse problematizar ainda mais a ética antropológica com seus sujeitos e serviu como base de toda e qualquer ação em campo.

Para a realização da presente pesquisa, procurei manter em perspectiva a ideia de que a atitude antropológica é um confronto entre culturas e, portanto, de uma natureza aprioristicamente dialógica (Goldman, 2008). Em antropologia, considera-se que a *relação* é a possibilidade mesma do conhecimento surgir e não um método ou uma condição para se atingir determinada informação. Viveiros de Castro fala em “criar mundos” (Viveiros de Castro, 2003) para precisar essa habilidade que nos dispõe um método antropológico levado realmente a sério. Levar o nativo a sério, disse Viveiros de Castro - mas também levando a nossa forma de fazer antropologia a sério, como podemos perceber nas discussões que constituem a disciplina e que fazem com que essa relação com o outro seja um debate ético e epistemológico permanente.

Viveiro de Castros parte da perspectiva de que o conhecimento antropológico acontece precisamente na relação eu/outro, mas esse autor também chama a atenção para a ideia de que não basta tentar entender as ideias do outro, mas é necessário compreender os conceitos que orientam o ponto de vista do outro, quais mundos possíveis esses conceitos criam e como esses são problematizados dentro de suas próprias perspectivas “nativas” (Viveiros de Castro, 2003).

Atualmente, considera-se em antropologia a ideia de que, uma vez que “os fins não justificam os meios”, recursos de ordem técnica e metodológica não devem ser utilizados desprovidos de uma perspectiva ética. Da mesma forma, pretensas éticas que se dizem universais podem servir como meio de não conseguir contemplar esse sujeito outro. Em antropologia, uma perspectiva ética preza por contemplar a ética do nativo em questão (Goldman, 2004), e isso pode ser muito mais difícil do que aparenta. Como

vimos, no caso de pesquisas em saúde, por exemplo, é comum que uma “ética” formalizada queira se impor sobre uma ética nativa (ou mesmo do antropólogo).<sup>13</sup>

A importância da soberania do campo em antropologia não se dá a nível apenas prático de pesquisas individuais, mas fundamenta o próprio pilar epistemológico que movimenta a disciplina. De acordo com Maluf, “é o campo e o trabalho etnográfico que legitimam as novas questões trazidas pela antropologia, que calibram as possíveis transformações no interior da disciplina e que autorizam os diálogos possíveis com conceitos e teorias advindos de outras áreas” (Maluf, 2011, p. 43). O que se torna particularmente interessante ao pensar na prática da antropologia no contemporâneo, que torna mais complexo o lidar com a alteridade ao reconhecê-la como mais próxima do que era reconhecido nas etnologias mais clássicas da disciplina.

A presente pesquisa tem lugar no que, em antropologia, chamamos de “sociedade do pesquisador”, ou seja, pesquisador e pesquisados se inserem na mesma sociedade estudada que é também denominada, não sem certa problematização, de “sociedade complexa” - como Velho destacou, o termo “complexa” é de extrema imprecisão (ou mesmo dotado de uma ortodoxia evolucionista) para descrever a sociedade do antropólogo como complexa em oposição a uma suposta simplicidade nas sociedades não ocidentais (Velho, 2002). Além disso, essa pesquisa conta com a característica de abordar um dos aspectos que são considerados “centrais”<sup>14</sup> no funcionamento dessa sociedade, por estar em diálogo também com o que Latour chama de antropologia da ciência (Latour, 2000). Nesse sentido, no contato com as particularidades próprias das áreas biomédicas - considerada como saber central e dominante em nossa sociedade e cujos valores também se procurará colocar em evidência - encontramos um deslocamento de questões que vêm sendo orientadoras para a prática da disciplina. Além da questão da ética, outros pontos vêm

---

<sup>13</sup> Um outro exemplo desse debate também se estabelece nas relações sobre os Direitos Humanos enquanto estatuto universal e universalizante em oposição à direitos de grupos singulares.

<sup>14</sup> Latour (2009). Esse autor aponta que as investidas realizadas por antropólogos em sociedades outras se contrastam com a timidez que caracteriza muitas pesquisas na área quando o antropólogo estuda a própria sociedade, estudada muitas vezes em seus aspectos periféricos ou mesmo marginais ao passo que, ao estudar sociedades “outras”, propõe-se o estudo de aspectos considerados “centrais” (Latour, 2009).

a tona. Lidar com esses aspectos, contudo, não é uma tarefa simples.

Goldman também aponta para a adoção de uma perspectiva crítica sobre o que é central na nossa sociedade e problematiza como o fazer antropológico cai nas próprias armadilhas quando se depara com investigações de instituições a nós centrais e, assim, tidas como “dadas” - como a política, ciência, etc. (Goldman, 2002). Para tais autores, o estudo de tais aspectos “centrais” de nossa própria sociedade exige um esforço de colocar em xeque as próprias perspectivas e não apenas as perspectivas centrais aos “outros” (Goldman, 2008). E, no presente trabalho, a questão da ética seria um desses esforços.

A procura de contemplar uma ética nativa que ao mesmo tempo se busca problematizar não foi realizada do modo mais fácil. Uma vez que a ética nativa em questão era essa mesma ética que, além de hegemônica, estava sendo motivo de conflito práticos e ideológicos me colocava a todo instante em dilemas sobre como agir, até que ponto insistir sobre a entrada em alguns campos (como assistir supervisões) contemplando a minha própria lógica ética e até que ponto deveria tentar deixar os sujeitos dessa pesquisa mais a vontade com suas próprias escolhas. Se estivesse realizando essa pesquisa em um campo que fosse considerado “marginal”, essa escolha provavelmente teria sido mais fácil, uma vez que é tradição nas ciências humanas e especificamente na antropologia procurar dar voz aos excluídos. Mas em um contexto no qual os valores do grupo pesquisado não são apenas dominantes na nossa sociedade, mas são também impostos muitas vezes arbitrariamente sob a própria área de atuação do pesquisador e têm fator limitante na autonomia de pesquisa em sua área, isso acaba sendo bem problemático: de um lado, sentia a necessidade de ser fiel aos sujeitos da pesquisa e, de outro, de cumprir com uma questão política de apontar discursos que vêm se constituindo como base para posturas opressoras na realização de pesquisas em saúde, de fazer valer meu compromisso com os pressupostos éticos da antropologia, sob o quais se embasam essa pesquisa e que não são nem de longe imprecisos e inferiores, mas dotados de uma profundidade e compromisso com a alteridade que é pouco problematizado em outras áreas, como pude discutir um pouco aqui. Não sei se consegui realizar satisfatoriamente a superação desse impasse. Procurei durante toda a confecção da presente

dissertação manter a perspectiva de realizar um diálogo com os sujeitos dessa pesquisa; como em qualquer diálogo mais acalorado, por vezes encontrei momentos de impasses e discordâncias e outras vezes entrei em terras mais amenas, mas sem nunca perder o respeito pelos sujeitos que tão amigavelmente aceitaram fazer parte dessa pesquisa. E sem perder o respeito principalmente por suas ideias que, se às vezes foram contrastadas por apontamentos críticos, foi em nome desse diálogo que procurei estabelecer.

### *1.3 Apresentação do campo*

O antropólogo faz o que pode, inventando a cultura para tentar conferir um mínimo de ordem e inteligibilidade lá onde a plenitude da vida as dispensa completamente (Goldman, 2011, p. 203).

Alguns autores tem problematizado como, em antropologia, definir um grupo de pesquisa mais ou menos coeso é uma tarefa complexa e difícil uma vez que a realidade é dinâmica e envolve relações delicadas, não é dividida em grupos uniformes como nossas pesquisas às vezes parecem mostrar. Além de se referir a uma homogeneidade inexistente na prática, a criação de um nome, um grupo – um perfil de “campo” – pode dar a falsa impressão da existência desses.

Temos comumente a ideia de que apresentação de um perfil aproxima da realidade estudada, como se essa existisse por si e não apenas enquanto criação nossa em diálogo com esse fragmento de realidade estudada. Nesse sentido, nós criamos os grupos que estudamos e não apenas os descrevemos (Wagner, 1974). Temos papel ativo nesse processo, fazemos parte dessa realidade.

Não obstante concordar com essas premissas e achar que essas refletem, além de um compromisso epistemológico, uma ética refinada em nossa disciplina, estou aqui tentando aproximar uma descrição do meu campo o mais fielmente possível. Durante a realização dessa pesquisa, participei dos Seminários de Discussão do TRANSES (Núcleo de Antropologia do Contemporâneo) da UFSC, do qual faço parte. Em uma dessas discussões, uma de nossas colegas começou a desabafar sobre seu problema em não conseguir delimitar um campo pois achava isso por demais arbitrário e que qualquer recorte que ela fizesse, em seu campo não

contemplaria as expectativas nativas sobre suas relações. Passamos então a discutir essa questão em cada caso de pesquisa, discussão essa que foi bastante proveitosa.

Na minha pesquisa ficou claro, no entanto, que a ilusão de grupo já estava dada a priori, já que estava pesquisando um grupo institucionalizado específico – inclusive, com mecanismos legais para participação, as provas de residência e vínculos empregatícios. Mas nem por isso podemos encarar eles como sujeitos prontos e grupo uniforme do qual eu apenas poderia ir lá colher os dados; o que os delimita institucionalmente enquanto grupo dessa pesquisa pode não ser – e muitas vezes realmente não é - representativo do que esse grupo institucional representaria sobre si. Nesse sentido, gostaria de pensar que estou apontando também as vozes divergentes e não o suposto reflexo fiel de um grupo coeso. De certa forma, estou aqui falando muito mais das pessoas do que das coisas, mesmo quando pareça o contrário: estou apenas tentando dar voz e sentido à confusão da realidade sob a forma de diálogo. E, como disse Fonseca, “diálogos nunca são tranquilos” (Fonseca, 2004) e nem precisam ser. Mas também entendo que um diálogo sob a forma de um trabalho tão acadêmico quanto é uma dissertação depende de uma coerência e um recorte ordenador a fim de permitir uma visualização das arenas nas quais se situam esses diálogos, para além de um enfoque apenas no grupo estudado.

Essa discussão, que já é válida em ambientes em que a entrada do antropólogo ocorre de maneira “mais amena” e sem os impasses político-burocráticos pelos quais são obrigadas a passar as pesquisas em saúde, ganha contornos especiais quando se depara com um caminho para realização do campo tão determinado pelas dificuldades impostas pelas instituições – tanto nas quais a pesquisa é realizada quanto nos CEPs. Nesse sentido, a delimitação do que seria o grupo estudado passa por contornos que não delimitam se um determinado grupo é coeso, mas tão somente que está ligado via uma instituição.

Realizadas essas ressalvas e tendo em mente de que o grupo aqui apresentado é por vezes representado sob a égide de uma suposta coesão que não encontra correspondente na complexidade dinâmica da realidade, gostaria de introduzir a apresentação do campo em questão.

Realizei trabalho de campo durante um período de dois meses junto à Residência Psiquiátrica do Instituto de Psiquiatria (IPq/SC). Nesse período, estive frequentando o IPq/SC durante a maior parte das manhãs e o Ambulatório do HU durante as tardes e também em algumas manhãs. Para definir o dia e período em que iria em um local ou outro tomei por base a escala de horários dos residentes e ambulatórios, priorizando espaços e horários com a maior concentração de residentes e preceptores e ocorrência de aulas. As atividades de residência ocorrem em vários locais e com horários alternados que são divididos de acordo com a turma (primeiro ano, segundo ano, terceiro ano) e também em turnos dentro dessas mesmas turmas no caso de atividades em CAPS e NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família). Esses dois locais contam com menor número de atividades do que no IPq/SC e no HU, espaços onde as atividades da residência são predominante. Além disso, nos CAPS e NASF há menor número de residentes por turno – as turmas sofrem subdivisões para melhor adaptar as escalas junto aos preceptores desses locais, que não teriam condições de supervisionar todos os residentes ao mesmo tempo. Essa divisão também possibilita um alcance na rede municipal de saúde de Florianópolis.

Assim, optei pela realização das atividades de campo nos locais onde as atividades dos residentes são desenvolvidas de maneira mais central. Nas terças e sextas-feiras de manhã eram dias em que todos os residentes e muitos preceptores estavam no IPq/SC, então era para lá que eu ia. Esses eram os únicos dias em que estavam reunidos todos os residentes em um mesmo local e que desenvolviam pelo menos uma vez na semana uma atividade juntos, o Estudo de Caso. Nos demais dias, tinha que pensar mais em relação a turmas e aulas ou mesmo ir ao local onde o residente ou preceptor preferia marcar entrevista.

Ao final, obtive 22 entrevistas entre agosto e setembro de 2012, além das 6 que foram realizadas em 2011, quando na minha experiência de pré-campo, contabilizando um total de 28 entrevistas gravadas em um total de relatos de 24 sujeitos diferentes, além das conversas que foram registradas depois no diário de campo, com esses mesmos e diferentes sujeitos da pesquisa. As entrevistas tiveram a duração de 35 minutos (a mais curta delas) a 2 horas e 35 minutos (a mais longa), mas em geral tinham a duração aproximada de 50 à 60 minutos por pessoa.

As conversas e entrevistas seguiram a metodologia da “abordagem indireta”, conforme descrita por Camargo Júnior (2003): em sua pesquisa com médicos, esse autor fazia três perguntas-padrão e explicava que se tratava de uma pesquisa sobre o ensino médico, mas as perguntas não tinham relevância em si mas se constituíam em “meros dispositivos que auxiliavam a construção da narrativa compartilhada” (Camargo Júnior, 2003, p. 157) pela biomedicina, gatilhos para que narrativas da formação fluíssem. À medida que a entrevista corria, outras questões eram formuladas pertinentes ao contexto/assunto e ao objetivo/tema da pesquisa. (Camargo Júnior, 2003).

Nesta pesquisa, a escolha por esse procedimento também foi utilizada com objetivo semelhante. Após me apresentar e aos objetivos da pesquisa em torno da formação na residência, fazia uma questão mais geral sobre a formação e, quando necessário, introduzia questões relacionadas aos temas que eram trazidos de forma a estabelecer um diálogo contínuo.

Ao longo desta dissertação, procurei dar visibilidade às pessoas pesquisadas, expondo os relatos da maneira mais fiel que me foi possível. Claro que todo o trabalho de recortes e seleção de temas em que as citações são colocadas é uma arbitrariedade fruto da própria análise, mas procurei ser fiel aos assuntos do contexto para fazer esse trabalho de montagem do texto, por assim dizer, e tentei não procurar contradições ou falhas em seus argumentos, mas tão somente contrapor uma visão crítica do contexto em que essas ideias estão inseridas. A ideia, como já disse antes, era de efetuar um diálogo que viesse a compor e respeitar suas falas em uma tentativa de “levar a sério a palavra nativa”<sup>15</sup>, que tentei realizar nessa forma de diálogo em que eles falaram antes e eu falo agora, com alguns critérios mas cuja crítica resultante não visa a superação de um conflito e sim a composição desse diálogo. A seguir, apresento o campo em que foi realizada a pesquisa, seus principais locais de funcionamento e os sujeitos da pesquisa.

### 1.3.1 Os espaços de atividade da residência

As atividades da residência se concentram basicamente no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, Ambulatório de

---

<sup>15</sup> Viveiros de Castro (2002).

Psiquiatria do HU, Postos de Saúde e em dois CAPS de Florianópolis. Como já referido, foquei campo nos dois primeiros locais que, além de concentrarem a maior parte das atividades da residência, tem um aspecto mais central. Nos Postos de Saúde e CAPS os residentes se dividem, ou seja, formam pequenos grupos que acompanham determinado Posto ou CAPS. Como as atividades nesses espaços são voltadas para o atendimento em consultório e o tempo deles é relatado como ainda mais escasso nesses locais, acabei não dispendendo maior atenção a esses espaços físicos, mas tentei contemplar suas atividades nas análises a partir dos relatos dos sujeitos da pesquisa. A descrição dos locais, no entanto, se refere ao IPq/SC e ao Ambulatório de Psiquiatria do HU.

O Ambulatório de Psiquiatria do HU era localizado inicialmente dentro do prédio central do HU, mas começaram a aparecer muitos problemas e reclamações por parte de outros serviços com os quais dividiam espaço. De acordo com Laura, é muito comum que serviços de saúde que não os de psiquiatria se incomodem com pacientes psiquiátricos e, quando a situação ficou insustentável, eles se mudaram para o prédio em que se localiza hoje, junto ao Núcleo de Capacitação e Projeto Amanhecer. Esse prédio é localizado exteriormente ao prédio central do HU e fica em uma área isolada, depois da escola infantil para servidores do HU e da sede dos servidores.

Para ter acesso a esse prédio andando, passa-se por um caminho ao lado de um lago relativamente pequeno onde vivem tartarugas e jacarés - algumas vezes me deparei com essa fauna tomando sol tranquilamente ao lado do lago, espetáculo apreciado por pacientes e servidores a caminho do prédio. Há um outro caminho com acesso ao estacionamento, mas usado principalmente pelos profissionais.

Esse isolamento físico das demais especialidades não é visto sem problematização pelos psiquiatras; durante as conversas, muitas vezes encontrei apontamentos de que o IPq/SC encontra-se em uma área considerada isolada, distante do funcionamento central das cidades de Florianópolis e São José, embora ao redor do hospital tenha-se construído um bairro estruturado, com pequeno foco de comércio local e residências, mas ainda assim considerado distante e de difícil acesso se tomado por referência o centro da cidade de Florianópolis. Essa suposta tentativa de “afastar a psiquiatria” foi referida muitas vezes com piadas nas quais se

apresenta tanto o paciente psiquiátrico quanto o profissional da área enquanto “louco” e “marginal”, que precisa assim ser afastado do funcionamento normal da sociedade.

Atualmente, os profissionais do ambulatório não relatam problemas de convivência com os demais serviços com os quais dividem espaço e percebi também que a convivência é bastante harmoniosa principalmente com o Projeto Amanhecer, projeto de prática de terapias alternativas com o qual dividem o espaço das salas de espera dos pacientes, consultórios e cozinha. Mesmo implementado antes do que o Ambulatório de Psiquiatria, esse projeto aceitou bem a convivência e cede inclusive consultórios para o Ambulatório quando possível.

A presença de terapias alternativas junto é nítida: ao entrar, é frequente se deparar com o cheiro do incenso quase sempre aceso, imagens de meridianos chineses e cartazes de encontros com figuras míticas. Da psiquiatria, há apenas dois banners e alguns avisos - como a obrigatoriedade de apresentação da carteira do Sistema Único de Saúde (SUS) e horário de atendimento. Um dos banners é um estudo clínico de um caso que foi primeiramente diagnosticado como depressão mas era na verdade um problema de ordem neurológica e o outro é um informativo de como funciona o acesso de pacientes a consultas no ambulatório, informando quais os possíveis encaminhamentos e retornos e atentando para o fato de que esse é um serviço público bastante concorrido e que as faltas não justificadas e atrasos não serão tolerados.

Logo ao entrar no prédio há um hall de entrada que conta com cadeiras ao longo de suas paredes, funcionando como sala de espera. A frente desse hall há uma escada que leva ao andar superior e, à direita, uma janela de vidro coberta com os dizeres “Núcleo de Psiquiatria”, recepção do Ambulatório. Mais ou menos no meio do hall há uma entrada à esquerda que leva a um corredor com a parte administrativa e ao Núcleo de Capacitação, banheiros e um dos consultórios da Psiquiatria. À direita há uma entrada que leva a uma sala de espera com sofás, poltronas e um armário com material de medicina alternativa e alguns objetos e quadros que remetem a práticas místicas. Logo na entrada dessa sala, à direita de quem entra, uma porta nessa sala leva à recepção do Projeto Amanhecer. Mais a frente há dois banheiros e um pequeno corredor que leva a uma cozinha e três consultórios. À esquerda dessa sala, há uma entrada que leva a uma espécie de hall, que é onde eu

ficava e comecei a chamá-lo de antesala da Psiquiatria. Logo ao lado da entrada há uma porta por onde os profissionais tem acesso à secretaria do Ambulatório de Psiquiatria (que ganhou uma placa de identificação apenas alguns dias antes do final do meu campo). A sala de estudo e supervisões dos residentes fica dentro da secretaria, isolada dessa por uma porta. O hall “antesala” leva a mais três consultórios.

Todos os consultórios do primeiro andar que ficam nesse lado direito do prédio (exceto, assim, o que fica junto ao Núcleo de Capacitação) são decorados com pinturas místicas, pintados de cor de rosa claro e equipados, além da clássica mesa do médico, com objetos como macas de massagem e aparelhos de som. Em um deles, há também um sofá.

A parte superior conta com um hall. Bem à frente, há um consultório com uma porta de vidro, possível de ver logo que se termina de subir os degraus, no qual se realizam atividades de grupos psicoterápicos e consultas individuais. À direita se localiza um corredor que leva a banheiros, cozinha e outro serviço administrativo e à esquerda uma sala circulada por portas de consultórios e uma porta que dá acesso a uma sala onde é realizada atividades físicas para gestantes e demais atividades físicas não relacionadas ao Ambulatório. Esses consultórios são menores e mais simples, equipados apenas com mesas, cadeiras e pias e pintado de branco, sem adereços: um consultório mais típico de um consultório médico de um atendimento público de saúde.

No Ambulatório de Psiquiatria do HU são tratados casos encaminhados via unidades de saúde e policlínicas tanto de Florianópolis como de cidades do interior do estado. Esse serviço preza por receber casos considerados mais graves e complexos e que não são considerados passíveis de serem atendidos via unidade de saúde ou policlínicas, uma vez que esses serviços não contam necessariamente com a presença de um psiquiatra, entendido aqui como essencial para tratamento desses casos. No geral, os casos mais frequentemente encaminhados envolvem transtornos bipolares, esquizofrenia, depressão e casos de dependência química.

Os atendimentos duram em média 40 minutos e são individuais, mas há alguns casos onde se chama a família para participar do atendimento. O retorno é marcado mensalmente, mas esse período é ajustado de acordo com o que o residente julgar

necessário. Considera-se que inícios de tratamento e procedimentos como troca de medicamento necessitam de atendimentos com menor espaço de tempo (quinzenal ou mesmo semanal, dependendo da gravidade apurada) ao passo que pacientes considerados “estáveis” (com tratamento medicamentoso estabilizado no caso) necessitam de menor número de atendimentos, até serem novamente encaminhados para a unidade de saúde de origem.

Além desses atendimentos, são realizados também dois grupos de terapia com abordagem cognitivo-comportamental, um focado para casos de Síndrome do Pânico e um voltado para casos de Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC). Além disso, os residentes do segundo e terceiro também realizam atendimentos com abordagem apenas psicoterápica, sem a prescrição de medicamentos. Esses atendimentos são realizados semanalmente por um período de 50 minutos.

No HU, os residentes do terceiro ano também atuam uma vez por semana dentro do hospital para avaliar casos de urgência<sup>16</sup> de pacientes encaminhados e decidir se esses serão tratados no Ambulatório de Psiquiatria do HU, se serão encaminhados de volta para o local de origem.

Já o IPq/SC conta com uma infra-estrutura muito maior e complexa. No geral, considera-se que o hospital atualmente é dividido em dois grandes setores: as enfermarias de casos agudos e atenção aos pacientes crônicos, moradores do hospital remanescentes das diretrizes antigas da psiquiatria.

Nos primeiros dias no IPq/SC foi quando eu realizei as maiores andanças por lá, acompanhadas de psiquiatras ou residentes. O hospital é um prédio grande e pintado de azul e tem uma arquitetura clássica dos hospitais construídos no século passado, grandes casarões com muitas passagens internas e um grande pátio no centro. Conheci principalmente a parte onde residência é exercida, mas também acabei passeando pelos corredores, pátios, oficinas de Terapia Ocupacional e demais espaços do hospital.

---

<sup>16</sup> Em saúde pública, casos de urgência diferem de casos de emergência, sendo que esses últimos são entendidos como ameaça imediata à vida do paciente. Em psiquiatria, essa diferenciação é um pouco mais sutil, mas casos de emergência são entendidos como aqueles que ameaçam tanto a saúde do paciente quanto o risco que esse oferece para si e para terceiros. Casos de urgência são considerados casos graves mas que não há risco imediato de saúde ou ameaça à ordem, podendo ser tratados em consultórios.

É no IPq/SC que fica a sede da residência. Logo após a sala da direção do hospital, subindo uma rampa, encontra-se o Centro de Estudos - local onde os residentes se encontram para aulas, reuniões e supervisões. O espaço da residência conta com uma cozinha, auditório, uma sala de psicoterapia e uma sala central onde fica a secretária, mesa para estudos, livros para consulta e três computadores com acesso à internet. Essa sala é onde os residentes se concentram para programar suas atividades, renovar receitas, fazer reuniões e demais atividades. Anexo a essa sala há uma outra sala onde ocorrem aulas e supervisões.

A Resolução CNE/CES nº 2, de 17 de maio de 2006 determina que em um programa de residência em Psiquiatria as instituições deverão contar com uma biblioteca permanentemente atualizada com livros-texto de Psiquiatria geral, Neurociências, Psicoterapia e Periódicos de psiquiatria, além de disponibilizar acesso à internet e outros acessos eletrônicos, salas equipadas com equipamentos audiovisuais e salas para atendimento clínico e psicoterápico (CNRM, 2012). Cabe ressaltar que todos esses requisitos estão sendo cumpridos pela residência médica do IPq/SC.

As atividades de residência se concentram em cinco enfermarias de casos agudos e em quatro pensões terapêuticas de pacientes crônicos. Os termos “crônico” e “agudo” é bastante referido para delimitar essa marcação e caracterizar o tipo de atendimento dispensado. “Agudo” em medicina significa casos em que a doença (ou, no caso, o transtorno) ocorre em um episódio isolado do quadro de saúde geral do paciente. No IPq/SC, pacientes agudos são os pacientes que chegam em “surto” e passam por um período de internação curto, de 3 semanas a 3 meses. O termo “crônico”, uma alusão à doença crônica em medicina, é geralmente ligado ao fator de ser incurável, algo com o qual o paciente tem que viver com e sob o qual o médico pode apenas intervir visando amenizar sintomas. No IPq/SC, esse termo é utilizado para designar os pacientes que ainda residem no hospital, são remanescentes das diretrizes pré-Reforma Psiquiátrica - tempo no qual as internações, na maioria das vezes, duravam por muitos anos. Esses pacientes, embora sejam diagnosticados com algum transtorno mental sem uma perspectiva de cura, são muitas vezes referidos como pacientes que poderiam seguir tratamento em suas casas, mas que, depois de anos de internação, perderam os vínculos familiares e

precisam ficar no hospital. Crônico, assim, é usado como sinônimo de morador do hospital.

As enfermarias de agudos são distribuídas ao longo do hospital e se constituem em um local com uma espécie de hall central, dormitórios e consultórios e cada uma delas tem um pátio externo que lhes é próprio. O grande pátio central do IPq/SC só é acessível para os pacientes crônicos ou moradores, as enfermarias de agudos permanecem isoladas. Dentro delas, os pacientes apenas podem sair com alta médica e do assistente social. A importância do assistente social para o processo de alta médica ficou bastante clara para mim quando, acompanhada da residente Lívia nas visitas das enfermarias, era muito comum que internos viessem me perguntar se eu era a assistente social – muitos pacientes, então, estavam esperando que essa chegasse para efetivar a alta.

As enfermarias de agudo são divididas por sexo (masculino e feminino), sendo que uma das três enfermarias masculinas é específica de dependência química. Os nomes das enfermarias, como “quinta feminina”, “segunda masculina”, acompanham o numeral e o sexo.

A primeira enfermaria que conheci foi a “Segunda Masculina”, que, diferente das demais, tem uma estrutura de dormitório e apenas poucos quartos com três camas cada, para casos de pacientes em estado considerado de maior emergência. A segunda enfermaria que eu conheci foi a Primeira Feminina, que contava com pacientes internadas há algum tempo, algumas há mais de anos e foi onde começaram as perguntas pela assistente social. Essa enfermaria, depois pude comparar com outra feminina, era muito mais calma e abrigava cerca de 30 mulheres. As enfermarias femininas são divididas em casos graves e casos agudos, ocorrendo casos em que acaba ocorrendo uma internação crônica: de acordo com Laura, como as internações crônicas são proibidas e não há o que fazer com essa demanda, eles acabam atendendo casos crônicos nas enfermarias de agudos. Diz, ainda, que a tendência é que essa enfermaria se “cronifique”.

Depois vamos para a Enfermaria de Dependência Química. Lívia realça que nessa enfermaria os pacientes são “mais lúcidos”, entendem melhor o que está acontecendo e o porque de estarem ali. Próximo a uma das entradas dessa enfermaria estavam os consultórios de emergência. Essa parte tinha um aspecto labirinto muito mais acentuado, com muitas portas atualmente inutilizadas

(de acordo com Livia, não pude testar todas) ou que viraram depósitos. Livia diz que a estrutura original do hospital teve de ser adaptada para contemplar as novas diretrizes do serviço.

Depois vamos conhecer a “Quinta feminina”, enfermaria conhecida por ser mais agitada. Ao sair, Livia disse que as internas estavam calmas hoje, embora tenha sido a única enfermaria que visitei que haviam gritos aleatórios e ofensas direcionadas à Livia. Quase todas mulheres por quem passamos interagiam conosco; a maior parte perguntando se éramos assistentes sociais. Algumas demandavam algo de Livia: um machucado no pé, uma receita de remédio. Livia disse que voltaria depois. No pátio, duas mulheres tomando sol em colchões, outras duas sentadas conversando. Em um canto escondido do pátio, uma outra mulher veio em nossa direção dizendo que tinha achado um cigarro e um isqueiro, prontamente confiscados por Livia – os internos fumantes recebem dose diária de cigarro, mas não tem autorização para portarem isqueiros, por medida de segurança.

A última enfermaria masculina era uma sala mais calma, com vários quartos. Cada uma dessas enfermarias tem um suporte médio para atender 40 a 50 pacientes, mas esses números são frequentemente superados. Em casos onde a demanda é maior e não tem como restringir a internação, opta-se pelo chamado “leito-chão”, casos onde um colchão é colocado ao lado das camas. Em alguns dias, a residente Joana me diz que falta inclusive colchões e é improvisado um com camadas de edredons.

Os pacientes crônicos são divididos em dois grupos. O primeiro deles, ao qual não tive acesso, correspondem à sétima e oitava enfermaria, e são pacientes que contam com uma situação psiquiátrica considerada grave, como retardo, bipolaridade grave ou esquizofrenia grave, transtornos que “os incapacitariam para a vida em sociedade”, como me foi relatado diversas vezes. Os residentes não exercem atividades junto a esses pacientes. O outro grupo, considerado um grupo de transtornos moderados, são moradores que não puderam voltar para suas casas. Esse grupo é dividido em três pensões terapêuticas e a Unidade de Gestão Participativa (UGP), onde ficam os casos que necessitam de maior acompanhamento e é uma espécie de “quartel-general” das pensões crônicas, onde os residentes passam para renovar documentos e receitas e os moradores vão quando têm algum problema, uma vez que sempre tem um profissional (médico ou enfermeiro) para dar

suporte. As demais pensões funcionam como residenciais terapêuticos,<sup>17</sup> nas quais os pacientes contam com certa autonomia para gerir suas vidas, mas são auxiliados nos horários comerciais por um funcionário do IPq/SC e recebem visitas médicas semanais. Esses pacientes – ou melhor, moradores – são pessoas que poderiam ter tido alta mas não encontraram um lugar na sociedade para viver suas vidas após passarem a maior parte de suas vidas em regime de internação. Considerados pelos profissionais como não aptos ao trabalho e a uma vida social “normal”, seguem com vínculo institucional junto ao IPq/SC para terem suporte e cuidados, mas poderiam viver junto às suas famílias caso isso fosse possível, como foi muitas vezes enfatizado pelos profissionais com quem conversei.

Esses moradores ou pacientes “crônicos”, que apresentam um quadro há muito equilibrado e apenas permanecem no hospital apenas por “não terem mais para onde ir” (Laura, preceptora do IPq/SC), são divididos em quatro “pensões terapêuticas”, apenas uma delas contanto com assistência de enfermagem 24 horas por dia, a UGP, que abriga pacientes que requerem maior cuidado.<sup>18</sup> As outras três pensões, uma feminina e duas masculinas, seguem a lógica de pensões terapêuticas: os moradores convivem, dividem os gastos (a partir de pensões recebidas do próprio IPq/SC) e tarefas da casa e tem uma relação de convívio aberta com a comunidade em geral, tendo liberdade para circular por onde lhes convém. Cada uma dessas pensões é assessorada por um profissional funcionário responsável não necessariamente da área da saúde – uma das pensões masculinas, por exemplo, é auxiliada por Carla que, conta, era da área administrativa do hospital mas que foi remanejada porque “o pessoal da enfermagem acha que eu levo jeito pra coisa”. Esses profissionais cuidam das receitas e medicamentos e auxiliam com as compras, por exemplo. Mas parece que a principal função é fazer companhia e, também, manter a vigilância. Os residentes do

---

<sup>17</sup> Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) são residências voltadas à moradia e assistência de pessoas que necessitam de acompanhamento psiquiátrico contínuo e foram idealizados pelo programa de Reforma Psiquiátrica como uma alternativa aos hospitais psiquiátricos, visando incentivar a reinserção social de pessoas acometidas por transtornos psiquiátricos. Esses residenciais se localizam inseridos no meio urbano e não tem as regras rígidas de funcionamento que regem os hospitais, possibilitando uma maior autonomia dos moradores. (Roeder, 2010).

<sup>18</sup> Roeder (2010) realiza uma etnografia na pensão feminina do IPq/SC na qual discute como esse processo está sendo vivenciado pelas moradoras.

terceiro ano revezam turnos nas pensões, mas as consultas se baseiam muito mais na renovação de receitas e eventuais avaliação de casos clínicos mas, principalmente, como diz o residente Vitório, “a visita é mais social do que médica”, relatando que são pessoas carentes que, sem lugar para ir e com pouco ou nenhum contato com a família, recebem bem a atenção do médico. Fui muito bem recebida nas pensões, todos os moradores foram bastante simpáticos e receptivos, e recebi inclusive convites para o almoço. Vitório, que retorna toda semana mas sempre sem muito tempo para dispender, combinou com as moradoras de uma das pensões um almoço para a próxima semana.

A divisão em dois grandes serviços, de agudos e crônicos, ocorreu em 1995 quando o hospital – até então chamado Colônia Santana – passa a ser chamado pelo nome atual e divide seu serviço em situações emergenciais de internação breve (enfermaria de casos agudos) e o Centro de Convivência Santana (cuidado aos moradores). A criação desse último é tida como um esforço para adequar os pacientes do regime antigo às novas práticas psiquiátricas e é muitas vezes referido como resultado de um fracasso em lhes dar alta por ausência de uma família que os aceite e falta de recurso de outros setores de atendimento.

Profissionais que estão no IPq/SC há mais de 20 anos relatam ter presenciado esse contra-movimento por parte das famílias. Em um movimento de levar os pacientes de volta para casa, assistentes sociais e outros profissionais passaram a encher ônibus e ir em direção ao interior do Estado para “devolver o paciente de volta às suas famílias”. Em alguns casos, a família encontrada recebeu o ônibus “a tiros de bala”; em outros, o paciente deixado junto aos familiares era mandado de volta nos dias seguintes. Isso, é claro, reflete muito mais um choque relativo à mudança de visões que ocorria no período no que se refere à saúde mental do que uma falha: mas como esperar que as famílias de uma hora para outra estivessem prontas a mudar uma lógica instituída por décadas e receber esses parentes com os quais já não tinha convívio há anos?

Também houve casos de se deixar os pacientes sob responsabilidade das prefeituras e essas, por falta de recursos, os enviarem de volta via ambulância.

E são esses pacientes que vivem hoje como moradores do hospital: pacientes que se considera que não podem ser

desassistidos, mas que também não têm necessidade nenhuma de viver em regime de acompanhamento hospitalar. Essa situação desconfortável seria supostamente sanada com a expectativa de que, por serem remanescentes de um programa de saúde psiquiátrico em extinção, são os últimos de uma geração e que a opressão do hospital psiquiátrico morrerá com eles.<sup>19</sup> Mas no presente momento, eles são muito mais o reflexo de uma má implementação dos programas de Reforma do que o símbolo do fim de uma era. E não podem ser tidos enquanto um incômodo passageiro ou um transtorno causado pelo ritual de passagem de um modelo assistencial à outro, mas enquanto sujeitos com direitos e desejos. Mas, assim como ocorre em quase tudo que lhes diz respeito, aqui nessa pesquisa eles também não terão voz - isso não apenas por uma opção metodológica, mas pela própria impossibilidade de se fazer pesquisa junto à esses pacientes vinculados ao hospital, precisamente no meu caso onde a “ética” institucional impede.

A seguir, serão apresentados os sujeitos com os quais essa pesquisa dialoga mais diretamente, os residentes e profissionais da Residência do IPq/SC.

### 1.3.2 Os sujeitos na pesquisa

A título da preservação da identidade dos sujeitos dessa pesquisa, opto aqui por fazer um panorama geral do perfil dos residentes sem identificar dados pessoais específicos de cada um como idade, cidade natal e local onde concluiu a graduação. Essas informações serão suprimidas visando ir ao encontro das expectativas éticas dos próprios sujeitos em questão, levando em consideração que o grupo pesquisado, além de ser pequeno, faz parte de um grupo específico que é a residência do IPq/SC. Para situar melhor as falas do sujeito que serão contempladas nessa análise, apenas distinguirei entre seu vínculo com o IPq/SC, se são estudantes ou profissionais. Todos os nomes citados são fictícios.

Em alguns casos, optei também por usar a metodologia do “embaralhamento”, conforme proposta por Cláudia Fonseca. Esse procedimento consiste em nomear com diferentes nomes o mesmo

---

<sup>19</sup> Embora os relatos que apontem para uma “cronificação” de uma das áreas de agudos (p. 54), bem como a manutenção da lógica hospitalar nos atendimentos, nos façam questionar se realmente estamos caminhando para a extinção desse modelo de prática de saúde mental.

sujeito da pesquisa em diferentes partes do texto a fim de que ocorra uma diluição de suas falas e torne sua identificação mais difícil (Fonseca, 2007a). Entendo que para o presente trabalho a diluição das experiências e relatos em mais de um personagem não acarreta danos à pesquisa como um todo, além de possibilitar uma maior garantia de sigilo do que a simples substituição de nomes que, em alguns contextos, poderiam ser facilmente identificáveis. Esse procedimento foi utilizado sobretudo em situações nas quais os cargos e/ou áreas de enfoque de determinado sujeito tiveram que ser expostos no texto.

Cabe ressaltar que uma preocupação com o sigilo foi, inclusive, apontada pelos sujeitos dessa pesquisa:

Mas como que vai fazer, alguém vai ler essa entrevista? Não vai por o nome e coisa assim, né? Porque a gente faz críticas, assim, né, ao sistema e coisa e tal, enfim... Então pra preservar, né? Eu tenho muita crítica, em relação ao sistema e um monte de coisa... (Vitório, residente)

No total, a residência conta com 18 residentes, 6 em cada fase de residência (R1, R2 e R3) e 44 preceptores, dentre os quais a maior parte deles mantém vínculos contratuais com o Estado (através do IPq/SC), alguns são vinculados contratualmente com a UFSC ou com vínculos contratuais com a prefeitura (através de Postos de Saúde e CAPs), além daqueles que são voluntários. Em alguns casos, há preceptores que mantêm vínculo institucional tanto com a UFSC (como professores) e com o IPq/SC (enquanto médicos). Alguns poucos dentre esses profissionais atuam como professores ou preceptores voluntários no programa de residência.

Por preceptores entende-se os profissionais formados (na maior parte, psiquiatras, mas também contam com uma psicóloga que atua no IPq/SC e no HU/UFSC e mais duas psicólogas que atuam apenas no HU/UFSC) que tem como objetivo auxiliar os residentes com questões referentes a diagnóstico e tratamento dos casos. No caso dos médicos, um dos pré-requisitos para ser preceptor é já ter cursado residência em psiquiatria.

Os psiquiatras preceptores orientam os residentes de acordo com suas especialidades. No HU, essas especialidades estão divididas de acordo com os ambulatórios e, no IPq/SC, por turnos nas enfermarias. Os preceptores também atuam como professores

de suas especialidades, ministrando as aulas curriculares da residência. A função da preceptoria, assim, é de orientar os residentes prática (na avaliação de cada caso) e teoricamente (ministrando as aulas).

Tanto os preceptores quanto os residentes com quem conversei são oriundos de vários lugares do país, com prevalência da região Sul seguida pela região Sudeste. A faixa de idade dos residentes encontra-se entre 25 e 35 anos. A maior parte deles trabalhou como clínico geral antes de prestar a residência, havendo poucos casos em que a passagem foi direta após a graduação. Entre os homens, um grande número prestou serviço militar como médico após a graduação.

O interesse pela psiquiatria, em geral, ocorreu já na graduação quando na oportunidade de realização de atividades extra-curriculares, como pesquisas e monitorias, mas também para alguns residentes a escolha pela psiquiatria só ficou clara durante a prática como clínico geral, quando, atendendo pacientes com essa demanda em postos de saúde, passaram a se interessar pela psiquiatria.

Interessante notar que para esses médicos, a psiquiatria já aparecia como uma disciplina marginalizada mesmo antes da escolha pela área

[Quando na graduação] Primeiro eu achava que psiquiatria era tudo bobagem, que psiquiatra só ficava conversando, que não resolvia logo... Quando fiz estágio eu fui ver numa emergência um cara chegando mal e eu vi que aquilo existia mesmo... Depois eu vi que não é sair internando e dando remédio... Eu comecei a ver que a coisa estava evoluindo muito a nível científico, que não era essa coisa de “eu acho”... (Daniel, preceptor)

Entre os preceptores com quem conversei, há uma prevalência de pessoas oriundas da região Sul e Sudeste, também respectivamente. Um dos preceptores passou em concurso para atuar no IPq/SC, via Secretaria da Saúde, logo depois de terminar a residência no IPq/SC, sendo o único do corpo docente que fez a residência no mesmo programa de residência em que agora atua como preceptor. Esses profissionais estão envolvidos com suas especialidades de atendimento tanto na rede pública quanto

privada, mas também há alguns profissionais que atuam apenas na rede pública. Entre esses, é comum que atuem em mais de um local, por exemplo: professor da UFSC e médico do HU ou psiquiatra do CAPS e também nos Postos de Saúde.

Me encontrei com eles, tanto residentes quanto preceptores, nos espaços do IPq/SC, Núcleo de Psiquiatria do HU, Área B do HU. As conversas individuais ocorreram em sua maioria em consultórios, bem como as aulas observadas – apenas uma ocorreu no auditório do IPq/SC. No IPq/SC usamos, para as conversas individuais, o auditório, a sala de refeições e uma antiga sala de terapia que hoje é utilizada para supervisões.

No meu segundo dia no IPq/SC fui me encontrar com a preceptora Laura na sala de refeições, onde essa se encontrava com alguns residentes e preceptores para o café da manhã e disse, sorrindo, que essa era a maneira com que o dia deles começava. Era um ambiente agradável, com conversas animadas e informais, marcação de festas e discussões de assuntos referentes à psiquiatria de maneira geral e conversas também marcadas por algumas piadas sobre loucura e o estigma que essa acarreta em nossa sociedade.

De modo geral, todos foram bastante atenciosos comigo durante as conversas, mas senti uma certa dificuldade para conseguir iniciar as conversas. Acho que isso se deve, em primeiro lugar, por não poder estar presente em todas as atividades, fator esse que dificultou manter contato por um longo período de tempo. E, em segundo lugar, por conta de uma certa formalidade com a qual a entrevista era encarada por parte desses profissionais. Duas vezes, ao tentar acertar um horário para conversar, esse horário era marcado “como se fosse o horário de uma consulta médica”, nas palavras de Carlos, preceptor, com início e fim predeterminados. Mesmo assim, no geral as conversas se desenrolaram de maneira não muito formais, bastante informais em alguns casos e um pouco formais uma ou duas vezes, mas todas de maneira bastante agradável. A pior parte, como disse, era conseguir esse “horário” na agenda deles, depois disso a conversa fluía com mais facilidade.

Meu “campo”, como já mencionado, foi marcado por longas esperas. Primeiro, todo aquele impasse com os CEPs já relatado no primeiro capítulo, intercalado com as respostas esperadas pela Associação Catarinense de Psiquiatria (ACP) e pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) sobre assistir ou não assistir às supervisões. Depois, sobre poder visitar o IPq/SC. E, por

fim, por longas horas sentadas numa mesa da ante-sala de espera, aguardando que as atividades acabassem, que as atividades começassem, que algum residente tivesse horário livre para falar comigo, ou esperando um horário marcado que logo em seguida era desmarcado. Guilherme, inclusive, brincou que eu tinha até minha própria mesa, uma vez que eu me sentava sempre em uma espécie de escrivaninha que ficava próxima à porta de entrada da secretaria por ser um local que ficaria sempre visível para eles.

Essas situações nas salas de espera, no entanto, longe de se constituírem em um espaço vazio de análise, me possibilitaram atentar para alguns aspectos do serviço da residência: a relação dos médicos com seus pacientes fora do espaço do consultório, a relação dos médicos entre si e a observação dos pacientes quando na sala de espera. Além disso, mantive conversas com representantes da indústria farmacêutica, com pacientes e secretárias, conversas essas que foram muito enriquecedoras para entender um pouco mais da residência, como será discutido algumas vezes ao longo dessa dissertação. Essas esperas também me mostraram como a relação dos médicos com o mundo está muitas vezes formatada a partir da relação médico-paciente, onde o paciente – cuja analogia com uma paciência por passividade se tornou lugar-comum na nossa sociedade, dentro e fora das análises acadêmicas – está sempre em uma relação de passividade e espera. Assim, para eles era natural que eu esperasse, que tentasse várias vezes, porque estava inserida numa relação que, assim como os pacientes, eu demandava algo deles, e, mais uma vez retomando ao lugar comum, quem demanda algo de médicos tem que necessariamente esperar. Faz parte do próprio status médico essa relação da sala de espera, mesmo em consultórios particulares, mas muito mais presente quando na saúde pública.

Na primeira parte desse capítulo, procurei discutir sobre as trajetórias pelas quais passei no trabalho de campo e problematizar os aspectos éticos dessa pesquisa e de pesquisas de humanas realizadas nas áreas de saúde em geral. Em um segundo momento, busquei efetuar uma breve discussão dos métodos utilizados e apresentar esse grupo recortado espacial e temporalmente que constitui o campo específico dessa pesquisa.

No próximo capítulo trago para discussão questões referentes mais especificamente à formação em psiquiatria no IPq/SC e também em relação com a formação nas residências em

psiquiatria como um todo considerando o contexto atual do ensino em psiquiatria no Brasil.

## *Capítulo 2: Formação e residência psiquiátrica*

Entende-se por programa de residência médica uma modalidade de pós-graduação para médicos, sendo atualmente o principal meio de especialização em medicina. A residência médica foi instituída no Brasil pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977 e funciona em instituições de saúde “sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, sendo considerada o “padrão ouro” da especialização médica” (MEC, 2012).

As residências médicas são regulamentadas pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e são reconhecidas por essa comissão, o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Médica Brasileira (AMB) em comum acordo (MEC, 2012).

No Brasil temos atualmente 53 especialidades médicas reconhecidas pelo MEC e pelo CFM, dentre as quais está presente a psiquiatria. Também são estabelecidas 53 áreas de atuação, subespecialidades reconhecidas pelo MEC e CFM. Dentre as áreas de atuação regulamentadas que exclusivamente os psiquiatras podem se especializar se encontram a Psicogeriatria, a Psicoterapia, a Psiquiatria da Infância e Adolescência e a Psiquiatria Forense, cada uma dessas tendo um ano de duração e só podem ser cursadas após a conclusão da residência em psiquiatria (CFM, 2012), que tem a duração de 3 anos em todos os programas de residência em psiquiatria do país (MEC, 2012).

De acordo com o artigo 3º da Resolução CNE/CES nº 2, de 17 de maio de 2006, elaborada pela Comissão Nacional de Residência Médica, o programa de residência em psiquiatria passa a contar com 3 anos de duração a partir do ano de 2007 em um total de 2.880 horas de atividades por ano.

Essa resolução também estipula os requisitos mínimos a serem cursados obrigatoriamente nas residências. De acordo com essa resolução, as disciplinas a serem ofertadas por uma residência médica em psiquiatria são:

### a) Primeiro ano (R1):

1. Programação Didática: Ciências Básicas; Avaliação Diagnóstica; Terapêuticas: Biológicas- Psicossociais; Ética em Psiquiatria; Conhecimentos Gerais; Políticas públicas em saúde mental; Psicopatologia Geral.

2. Treinamento em Serviço (Estágios) desenvolvido em: Estágio em Enfermaria (mínimo 30% da carga horária anual);

Estágio em Neurologia (mínimo 5% da carga horária anual);  
Clínica Médica (mínimo 5% da carga horária anual); Estágio  
Ambulatorial (mínimo 30% da carga horária anual);  
Emergência Psiquiátrica (mínimo 10% da carga horária anual);  
Estágio Optativo à critério da Instituição.

b) Segundo ano (R2):

1. Programação Didática: Ciências Básicas; Psicopatologia Especial; Psicoterapia; Psiquiatria da Infância e Adolescência; Abuso e Dependência de Drogas.
2. Treinamento em Serviço (Estágios) desenvolvido em: Emergência em Psiquiatria (mínimo 10% da carga horária anual); Interconsulta (mínimo 10% da carga horária anual); Treinamento em Psicoterapia (mínimo 10% de carga horária anual), Estágio Optativo à critério da Instituição Estágio em Ambulatório ou CAPS ou NAPS (mínimo 40% de carga horária anual); com obrigação de desenvolver as seguintes áreas de Dependência Química, Psiquiatria Geriátrica, Psiquiatria da Infância e Adolescência, Ambulatórios especializados (ex.: Esquizofrenia, Transtorno do Humor) e Psiquiatria Geral.

c) Terceiro ano (R3):

1. Programação Didática: Ciências Básicas, Psiquiatria Geriátrica, Psiquiatria Forense, Epidemiologia Psiquiátrica, Psiquiatria Comunitária, Conhecimentos Gerais, Metodologia Científica.
2. Treinamento em Serviço (Estágios) desenvolvido em: Treinamento em Psicoterapia (mínimo 10% da carga horária anual); Reabilitação (mínimo 10% da carga horária anual); 6.4 Estágio Optativo à critério da Instituição (mínimo 10% da carga horária anual) e Estágio em Ambulatório (mínimo 50% da carga horária anual) abrangendo Psiquiatria Geral, Ambulatório especializado, Área de atuação (CNRM, 2012).

Essa mesma resolução estipula que ao final da residência o residente deve 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 (CNRM, 2012).

Além da residência em psiquiatria, outra forma de obter o título de especialista é através das provas de títulos promovidas pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), que promove concursos com o objetivo de certificar profissionais através de títulos de especialista uma vez por ano (ABP, 2012). A prova de títulos visa qualificar como especialista os profissionais que tem experiência e conhecimento na área que são muitas vezes resultantes de anos de prática. Contudo, essa prova de títulos está em crescente desuso e não é vista com bons olhos pelos profissionais com residência em psiquiatria. Um exemplo claro disso é que, para ser preceptor no serviço de residência em psiquiatria no IPq/SC exige-se que o profissional tenha concluído uma residência aprovada pelo MEC.

Na residência do IPq/SC, os residentes são supervisionados apenas por psiquiatras que passaram por uma residência, mas acabam convivendo com psiquiatras que não passaram pela residência, já que esses também são profissionais do hospital. Assim, é comum que na avaliação de pacientes os residentes tenham acesso a prontuários e demais documentos produzidos por esses psiquiatras e mantenham diálogos com esses nas atividades de plantão. Durante a realização do trabalho de campo, algumas vezes me foi referida a atividade de médicos psiquiatras que não passaram pela residência como sendo qualitativamente inferior à do psiquiatra que passou pela residência, esse último considerado como mais apto a realizar um exame diagnóstico preciso e manter uma linha de tratamento mais condizente com cada caso clínico específico.

Como especialização para determinada área, as residências cumprem com a função de prover maior aprofundamento e habilitar o médico para atuar em determinadas áreas que já tiveram um contato na graduação. O contato com a psiquiatria, no entanto, foi relatado como precário nesse momento de formação médica pelos sujeitos dessa pesquisa, que apontaram para uma escassez de disciplinas de psiquiatria oferecidas na graduação que, além de ser ministrada em poucos créditos obrigatórios, também não consta enquanto prática obrigatória de estágio em muitas das graduações do país. Contrastado com a crescente demanda por serviços psiquiátricos, como aponta estudos variados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011; 2012), e aliado ao fato de que um médico formado sem especialização (clínico geral) é legalmente apto à prescrição de psicofármacos independente de ter um treinamento específico para tal, o atual quadro traz à tona uma realidade crítica que vem sendo vivenciada por profissionais e pacientes.

Uma abordagem limitada da disciplina de psiquiatria também é encontrada no ensino de demais especialidades médicas. No panorama geral das residências médicas, a psiquiatria é estágio optativo nas residências de Acupuntura e Neurologia, estágio obrigatório nas residências de Geriatria, e consta como disciplina obrigatória na residência de Medicina de Família e Comunidade e na residência de Medicina Legal com um mínimo de 1,5% da carga horária total da residência. (CNRM, 2012).

Esses dados nos levam a um contraponto interessante: se formos pensar na exigência de ministrar a disciplina de neurologia em 5% da carga horária atual na residência de psiquiatria, ao passo que em uma residência de neurologia a psiquiatria conta apenas como abordagem optativa, podemos perceber um desnível entre essas duas especialidades e o que se está considerando central em cada uma dessas formações. Considerando que a neurologia é uma especialidade considerada mais estritamente “biológica” do que a psiquiatria, percebemos a valorização de um viés biológico que é central nas áreas médicas e que, embora esteja presente na prática psiquiátrica, essa muitas vezes não é considerada biológica o suficiente pelas demais áreas médicas, resultando em uma perspectiva de marginalização da psiquiatria em relação à outras especialidades.

Essas questões sobre abordagem biológica e marginalização da psiquiatria serão retomadas adiante, no capítulo quatro. Por ora, gostaria de ressaltar aqui um ponto importante da relação discursiva entre o contexto atual de aumento de transtornos psiquiátricos e a necessidade

de qualificação de profissionais para a área, conforme defendido pela ABP, uma vez que esse discurso acaba por reclamar para si o status de único saber válido para lidar com a saúde mental, ponto que vem sendo problematizado por muitos autores que lidam com o tema (Amarante, 2010; Foucault, 2006).

Em um contexto no qual se instituiu a Reforma Psiquiátrica no Brasil a partir de problematizações nas quais o próprio papel do saber psiquiátrico vem sendo questionado (Foucault, 1995; Amarante, 1996) é interessante pensar nos aspectos que tornam a residência um mecanismo central de formação psiquiátrica e, assim, na disputa por esse local de atuação e construção de saber. Nesse sentido, esse mecanismo institucional que é uma residência médica não está apenas formando profissionais, mas funciona também como dispositivo centralizador de práticas e saberes, e é enquanto esse dispositivo que a residência também será pensada no presente trabalho.

Antes de seguir para uma discussão mais específica da residência do IPq/SC, gostaria de trazer para a discussão algumas questões mais abrangentes sobre como a formação em psiquiatria e também em saúde mental estão sendo pensadas atualmente.

## *2.1 Formação em psiquiatria*

De acordo com Foucault, o hospital enquanto local no qual se estabelece as bases do ensino em biomedicina propicia que essa concentre um acúmulo de conhecimentos teóricos e empíricos que servirão de dispositivo central para produção e ensino do conhecimento médico em um regime de produção de verdades. Para o autor, ao final do século XVIII, o hospital se constituía acima de tudo enquanto máquina de pesquisa e ensino e não como uma forma de propiciar tratamento e cura (Foucault, 1990).

Bonet também discute o papel do hospital na aprendizagem em biomedicina, apontando que a inserção no meio hospitalar teria importância para a criação da identidade profissional (Bonet, 2004), além de discorrer sobre os aspectos subjetivos implicados no aprendizado de biomedicina na área hospitalar. Para esse autor, na prática hospitalar o estudante se depara com uma contraposição do saber clínico dinâmico com o conhecimento inerte contido nos livros e é em relação a esses saberes clínicos que o profissional passa a construir sua experiência no manejo dos casos.

Bonet também defende a ideia de que a residência em biomedicina se assemelha às passagens rituais descritas por Turner, sendo a residência, nessa perspectiva, um momento dramático no qual os antigos moldes de se fazer medicina entram em choque com a especialidade estudada. Como considera que os conhecimentos são transmitidos muito através de fatores subjetivos, considera que é no momento de residência que o profissional passa a incorporar o *ethos* da improvisação que, mais do que a teoria contida nos livros e manuais, é o que garantirá a prática clínica (Bonet, 2004).

A clínica, para esse autor, é um evento no qual aspectos muito mais subjetivos estão em evidência, contrapostos às exigências do modelo biomédico que enfatiza no saber e nas práticas guiadas por uma linguagem mais científica, por um lado, e a experiência individual da dimensão do vivido, por outro. Exemplos práticos de exercício da atividade acabam sendo a forma pela qual o conhecimento é transmitido mais eficientemente, uma vez que é um modo de conhecimento prontamente “interiorizável”.

O objetivo dessas passagens é problematizar os quadros clínicos, expondo a maior quantidade de diagnósticos prováveis que lhes ocorram, ao mesmo tempo que adquirem o habitus de pensamento para a construção de diagnósticos (Bonet, 2004, p. 134).

Esse modo de aprendizagem foi bastante percorrido dentre os sujeitos nessa pesquisa. Em algumas situações, não me foi permitido assistir algumas aulas que seriam a princípio teóricas com a justificativa de que essas realizariam discussões de casos clínicos concomitante às discussões teóricas. De forma geral, entende-se que o aprendizado se dá de maneira maior nas discussões sobre o caso (com os pares) do que com o paciente em si (Camargo Júnior, 2003).

Indo ao encontro de uma perspectiva foucaultiana, Bonet discorre sobre como, ao lado das decisões objetivas baseadas na racionalidade médica, a prática clínica revela a emergência da pessoa do médico ao ser defrontado com a necessidade cotidiana de tomada de decisões a partir de uma ordem prática e/ou subjetiva. E o período de residência médica, para esse autor, é o momento no qual a incorporação da prática clínica “contraditória” se insere no indivíduo-residente através do que o autor denomina de “tensão estruturante”, momento no qual os conflitos acerca da contradição objetividade da racionalidade médica objetiva/ aspectos subjetivos do médico estruturam a prática clínica do

futuro especialista (Bonet, 2004). Nesse sentido, uma problematização desse sujeito-médico que passe pela sua formação parece ser um interessante caminho para análise de algumas especificidades da prática psiquiátrica como é pensada e praticada hoje. De acordo com esse autor, a residência médica também seria ainda uma espécie de limiar entre os anos de medicina e a preparação técnica, momento de mudanças que

configura um umbral onde a medicina adquire novas dimensões. Estas colocam os residentes diante da deficiência de sua preparação, diante da falta de adequação entre a aprendizagem recebida na faculdade e os conhecimentos necessários para o desempenho no hospital; essa falta de adequação nos leva a diferenciar uma *medicina vivida* de uma *medicina de livro*. (Bonet, 2004, p. 130).

Camargo Júnior faz referência à importância da experiência pessoal no aprendizado da medicina como um meio de desenvolver um “conhecimento de contraste, um padrão de comparação para a nova informação” (Camargo Júnior, 2003, p. 173) com a qual o médico se depara em sua vida profissional. Uma das maiores funções do aprendizado é servir como base sob a qual serão percebidas e interpretadas informações posteriores, sejam elas de caráter acadêmico-teórico ou prático (Camargo Júnior, 2003).

Mas uma formação em áreas da saúde faz mais do que orientar para a prática clínica; através dela - um serviço institucional com respaldo científico - verdades ganham corpo na sociedade: é precisamente lá onde se faz a ciência, criam-se os saberes e se atua sobre os corpos biopoliticamente. Na formação, as verdades e o *habitus* profissional são inculcados na sociedade como um todo (Bonet, 2004), tendo seus alcances além dos profissionais que formam e são formados e os eventuais pacientes que cedem seus corpos à formação. Não obstante, nenhuma discussão mais aprofundada é realizada com esses profissionais.

Autores como Lobosque (2010) e Amarante (2010), entre outros, ao discutir a formação atual em saúde mental, afirmam a necessidade de problematizar os aspectos relativos às novas políticas e conceitos de saúde mental na formação dos profissionais, fatores esses que vem sendo negligenciados não apenas em residência de psiquiatria, mas em várias áreas da chamada Saúde Mental.

A seguir, trago uma problematização de alguns desses aspectos.

### 2.1.1 Supervalorização da técnica e não problematização político-contextual: de onde vêm os saberes?

Merhy aponta que no Brasil as redes de serviços “são fontes inesgotáveis de produção sistemática de novos conhecimentos” (Merhy, 2010, p. 24) e práticas, mas que esses aspectos não são problematizados suficientemente na formação em saúde mental. Embora tenhamos atualmente uma tradição de problematizar sobre as bases nas quais os saberes psiquiátricos foram constituídos, essa problematização não vem sendo realizada quando se refere à prática imediata que se vem realizando e ensinando em saúde mental no Brasil.

Oliveira defende que os saberes devem ser avaliados pelos seus efeitos históricos e que “muito pouco do que se produziu nesse campo médico e psicológico em relação à loucura serve para alguma coisa que não seja normalização e segregação [...] Mas esses são os saberes que se encontram “positivados”, divulgados, difundidos, oficiais, em sua manifestação como ciência e conteúdo da formação (Oliveira, 2010, p. 45).

Para Merhy, os programas de formações em Saúde Mental tendem a reproduzir a ideia de que as práticas de assistência em saúde devam ser impostas sobre sujeitos que, enquanto despossuídos desse saber mas alvo desses, são dele um objeto. As formações seguiriam essa lógica e produziriam profissionais técnicos “formatados pelas estratégias de formação profissional e pela condução do saberes científicos que pouco têm permitido conduzir as relações no mundo do cuidado” (Merhy, 2010, p. 26).

Como será melhor discutido nos capítulo dois e quatro, aspectos técnico-científicos são bastantes priorizados na formação da residência do IPq/SC. Contudo, esse não é um quadro isolado, mas vai ao encontro do que se tem observado em serviços de formação de profissionais em saúde mental no Brasil (Amarante, 2010).

Nesse sentido, Amarante discute que na prática clínica e no ensino em saúde pública os transtornos mentais tendem a ser abordados apenas do ponto de vista “técnico”, como se estivessem desvinculados da realidade, e as redes de serviço como fonte de produção de novos conhecimentos não são problematizadas, como se esses conhecimentos não tivessem uma origem na prática (Amarante, 2010).

Para Amarante, muitos dos impasses e problemas que estão sendo vivenciados hoje na rede de cuidados de Saúde Mental são reflexo de uma “falta de formação específica que os profissionais têm para

encarar as coisas inovadoras, as experiências inovadoras” (Amarante, 2010, p. 96) e do conhecimento dos processos sócio-históricos que possibilitaram essa nova configuração do cenário da saúde mental atual.

De modo geral, observa-se que as residências em Saúde Mental ainda são muito centradas nas consultas individuais (Amarante, 2010) e em uma abordagem que prioriza a ideia de doenças, a localização de patologias e prescrição de condutas são muito mais enfatizadas do que uma escuta do outro (Ceccim, 2010).

Amarante discute que no geral a formação em saúde mental ainda se baseia na vigência de um modelo liberal da profissão, no qual o profissional é formado para atender individualmente no consultório e baseado na ideia de que entre esse profissional e o usuário não existem intermediações sociais diversas, como Estado, setor privado, intermediação de interesses, de mercado, da indústria farmacêutica, etc., como se o profissional estivesse isolado da sociedade quando na prática de sua profissão:

Esse modelo é muito centrado na ideia de que não há intermediação entre o trabalho do profissional e a instituição, os interesses sociais, a formulação de interesses políticos, sociais e econômicos que existem nesse campo (Amarante, 2010, p. 96).

Em decorrência dessa visão, aspectos mais técnicos são priorizados em detrimento de uma formação que preze maiores problematizações sobre o contexto atual: “A formação é especializada, tecnicizada, e as especialidades são disciplinas fechadas, articulam-se muito pouco, falam muito pouco entre si. Então, daí decorre uma formação voltada para a hiperespecialização” (Amarante, 2010, p. 96). Como consequência, os técnicos formados não atuam tendo em mente que estão produzindo conhecimentos, mas apenas reproduzindo – daí a necessidade de querer “incorporar o que é novo, o que é mais moderno ou a última palavra em termos” (Amarante, 2010, p. 100).

Também nesse sentido, Ceccim problematiza como o símbolo da formação técnica, o diploma, acaba sendo um modo de autorização do exercício profissional para quem o tem e desqualificação dos saberes de quem não o tem, mas o que o diploma em saúde mental autoriza é nada mais que um saber estratificado que fecha o profissional em uma abordagem; fecha em um saber e impede o diálogo com um mundo outro de saberes que está sendo construído a todo momento. Para o

autor, as profissões em saúde deveriam atuar sempre de maneira realmente interdisciplinar de modo que as disciplinas ultrapassem as fronteiras umas das outras e permitam surgir realmente um misto dessas:

Mais do que atuar de uma maneira inter ou transdisciplinar, elas devem se colocar, sempre, no lugar de fronteira com quaisquer outras profissões, e não se localizando, sempre, em um lugar privativo de exercício, um lugar que ninguém invada (Ceccim, 2010, p. 74).

As disciplinas precisariam abandonar a pretensão das fronteiras claramente definidas; para Ceccim, “as profissões ou os cursos de formação não conseguem avaliar que o que há para mudar é essa rigidez de fronteiras ou esse lugar absolutamente demarcado” (Ceccim, 2010, p. 73).

Um outro ponto que retomo de Amarante diz respeito à necessidade de se discutir epistemologia a fundo nas formações, entender os viesamentos sócio-políticos dessas e problematizar ideias-chaves da ciência, como neutralidade e verdade, ou seja, não tomar o discurso da ciência como verdade absoluta:

Caso contrário, nós poderemos superar certos paradigmas psiquiátricos mais tradicionais, mas estaremos recaindo em outros paradigmas substitutivos, mas que, da mesma forma, têm essa noção de verdade, essa noção de que a ciência é que produz o conhecimento, definitivo, último, e de que ela não necessita efetivamente dos sujeitos, das experiências, dos familiares, da sociedade para partilhar (Amarante, 2010, p. 99).

Mais uma vez, vemos que construtos em nome da ciência encontram um impasse problemático quando pensamos em como esses saberes vem sendo atrelados cada vez mais às investidas da indústria farmacêutica.

A produção de conhecimento psiquiátrico que os cursos de formação repassam está totalmente fraudada, está sofrendo uma intervenção muito forte da indústria. As revistas têm um financiamento expressivo da indústria e, por isso, não publicam nada sobre CAPS ou CERSAMs [Centros de Referência em Saúde Mental], intervenções psicossociais, trabalho com famílias, etc. Só publicam trabalhos sobre medicamentos e se forem favoráveis ao medicamento. E isso

está claramente posto: as revistas recebem financiamentos milionários, os congressos a mesma coisa (Amarante, 2010, p. 104-105).

Sem a devida problematização, a presença da indústria segue como sinônimo de “avanço científico”. Os perigos de se cair nas armadilhas de algum cientificismo são muitos: é em nome da ciência que indústrias fazem valer suas verdades, foi em nome da ciência que muitas subjetividades passaram a vida enclausuradas (Foucault, 1995). Como será discutido com maior ênfase no capítulo quatro, alguns autores apontam que não existe uma ciência em si, isolada do mundo e neutra de interesses, sejam esses grandes interesses – mercadológicos, políticos – ou mesmo um enviesamento da ordem moral do sujeito cientista. Atentar para isso é ter uma postura verdadeiramente ética na questão epistemológica, da criação dos saberes, e em sua prática, na aplicação desses saberes junto aos sujeitos.

Ornelas também discute que os profissionais da saúde mental não tem conseguido associar a luta antimanicomial, bem como as políticas públicas em Saúde Mental, com suas práticas profissionais enquanto uma lacuna da formação desses profissionais: “parece que as faculdades não conseguem politizar os alunos. Isto é, os alunos chegam à faculdade sem formação política ou qualquer envolvimento em movimentos sociais e saem formados com essa mesma deficiência” (Ornelas, 2010, p. 54). Além dessas referências na literatura, também foi percebida na presente pesquisa a falta de um viés político como característico do próprio programa de formação, ou seja, enquanto aspecto a ser pensado junto à formação e não paralelo a essa, como se a política estivesse a parte de suas práticas. Voltarei a esse ponto adiante.

Outro aspecto problemático nas formações em saúde diz respeito a uma superficialidade do vínculo entre profissionais da saúde e público alvo do cuidado. De acordo com Ceccim (2010), a educação dos profissionais de saúde não é necessariamente orientada para o público alvo do cuidado. Para esse autor, as práticas de cuidado deveriam produzir uma ação voltada ao encontro do outro, mas na prática ocorre o reverso disso, uma “exclusão do encontro” pautada nas práticas de formação que tem como base o diagnóstico:

Quanto mais essa prática se orientar pela formação de diagnósticos e pelo enquadre de pessoas em determinados perfis da classificação, maior a exclusão do encontro. Quando, antes de promovermos a passagem pelo *outro*, o

colocamos em um lugar já definido por uma nosologia, escolhemos encontrar um diagnóstico, mas não a experimentação (Ceccim, 2010, p. 67).

Ceccim (2010) e Bonet (2004) discutem que a formação é um processo denso no qual *habitus* são interiorizados de modo a estabelecer parâmetros de modos de atuar e ver o mundo da saúde. Bonet aponta para a predominância de uma abordagem nas residências médicas na qual prioriza-se uma estereotipização do outro e padronização das intervenções (Bonet, 2004). Para Ceccim, a educação nas residências deveria focar uma abordagem terapêutica focada no encontro com alteridades. Para esse autor, as formações devem romper com locais que produzem identidades e derrubar as fronteiras de normatividades impostas (Ceccim, 2010).

Ceccim também fala de uma substitutividade como forma de produção de novos lugares que substituam práticas existentes – em saúde mental, a substitutividade se encerraria no fechamento dos manicômios. Para o autor, no entanto, a substitutividade precisa ser também um dispositivo capaz de

inventar redes de práticas, não se instalar/se aboletar em um equipamento extra-hospitalar e preservar-lhe os conceitos/práticas discursivas. Não basta dizer não aos manicômios, é preciso afirmar certas práticas. Não adianta dizer que não é mais o manicômio, que agora é o CAPS, porque aí o CAPS, talvez, seja só um manicômio diferente. Não nos interessa isso, a substitutividade deve ser sempre colocada: o que, de fato, estamos substituindo? (Ceccim, 2010, p. 74).

Nesse sentido, um programa de residência deveria prezar que seus cursos envolvam “práticas didáticas de mobilização, convocação, exposição subjetiva dos alunos, para que não seja apenas informativa” (Ceccim, 2010, p. 83). O autor preza para que, de modo geral, os serviços de formação em saúde mental pensem não apenas de acordo com seu campo de saberes mais ou menos instituído, mas a partir da genealogia de seus conceitos, que repensem as terapêuticas para além da simples prescrição de condutas e que amplie a discussão para a desospitalização não apenas relativa à instituição física do hospital psiquiátrico, mas no que diz respeito às suas reproduções em outros serviços e modos de entender a saúde mental (Ceccim, 2010).

Amarante (2010) acredita que a formação deva ser pensada para além de mera transposição de conhecimento “em que você repassa o

conhecimento, mas não faz dos sujeitos os atores, os protagonistas do processo de produção de conhecimento” (Amarante, 2010, p. 100), de modo a estimular que suas práticas ultrapassem a dimensão da reprodução de conhecimentos.

Outro ponto que Amarante traz para a discussão em formação é sobre a questão da interdisciplinaridade e da escassez de diálogos com disciplinas da área de Humanas e que mesmo as discussões sobre relações sociais e sociedade tem um viés muito “psi” (Amarante, 2010).

Isso nos faz ver a tendência desses programas: um enfoque nas abordagens “psi”, a ideia de consultas individualizadas como modelo e a ênfase na técnica. Nesses programas de formação, a saúde mental pode ser teorizada enquanto aspecto do corpo social, mas sua abordagem ainda fica muito restrita ao corpo individual do sujeito acometido por algum sofrimento e mesmo as terapias em grupo são realizadas em grupos isolados, ainda têm alcance local. Em suma, o que estou apontando aqui é que o currículo desses cursos<sup>20</sup> parece refletir uma dificuldade estrutural para se pensar a Saúde Mental enquanto problema social.

Outro aspecto que se mostra problemático diz respeito ao hospital como local de formação, como será discutido a seguir.

### 2.1.2 Hospital como local de ensino: o que aconteceu com a Reforma?

O serviço de residência do IPq/SC - seguindo as diretrizes do Ministério da Educação (MEC) e da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) - tem suas atividades voltadas em grande parte para a atuação hospitalar e, assim, nesse ponto em específico, atua na direção contrária dos moldes da reforma na qual se preza uma rede em saúde mental que substitua definitivamente o hospital psiquiátrico.

A preceptora Maíra me diz que, quando na fase de implementação da residência, no começo da década de 2000, poderiam ter feito o contrário: a residência poderia ter sido pensada como uma proposta junto à UFSC com parceria no IPq/SC, mas que “na época era mais comum fazer pelo Estado”. A escolha pelo IPq/SC como sede da residência foi pensada devido aos profissionais estarem vinculados

---

<sup>20</sup> Não efetuei uma pesquisa apurada sobre esses currículos. Tomei por base também a discussão de autores que estudam o tema: Nos cursos de Saúde Mental, as disciplinas todas são “psi”: às vezes não há nem Saúde Coletiva, nem uma noção básica de planejamento, de políticas sociais. Então, eu acho que é uma discussão fundamental (Amarante, 2010, p. 103).

institucionalmente ao hospital mas principalmente por se considerar então que o hospital contaria com uma infraestrutura que parecia mais apropriada para abordar casos de emergência em psiquiatria - no caso, essa infraestrutura seriam as enfermarias e os leitos. Tal fato não deixa de refletir bastante o modelo de atendimento psiquiátrico que vem sendo priorizado nas práticas da residência.

A predominância do ensino da residência dentro do IPq/SC abre espaço para uma discussão essencial sobre a formação do residente no contexto atual, além de nos remeter à discussão sobre as bases epistemológicas da psiquiatria. Como já demonstrou Foucault (1995), debruçado sob o leito é onde se fez o psiquiatra. Se atualmente temos ainda a permanência do enfoque hospitalar para ensino da profissão, poderíamos pensar que esse conhecimento que se produz hoje seria semelhante, em essência, do que caracterizou o início do saber psiquiátrico?

Na época de implementação da residência aqui estudada, a Reforma já tinha sido oficializada e já havia sido decretado o fechamento dos hospitais; porque uma residência enfatizaria então leitos em um hospital psiquiátrico se esses deveriam ser minimizados ao máximo? Os leitos não deveriam mais ser a base do conhecimento/prática psiquiátricos, mas na prática é o que continua acontecendo. E isso nos leva a questionar os regimes de força que possibilitam que um decreto, uma lei, não tenha mais peso na prática do que uma posição oficial da ABP. Claro que estamos falando de posições bastante consolidadas de poder na atualidade e que essas, lei e ciência, se fazem valer de diferentes formas, mas não deixa de ser interessante observar como uma instância de ordem da sociedade pode se alterar em nome da “ciência” uma vez que se entende que as leis devam ser a base sob a qual se fundamenta e ordena a sociedade civil. Que poderes tem então a ciência, essa forma de conhecimento que, mesmo com tantas discussões que a procuram desmistificar de forma tão razoável<sup>21</sup>, se faz valer inclusive acima de uma instância de lei? Deixo essa questão em aberto para um outro debate. Adiante, no capítulo quatro, será retomada essa relação entre a psiquiatria e a ciência.

A residência do IPq/SC especificamente, embora hospitalocêntrica, não deixa de atuar em todos os outros pontos da rede de saúde mental, indo ao encontro daquilo que propõe Ceccim (2010) quando defende que as residências devem prezar por treinar a prática em

---

<sup>21</sup> Autores como Kuhn (1978), Hacking (1999) e Latour (2000), entre outros, produziram trabalhos importantes sobre o tema.

todos serviços de atenção e não apenas no local sede de residência (Ceccim, 2010), como apresentado.

No que se refere aos espaços de formação em saúde mental, tem se observado que muitos acabam tendo no hospital psiquiátrico um lugar central para a formação ainda nos dias de hoje, nesse contexto de implementação da reforma psiquiátrica. Nas palavras de Amarante,

E o lugar de produção e reprodução do conhecimento ainda é o manicômio, que é o lugar de formação por excelência do modelo psiquiátrico clássico (Amarante, 2010, p. 97).

Os problemas de uma formação dentro do hospital, para Amarante, não se dá pelo local em si mas pelas prerrogativas que se assume a partir desse espaço (Amarante, 2010). Se, por um lado, os teóricos com viés antimanicomial assumem que a rede de atenção à Saúde Mental deve deixar de ser uma simples alternativa de tratamento para tornar-se realmente substitutiva ao modelo hospitalar (Lobosque, 2010), a posição de muitos psiquiatras e gestores é que o fechamento dos hospitais psiquiátricos é inviável: argumentos sobre a Reforma Psiquiátrica como desassistência e associação de fechamento de leitos com aumento da indigência vem servindo de base para que os hospitais continuem sem perspectiva de fechamento.

Amarante aponta que o modelo manicomial é predominantemente tomado como base nas residências em saúde mental, seja o molde tradicional (o hospital mesmo) ou sua adaptação para algum serviço novo. Para o autor, “a questão é que nós ainda pensamos toda a formação médica a partir do hospital, do modelo biomédico” (Amarante, 2010, p. 98).

Não é apenas nos cursos de psiquiatria, mas também em outras áreas que atravessam a chamada Saúde Mental que muitas vezes têm o foco de suas atividades no hospital. Ou seja, se nem as disciplinas não psiquiátricas da Saúde Mental conseguiram abandonar de vez o modelo hospitalocêntrico na formação de seus profissionais, não é de causar espanto que existam residências em psiquiatria ainda focadas no hospital, já que a psiquiatria, enquanto saber, tem sua origem neste espaço (Foucault, 1994). Foucault discute como o saber médico nasce no hospital (Foucault, 1994) e como, mais especificamente, o saber psiquiátrico só é possível a partir do hospital psiquiátrico e dentro deste (Foucault, 1995).

Retomando as leituras de Foucault, Amarante discute que “foi dentro das práticas de internamento, das práticas de exclusão, que se

constituiu um saber para justificar essa exclusão, que se constituiu um saber que classificava os sujeitos. E classificava sujeitos cujas experiências já tinham sido alteradas pela prática do internamento” (Amarante, 1996, p. 98). O saber psiquiátrico se origina a partir de uma realidade confinada, alterada:

Muito da psicopatologia que nos ensinaram Pinel, Morel, Kraepelin, todos os grandes clássicos da psiquiatria foram psicopatologias observadas em sujeitos cuja experiência da loucura foi transformada pela institucionalização (Amarante, 2010, p. 98).

Essa questão de vincular o ensino ainda hoje ao hospital, assim, se depara com uma problemática maior sobre os próprios saberes que fundam a psiquiatria e em quais saberes se pautam outras áreas da saúde mental: os sujeitos não experimentam as mesmas formas de loucura independente do local onde estão inseridos uma vez que suas “loucuras” não existem em estado de natureza, mas são experimentadas em relação com o meio no qual estão inseridos (Amarante, 2010). Nesse sentido, a formação não apenas reproduz os valores instituídos, como se esses também existissem em um estado puro de natureza, isolado da prática, mas os reafirma e reinventa em sua prática diária.

Entraremos agora em uma discussão mais específica sobre a formação na residência em psiquiatria do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPq/SC) e como essa se insere dentro desse quadro geral em que está inscrita.

## *2.2 A residência psiquiátrica do Instituto de Psiquiatria (IPq/SC)*

De acordo com os idealizadores da Residência Psiquiátrica do IPq/SC, esse serviço surgiu para sanar a necessidade de um programa de formação em psiquiatria no estado de Santa Catarina. Os responsáveis pelo planejamento e implementação da residência foram psiquiatras que trabalhavam no IPq/SC, sendo que alguns deles também tinham vínculo institucional com o curso de Medicina da UFSC. O programa de residência foi projetado para ser realizado principalmente dentro do hospital e conveniado ao HU/UFSC para atendimentos ambulatoriais.

Posteriormente, o programa de residência também realizou convênio junto à Secretaria Estadual da Saúde (SES/SC) de Florianópolis, iniciando atendimentos realizados no CAPS Estadual. Com o fechamento do CAPS Estadual em 2007, os pacientes que antes

eram atendidos nesse espaço passaram a ser atendidos nos ambulatórios da Residência, no HU/UFSC. Em 2009, a Residência de Psiquiatria do IPq/SC estabeleceu parceria com a Secretaria da Saúde de Florianópolis, estendendo sua área de atuação para os CAPS e Postos de Saúde através de atividades como NASF (ambulatórios das Policlínicas Municipais) e atendimentos de matriciamento (sistema no qual um psiquiatra dá suporte para clínicos que atendem pacientes psiquiátricos e, quando necessário, também realizam atendimentos).

Ao contrário do que se poderia esperar de uma residência localizada em uma universidade federal que conta com um curso de Medicina, há pouquíssima interação entre a graduação em Medicina da UFSC e a Residência de Psiquiatria, consistindo essas em atividades desconexas entre si. O IPQ [modo como o Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPq/SC) é chamado] é o hospital de referência em termos de psiquiatria no Estado, e dentro até de uma política de gestão naquele momento, do IPQ, se viu que a gente tinha elementos suficientes pra ter uma residência e ao mesmo tempo essa residência ajudaria muito em toda uma mudança de perfil, de atenção, né, ao paciente psiquiátrico. E enfim, então foram um conjunto de fatores, né, nós nos interessamos por estarmos lá naquele momento, os três juntos, os três colegas [no IPQ] (Fernanda, preceptora).

Após alguns anos de planejamento, o serviço de residência do Instituto de Psiquiatria (IPq/SC) iniciou suas atividades com a entrada da primeira turma no ano de 2004, contando então com dois anos de duração para a formação. Seguindo as diretrizes da mudança curricular regulamentada pelo MEC, em 2007 o serviço passou a contar com três anos de duração, como continua até hoje (ABP, 2012a).

Em 2006 foi obtido o credenciamento definitivo pela CNRM/MEC (Comissão Nacional de Residência Médica). A partir de 2010 o serviço foi contemplado com duas novas bolsas do Governo Federal, possibilitando então que cada fase da residência contasse com seis residentes, em um total de 18 residentes vinculados ao programa.<sup>22</sup>

O primeiro ano curricular da residência em questão é voltado para um enfoque mais clínico e o residente tem suas atividades no hospital e no ambulatório do HU; no segundo ano é introduzida a abordagem psicodinâmica e iniciam-se os trabalhos junto à prefeitura,

---

<sup>22</sup> IPq/SC (2012).

nos postos de saúde e no terceiro ano o residente começa a atender também nos CAPS. De forma geral, no primeiro ano é ensinada em uma psiquiatria com enfoque “biológico”, que servirá de base estrutural para as abordagens que serão introduzidas posteriormente de psicodinâmica (no segundo ano) e psiquiatria social (no terceiro ano). Esse tema será discutido com mais minúcias no capítulo 3.

No IPq/SC, os residentes atuam no primeiro e segundo ano na enfermaria de agudos e no terceiro ano nas pensões terapêuticas, no cuidado aos pacientes crônicos, ou seja, os moradores do hospital.

A divisão por disciplinas ministradas é realizada de acordo com a classificação presente no CID 10. A seguir, uma listagem das disciplinas e atividades realizadas, conforme me foi passado pelos coordenadores da residência:

R1	R2	R3
Emergências psiquiátricas (30 a 40 horas/aula)	Técnica de psicoterapia e psicodinâmica (30 horas/aula)	Psiquiatria Social e comunitária (20 horas/aula)
Psicofarmacologia (20 a 30 h/a)	Teoria psicanalítica no CEPSC (60 horas/aula)	Psiquiatria forense (15 horas/aula)
Transtornos Psíquicos: F10 – transtornos ligados a álcool e drogas (15 horas/aula)	Psiquiatria da Infância e adolescência (30 horas/aula)	Demências (15 horas/aula)
Transtornos Psíquicos: F20 – transtornos de esquizofrenia e esquizofreneiforme (15 horas/aula)	F60 (transtornos de personalidade) 15 horas/aula	Grupo de Terapia cognitivo-comportamental (20 horas/aula)
Transtornos Psíquicos: F30 – Transtornos afetivos (15 horas/aula)	Transtornos alimentares (15horas/aula)	Interconsultas (15 horas/aula)
Transtornos Psíquicos:		

F40- Transtornos de ansiedade (15 horas/aula)		
Neurologia (50 horas/aula)		

Além dessas disciplinas, há também as disciplinas de Ética, com uma média de 6 horas/aula e Epidemiologia e Metodologia da Pesquisa, que conta com 15 horas/aula, que são ministradas – cada uma a um momento – a cada três anos para as três turmas de residentes. Essa disposição, que não obedece às prerrogativas estabelecidas pela CNRM, ocorre devido ao fato de que essas são disciplinas impostas pelo MEC, mas que o programa de residência não teria verba para custeá-las todo ano, uma vez que para sua realização elas precisam de um profissional contratado à parte do programa de residência (que atualmente não dispõe de um especialista nessas áreas) e daí a escolha dessas disciplinas serem ministradas a cada três anos.

Quanto à disciplina de Ética, me foi relatado que essa procura contemplar, nesse curto tempo de duração, temas como a ética em contenção mecânica - a qual deve ter a função de proteção e não de castigo e também envolve discussões sobre a importância do profissional atentar para não confundir a conduta terapêutica de contenção com abuso por raiva por ter apanhado, por exemplo. Também é discutido aspectos relativos ao poder médico (“o médico tem um poder, é uma questão ética como lidar com esse poder”, como aponta Fernanda) e aspectos éticos para evitar envolvimento pessoal do médico com o paciente.

De modo geral, a quantidade de horas/aula varia de acordo com o professor, não há uma rigidez no que se refere à carga horária e mesmo quanto aos conteúdos ministrados. As aulas propriamente ditas são realizadas principalmente sob a forma de seminários e discussão de textos a critério dos preceptores de cada área, sendo que o preceptor é responsável pelas aulas dos temas vinculados ao ambulatório do qual é responsável.

Os residentes de todos os anos participam ainda semanalmente de uma sessão de “Caso Clínico”, na qual os estudantes se revezam para apresentar um caso clínico que será discutido entre os colegas e psiquiatras. Além disso, a cada duas semanas realizam também o “Clube da Revista”, seminário no qual a cada sessão um dos residentes

apresenta um artigo de alguma revista científica de sua escolha e tem sua apresentação seguida de um debate entre professores e residentes. Por fim, ao final do terceiro ano, os residentes apresentam um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

O atendimento no Ambulatório do HU segue uma divisão baseada nos critérios do CID distribuída ao longo dos dias da semana. Assim, na segunda-feira é dia de Ambulatório de Dependência Química praticado por residentes do primeiro ano (R1), principalmente e Ambulatório de Déficit de Atenção no Adulto (DDA) praticado por estudantes do terceiro ano (R3). Nas terças-feiras, funciona o Ambulatório de Esquizofrenia e Transtornos Correlatos (transtornos delirantes e psicóticos, dentre outros), praticado por R1 e residentes do segundo ano (R2). Em um semestre por mês funciona também nas tardes de terça-feira o laboratório de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), no qual é realizado grupo de Psicoterapias Cognitivo-Comportamental por dois residentes do terceiro ano.

Nas quartas de manhã funciona o Laboratório de Psiquiatria da Infância e Adolescência para os residentes do segundo ano. Nas quartas à tarde é realizado o Ambulatório de Entrada, Avaliação e Triagem, no qual é realizada uma primeira avaliação e encaminhamento do paciente pelos residentes do terceiro ano.

Quinta de manhã funciona o Laboratório de Casos Refratários (Refracta), um laboratório de psiquiatria e neurologia visando diagnosticar casos refratários. Nesse laboratório o atendimento é realizado por uma equipe de profissionais e os residentes (geralmente um ou dois R3) apenas acompanha o processo. Nas quintas-feiras à tarde funciona o Laboratório de Transtornos de Humor Bipolar para os residentes do segundo ano.

Nas sextas-feiras funciona o Ambulatório de Entrada e Retornos, no qual ocorrem atendimento de transtornos depressivos e ansiosos, para os R1 e o Laboratório de Psicogeriatrics e Demência, voltado para a psiquiatria do idoso e demência para os residentes do terceiro ano.

Além disso, nas terças e sextas ocorre o Laboratório de Psicoterapia Dinâmica, no qual os residentes do segundo e do terceiro ano atendem casos individuais com abordagem de psicodinâmica. Nas quartas e sextas-feiras também ocorre o Laboratório de Interconsulta Hospitalar, no qual os residentes do terceiro ano atendem pacientes internados no HU, por solicitação de um médico responsável, para realizar uma avaliação psiquiátrica.

Os laboratórios e ambulatórios funcionam de maneira que o residente realiza atendimentos individuais e passa em seguida por supervisão do preceptor responsável pelo ambulatório. Os atendimentos e supervisões são intercalados com as aulas teóricas das respectivas especialidades.

Os atendimentos no IPq/SC seguem uma outra dinâmica. Único hospital psiquiátrico público do Estado,<sup>23</sup> recebe casos agudos de pacientes de muitas cidades do interior do Estado e da capital catarinense, estando sempre funcionando acima do limite de sua capacidade para contemplar a demanda. Lá, os residentes fazem revezamento nas enfermarias (que serão apresentadas na próxima sessão) de forma que os residentes do primeiro ano contemplem mais as enfermarias de casos agudos e os de terceiro ano contemplem os casos crônicos. Os residentes também realizam, em média, um plantão por mês no IPq/SC.

Por fim, os residentes do segundo ano passam cerca de 8 horas semanais nas atividades de NASF ou matriciamento e os residentes do terceiro ano dispõem de 8 a 12 horas semanais nos CAPS. Para Vitório, é “pouco pra fazer vínculos com pacientes. Mas o médico assistente fica lá, tem equipe... A gente passa lá pra aprender”.

De forma geral, alguns temas foram centrais nas conversas com os residentes e preceptores. Além das questões sobre a realização de diagnóstico e panorama geral de como é a formação, o contexto em que a psiquiatria está inserida no Brasil atualmente, nesse período pós Reforma Psiquiátrica e algumas especificidades da psiquiatria enquanto ciência foram temas que foram recorrentes nas conversas com os residentes e preceptores.

Interessante observar que de forma geral, me pareceu haver uma preocupação com a situação da psiquiatria atualmente mas que tal preocupação não encontra respaldo formal nas discussões sobre aprendizagem da disciplina que, como será discutida adiante, é estritamente técnica.

Durante as conversas com os sujeitos nessa pesquisa, percebi também que muitas vezes foram discorridos dois enfoques complementares no que se refere à psiquiatria: uma abordagem com viés mais *biológico* e uma abordagem com viés mais *psicodinâmico*, termos nativos empregados para designar a afiliação teórica seguida dentro da disciplina. Esses dois termos serão entendidos na presente pesquisa

---

<sup>23</sup> Se não formos contar o Hospital de Custódia, manicômio judiciário localizado na cidade de Florianópolis/SC.

enquanto categoria nativa, uma vez que foram estabelecidos pelos próprios sujeitos. No geral, os preceptores se identificaram mais com uma dessas duas abordagens para falar de suas práticas e abordagem de ensino da disciplina junto aos residentes.

Essas questões quanto às abordagens teóricas, técnica e contexto sociopolítico da prática psiquiátrica serão contempladas ao longo dessa dissertação. Por ora, gostaria de me ater aos aspectos que concernem à formação de psiquiatria na residência propriamente dita.

Os preceptores com quem conversei consideram que uma das maiores preocupações da residência em psiquiatria do IPq/SC se refere à preparação do profissional para atuar em diversas áreas da psiquiatria.

Todas as atividades da residência estão inseridas na rede pública de saúde e no terceiro ano preza-se por ensinar o residente a atuar dentro dessa rede, saber os encaminhamentos possíveis para cada caso, medicações disponibilizadas, outros serviços de apoio, etc. Mas embora focada para a rede pública, pouca ou nenhuma discussão é realizada sobre questões envolvendo saúde pública. De modo geral, o ensino na residência tem como base a aprendizagem de aspectos meramente técnicos da disciplina, seja ela de enfoque psicodinâmico ou biológico, o que talvez não configurasse em um problema tão grave se a residência não estivesse localizada em serviços públicos. Esse programa de residência está ainda em fase de lapidação, mas convém questionar se, voltado para a área pública em sua prática mas não em suas preocupações, esse programa não contemplaria a lógica de se utilizar de serviços públicos como laboratórios de aprendizado apenas (Foucault, 1994), sem uma real preocupação com o seu funcionamento e seu papel na estrutura desse sistema. Claro que, como vimos, há muitos médicos com interesse na área de saúde pública e com uma boa problematização da área, mas esses são aspectos individuais e não fazem parte do programa de residência.

Eu acho que cada vez mais as instituições formadoras precisam estar próximas à realidade dos serviços de saúde. Eu acho que iniciativas como essa dos residentes fazerem a formação aqui no IPQ e terem oportunidade de experimentar na rede pública de saúde a atenção à saúde, enfim, eu acho que quanto mais integrado for esse processo de atenção à saúde, as pessoas saem melhor qualificadas para as necessidades reais. O ideal da minha formação, por exemplo, era voltada à pessoa sair e abrir um consultório particular, e

isso não é compatível com a realidade brasileira (Claudio, preceptor).

Os residentes são avaliados trimestralmente. O processo de avaliação dos residentes é realizado em duas etapas. Na primeira delas, os preceptores responsáveis preenchem fichas de avaliação nas quais são priorizados aspectos como: frequência, interesse, habilidade com diagnóstico e desenvolvimento teórico, entre outros. Essas fichas são encaminhadas aos coordenadores, que fazem uma reunião de avaliação.

A segunda etapa da avaliação visa efetuar uma “devolutiva” para o residente, no sentido de que esse tenha conhecimento dos aspectos em que deve investir para melhorar.

E chamo individualmente aí nessa conversa eu pergunto como ele tá se sentindo, o que ele tá achando, se é isso mesmo, se tá... Quais as dificuldades. Primeiro eu peço que residente faça uma avaliação de como ele tá na residência, depois eu dou uma devolutiva pra ele do que a reunião e mais a ficha de avaliação concluiu a respeito dele, digo alguma coisa, sugiro... Geralmente o objetivo dessa devolutiva é apontar onde é que tá o problema – se existe - e tentar resolver, né? Apontar como ele pode melhorar e mostrar como os professores estão vendo o desenvolvimento deles (Maíra, preceptora).

A avaliação é basicamente qualitativa, não sendo enfatizados sistemas de notas e médias. A devolução ao residente é dada pela coordenadora, que relata que, devido as minúcias do processo avaliativo, que demanda bastante esforço e tempo da coordenação, essa vem ocorrendo duas vezes por ano apenas.

A gente faz reuniões, a ideia era fazer três avaliações por ano... A gente não tem conseguido fazer, tem conseguido fazer duas. Porque a devolução... Eu to terminando de dar a devolução agora da avaliação que a gente fez no final de junho. Faltam ainda uns 3, eu acho. Porque são 18 e eu dou individualmente pra cada um, eu converso (Maíra, preceptora).

Não consegui dados substanciais sobre as políticas pedagógicas e metodologias de ensino, seja nos relatos seja nos documentos que me foram apresentados. Ao que me pareceu, esses aspectos não foram considerados centrais nem para a implementação do programa nem para

a confecção de ementas de disciplinas. Também não tive acesso a nenhuma ementa ou programa de disciplina – essas são realizadas a critério do professor e, pelo que eu pude ver, não são disponibilizadas para os residentes. Mara me disse que fez uma ementa logo no início da residência, quando foi ministrar sua disciplina pela primeira vez, mas que depois disso não precisou mais usar esse tipo de documento para a realização das aulas.

Quando no início da residência, os residentes são orientados sobre como proceder em um contato inicial com o paciente e quais aspectos focar em uma abordagem de investigação diagnóstica e terapêutica psiquiátrica. As especificidades da prática da profissão, como aprender uma entrevista diagnóstica psiquiátrica e realizar o exame do estado clínico são aprendidas durante as supervisões e na própria prática. Questões quanto à postura clínica, aspectos éticos do profissional são aprendidos principalmente a partir do exemplo interiorizado a partir da prática dos supervisores.

À exceção do auditório do Centro de Estudos do IPq/SC, a residência não conta com espaços físicos destinados ao estudo. As aulas são ministradas em consultórios ou salas de reuniões, mas me parece que se consegue manter uma boa organização dos espaços físicos utilizados. Os dias de cada aula são combinados previamente com os preceptores, que dão suas aulas intercalando as supervisões.

As diferentes abordagens presentes na residência são abordadas pelos preceptores com suas respectivas tendências, de maneira mais ou menos harmônica, mas havendo situações conflitivas que são consideradas importantes para o aprendizado:

Então a gente pensa nessas duas coisas junto... Às vezes a gente quebra o pau ali dentro no caso clínico, mas isso é bem... Às vezes a gente briga, o André [preceptor] é muito enfático nas colocações dele, né? Então, ele defende muito a psicanálise, então ele faz interpretações... E eu também às vezes faço isso, e às vezes tem um colega que defende a bandeira da coisa biológica e tal, e aí às vezes a gente... Enfim, vira uma discussão um pouco mais calorosa, e os residentes... Acho que é bom pros residentes verem isso porque veem, assim, que não tem um ponto de vista só, tem mais de um (Tânia, preceptora).

Através dessas discussões, entende-se que o residente ficaria mais bem preparado para lidar com essas mesmas questões que existem

na realidade psiquiátrica atual. Essas discussões serviriam de bases de argumentação teórica para filiação a um dos lados ao mesmo tempo em que situam a psiquiatria nesse contexto mais amplo, onde as duas abordagens tendem mais a coexistir, mesmo que não tão harmoniosamente.

Conforme já discorrido, a residência tem sua maior carga horária voltada para as atividades hospitalares, local que desde a sua origem concentra a maior parte das atividades de ensino de Medicina (Foucault, 1990; 1994). A carga horária de atendimento ambulatorial do HU – convém ressaltar que embora se localize em um hospital, a característica do serviço no HU é ambulatorial – segue como a segunda maior do programa. Menores créditos são atribuídos à psicodinâmica, Postos de Saúde e CAPS e um número restrito de horas é dispendido nas atividades de plantão. Como não há outro serviço de atendimento a emergência psiquiátrica no Estado além do IPq/SC, a carga horária dos residentes é ínfima nessa atividade mas, de acordo com o residente Tiago, a pouca existência de serviços de plantão no Estado infere que esse não é o enfoque que se espera ensinar o residente já que essa é sua menor área de atuação.

Um ponto ressaltado por Bonet (2004) que gostaria de trazer em discussão aqui se refere à ideia de que em biomedicina o caminho que conduz o estudante à profissionalização passa pela constituição de uma identidade profissional “fria” a partir da prática de residência (Bonet, 2004). Em minha permanência em campo não pude dispor de maiores dados que confirmariam ou refutariam tal pressuposto, mas tive a oportunidade, como já relatado, de conversar com residentes em dois momentos espaçados pelo intervalo de tempo aproximado de um ano. Entre o que pude observar, percebi algumas mudanças de posturas: um viés mais psicodinâmico tendendo a uma postura mais clínica em um relato, uma postura mais conformista com a dinâmica do sistema em saúde apontado por outro residente. Mas nos relatos observa-se uma tendência de que, com o passar do tempo e com o acúmulo de experiências, essas serem cada vez mais naturalizadas e causarem menor impacto.

O excesso de trabalho e a falta de tempo surgiram aqui, assim como no trabalho de Bonet, como aspectos que justificam o distanciamento subjetivo/emocional por parte dos médicos. Bonet (2004) aponta que a falta de tempo não se refere apenas a consultas médicas, mas que se desdobram para uma falta de tempo para refletir e

se envolver – ou mesmo uma falta de tempo para desenvolver capacidade para isso.

Acho muito difícil com falta de tempo fazer isso. Você percebeu que eu to batendo muito nisso, no tempo, né? Porque esse é um fator limitador. O psiquiatra ele... Quando ele gosta do que faz, e geralmente eles gostam, ele não atende rápido o paciente porque quer... Se ele tiver mais tempo ele vai fazer um serviço muito melhor (Alexandre, preceptor).

A falta de tempo para um atendimento considerado ideal somado à demanda maior do que poderia suportar é considerado um dos maiores entraves para a prática psiquiátrica. Contudo, gostaria também de pensar como essa falta de tempo não pode também servir para justificar um distanciamento com questões políticas e subjetivas da prática psiquiátrica e evitar, assim, um maior contato com questões emocionais que poderiam prejudicar a habilidade técnica do psiquiatra. Nesse sentido, Bonet argumenta que o processo de “endurecimento” subjetivo dos residentes - que culmina com uma postura indiferente e fria do médico formado - consiste em um processo de defesa necessário ao profissional para que ele possa atuar com o menor custo emocional possível (Bonet, 2004).

A ideia de estar em um hospital psiquiátrico pela primeira vez e depois de um ano é relatada como sendo bastante diferente pelos residentes com quem conversei e entrevistei nessa pesquisa. Para os profissionais da área, considera-se que se acostumar com essa realidade é, inclusive, base para a própria ação psiquiátrica.

A gente vai no hospital psiquiátrico e não se espanta mais como no primeiro ano. Esse é um outro problema. No começo a gente se abala, depois começa a achar normal... A loucura é nosso dia-a-dia, né? E aí a gente começa a achar a loucura normal, né? Normal no sentido de que não traz pra gente espanto. Isso pra quem é de fora, pra quem não tá acostumado, acha que só o fato de a gente lidar com normalidade espanta: “o cara é louco. A mulher fala que tem uma voz falando pra ela se matar e o cara pergunta se é voz de homem ou de mulher! Como assim?”[ri]. A gente tem que se afastar também, não pode aproximar tanto, tem que ter um certo distanciamento pra poder ajudar. A pessoa fala que vai se matar, eu tenho que pensar o que eu posso fazer com ela, não posso entrar em pânico (Rodrigo, residente).

Tive a oportunidade de coletar alguns poucos (especificamente, quatro) relatos de residentes em dois momentos distintos da residência que foram espaçados pelo período aproximado de um ano, além de conversas que vim realizando com residentes desde então. Infelizmente, o tempo de pesquisa é curto para uma análise desse tipo, mas não percebi grandes mudanças nesses residentes de um ano para outro, mas a maior parte dos residentes relatou sentir uma diferença quanto à perspectiva em relação à psiquiatria. Além disso, uma naturalização do cotidiano com a loucura foi referida como resultado do contato com essa realidade mas, principalmente, como necessária à uma postura terapêutica mais eficaz:

Tem um conceito que é capacidade de continência, capacidade de abraçar o que o paciente traz pra ti. Tu precisa ser capaz de, ter uma capacidade de contenção, conter as coisas. Se o cara te fala as coisas pesadas e tu se desespera, tu não poder ajudar ele. Tu precisa conter, segurar pra poder fazer alguma coisa, se tu se desespera com ele tu não vai poder ajudar ele... Uma habilidade de lidar com situações adversas sem desesperar (Rodrigo, residente).

Bonet (2004) aponta que na formação da residência em geral preza-se o foco na habilidade, aquisição de técnica e demais aspectos técnico-científicos valorizados pelos pares. Nesse processo, a autor aponta uma diferença entre residentes e profissionais formados e aponta que a aprendizagem também funciona como forma de construir uma “carcaça protetora” ainda ausente nos profissionais no início da formação.

Alguns preceptores com quem conversei referem também uma espécie de “inocência” nos residentes que é ao mesmo tempo estimulada e combatida. Entende-se que o período em que ocorre a residência é um tempo no qual o residente tem a possibilidade ainda de manter certa inocência precisamente por contar com uma supervisão para conter possíveis efeitos adversos dela, como se fosse uma criança cuja inocência possibilitasse um maior acesso ao paciente ao mesmo tempo em que o tornaria passível de manipulações por parte desse. Um relato sobre a questão envolvendo perícia médica pode elucidar um pouco isso:

Às vezes pacientes encontram barreiras conosco, médicos mais experientes, e recorrem aos ambulatórios dos residentes. Como eles [os residentes] estão em formação, eles são

orientados – e acho que é saudável assim – a ter uma abertura maior pra ouvir o que o paciente tem a nos contar como verdade em si e não fazer pré-julgamentos, se o paciente eventualmente poderia estar induzindo uma reação do médico examinado, poderia estar simulando um sintoma, ampliando a gravidade do que está sentindo... Então em um primeiro momento, enquanto eles estão atendendo sob supervisão da gente, que eles aproveitem esse tempo pra ter um contato real com o paciente... (Álvaro, preceptor)

Os esforços por uma formação mais técnica também vão ao encontro do que Bonet aponta como uma aniquilação do ser humano no profissional médico: para poder ter a postura clínica endurecida desejável, é extremamente necessário que o profissional não se abale. E como o não se abalar depende do próprio sucesso do tratamento, tirar o que é humano do profissional é o mecanismo para se obter uma maior excelência de resultados – como se a desumanização fosse um processo proporcional à competência. Nesse sentido, Bonet se questiona do “quanto se deve à falta de tempo e quanto à ideia de que o ‘humano’ não influi no tratamento” (Bonet, 2004, p. 146) esse mecanismo de endurecimento dos profissionais da biomedicina. Os aspectos humanos, mesmo em psiquiatria, são considerados como atenuantes que devem ser melhor treinados. Como a excelência do tratamento é conferida ao aspecto técnico e não do humano, observamos uma valorização do profissional médico em detrimento do humano.

Assim, considera-se que o processo de profissionalização é em si um processo de incorporação da técnica e, no caso da biomedicina, a separação do “profissional” do “humano” é uma das técnicas aprendidas na profissão. A falta de tempo, nesse sentido, pode funcionar como um dispositivo que possibilita e justifica o desenvolvimento dessa técnica sem que aspectos subjetivos negligenciados possam vir a tona.

Entre os sujeitos nessa pesquisa, no entanto, encontrei alguns relatos sobre a importância de se fazer terapias alegando, conforme prega a lógica psicanalítica, de que o terapeuta precisa se conhecer e conhecer os próprios limites para ajudar o outro. Nesse sentido, a psiquiatria é uma disciplina que precisa de um envolvimento maior do que nas demais especialidades, e esse envolvimento é vivenciado enquanto um conflito que pode ser resumido nesses termos: por um lado tem-se a exigências técnicas de preparar o profissional e por outro a exigência de uma flexibilidade imensa para compreensão do paciente. Não encontrei nada em campo que me fizesse pensar que esse conflito

esteja próximo a alguma forma de superação. Essa situação conflitiva também parece ser constituinte da própria psiquiatria enquanto ciência e prática atualmente (Aguiar, 2004).

### *2.3 Considerações sobre esse capítulo*

Essas questões foram levadas a cabo pensando a residência em psiquiatria inserida no contexto atual e em diálogo com discussões sobre a formação em saúde mental. De forma geral, sou da opinião que esses programas mais têm em comum do que estão distantes se tomarmos por foco a ausência de uma ação que pense mais contextualmente suas práticas do que isoladas em suas perspectivas, seja elas em consultórios, CAPS ou hospitais. Depois de 10 anos de implementação da Reforma Psiquiátrica e do tanto que se caminhou rumo a uma sociedade mais democrática, está mais do que na hora de rever os entraves, sob o risco de a Reforma cair na monotonia polarizada da exceção:<sup>24</sup> esperando os internos não precisarem mais do hospital, esperando que as famílias queiram se responsabilizar, esperando que os CAPS sejam implementados como manda a cartilha.

Em suma, acredito que é preciso deixar os profissionais perderem sua “ingenuidade” e atentar para a realidade em que estão inseridos, para os mecanismos que os conhecimentos são produzidos e a qual preço; é preciso não mais se deixar levar por uma suposta “asepsia do saber psiquiátrico” (Amarante, 2010, p. 105) e perceber o mundo que existe para além dos muros e também para além das redes.

Podemos perceber que a formação em psiquiatria no IPq/SC está inserida meio a inúmeros fatores contextuais que podem ser bastante problemáticos – e que, de certa maneira, vem sendo problematizado tanto pela literatura que abrange mais amplamente questões relativas à “saúde mental” como pela própria psiquiatria, que passa a se posicionar frente às inúmeras críticas que tem recebido e também marcando seu posicionamento frente à essa nova realidade (no Brasil, pós Reforma Psiquiátrica) na qual sua prática está inserida.<sup>25</sup>

Muitas dessas questões podem ser vistas a partir de uma análise do que está sendo enfatizado na formação na residência do IPq/SC, como procurarei mostrar no próximo capítulo a partir de uma discussão

---

<sup>24</sup>Agamben (2002).

<sup>25</sup> O Parecer CFM nº 1/11, por exemplo, estabelece uma crítica ao sistema capsêntrico, argumentando que esse se apoia em diretrizes inconstitucionais, contrárias à leis vigentes e que esse seria antiético em sua proposta de atendimento aos pacientes (CFM, 2011).

sobre as particularidades do ensino e prática de diagnóstico em psiquiatria. A partir do relato de residentes e preceptores, pude perceber que a prática e o ensino do diagnóstico em psiquiatria, embora dotados de uma perspectiva principalmente técnica, deixam ver aspectos mais amplos no que se refere ao exercício e ensino dessa profissão, como será discorrido a seguir. Na sequência, o capítulo quatro procurará trazer elementos dessa discussão para um plano mais amplo de análise, desvinculado da questão sobre o diagnóstico.

Nos próximos capítulos, assim, serão abordadas mais especificamente questões que se mostraram centrais nos relatos sobre o aprendizado de psiquiatria: relatos sobre aprendizagem dos modos de realizar um diagnóstico (tema que se mostrou com uma centralidade técnica e será discutido no próximo capítulo) e discussões com caráter mais político sobre o contexto em que a psiquiatria está inserida atualmente, que será discutido no capítulo quatro.

### ***Capítulo 3: Relatos e considerações sobre o aprendizado do diagnóstico em Psiquiatria***

O ensino e a prática de diagnósticos se mostraram como sendo um dos aspectos de maior relevância no ensino de psiquiatria e na experiência de residência. Nesse capítulo, serão enfocados os relatos dos residentes e psiquiatras sobre o modo como o diagnóstico é ensinado e os principais temas subjacentes à sua prática.

O processo de aprendizagem de diagnóstico tem um aspecto central na formação do psiquiatra uma vez que é a partir das minúcias que envolvem esse processo que a prática psiquiátrica centra seus esforços. Como veremos aqui, não se trata simplesmente de “fechar” ou não um diagnóstico, mas de todo um processo que, em sua complexidade, acabam por definir as ações terapêuticas do profissional em questão.

De acordo com os relatos, de modo geral o processo de realização de diagnóstico em psiquiatria é realizado em dois momentos. Em um primeiro momento, no contato inicial com o paciente, é realizada a anamnese<sup>26</sup> seguida ao “exame do estado mental”, procedimento em que se observam características gerais do paciente, se ele aparenta “sobriedade”, se há congruência entre o que fala e o modo que fala, se tem tiques involuntários, se aparenta ansiedade, etc. Em suma, é realizada uma avaliação inicial sobre o modo que o paciente se apresenta. Nesse momento inicial também é realizado um levantamento da história do paciente em relação aos sintomas, no qual o médico/psiquiatra procura avaliar aspectos que pareçam mais centrais e emergentes dentre as queixas do paciente.

No primeiro momento, numa primeira consulta, o residente faz toda a anamnese do paciente, exame físico do estado mental, aí ele tem a supervisão e relata como foi essa anamnese, como foi esse exame, aí a gente [preceptor e residentes] discute o caso. Identificando que está faltando alguma informação ele vai voltar ao consultório com o paciente e vai completar aquela primeira avaliação (Eduardo, preceptor).

Na primeira consulta você tenta recolher informações, históricos, fazer um diagnóstico sindrômico para

---

<sup>26</sup> Exame clínico que o médico realiza no primeiro contato com o paciente.

começar a pensar no diagnóstico. Com a história e acompanhamento do paciente que você vai ter mais certeza (Márcio, residente).

Findo esse primeiro momento, dois tipos de procedimentos acontecem de maneira simultânea: o tratamento é iniciado, geralmente medicamentoso, visando atuar nos sintomas que o paciente manifesta ao mesmo tempo em que se levantam hipóteses diagnósticas que deverão ser confirmadas ou refutadas ao longo do tratamento.

De um modo geral, os relatos apontaram para a vigência de duas abordagens diferentes no ensino e prática de diagnóstico em psiquiatria. Uma delas, que eles chamam de *psicopatológica*, é baseada na fenomenologia e tem como ideia principal a descrição fiel dos sintomas e dados que o paciente apresenta, a fim de ter uma abordagem inicial de onde partir para efetivação do diagnóstico. A outra é a abordagem dos manuais, a saber, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e a Classificação Internacional das Doenças (CID) – mais especificamente, o DSM IV e o CID 10.

E termina com isso, tu levanta um quadro sindrômico, abre uma hipótese diagnóstica a inicia o tratamento a vai avaliando a resposta (Rodrigo, residente).

O quadro sindrômico é baseado no exame do estado mental e no histórico do paciente, é o que você está vendo naquele momento. Quais são os sintomas que preponderam no quadro. Por exemplo, uma síndrome depressiva: pode ser uma depressão, pode ser um hipotireoidismo, pode ser um transtorno bipolar... Tem a síndrome, que não fala muito, e tem as hipóteses mais específicas que podem justificar a síndrome. A síndrome tu vai usar a história clínica e dinâmica, né, o estado mental, pra fechar. E as hipóteses tu vai ter que ir em critérios... (Vitório, residente)

Embora elas ocorram de modo quase simultâneo na prática, essas abordagens diferem bastante entre si. Além disso, uma compreensão a partir de fatos psicodinâmicos – inspirados na teoria psicanalítica – é muitas vezes referido como essencial para

compreensão maior do “quadro”<sup>27</sup> do paciente ao mesmo tempo em que ambas as abordagens visam um enfoque “ateórico”, como será discutido adiante.

A seguir, procuro discorrer e discutir como essas questões são trazidas pelos sujeitos dessa pesquisa. Primeiro, elencando as especificidades de um diagnóstico em psiquiatria. Em seguida, discutindo as questões técnicas envolvendo a abordagem psicopatológica e dos manuais e, por fim, trago em discussão os pontos apontados pelos sujeitos de pesquisa sobre as implicações políticas do diagnóstico em psiquiatria.

### *3.1 As especificidades de um diagnóstico em psiquiatria*

Para a maior parte das pessoas com quem conversei no campo, a questão do diagnóstico em psiquiatria foi narrada por sua peculiaridade em relação às demais áreas da medicina por algumas razões que procurarei mostrar aqui. Primeira delas, devido ao fato de que na psiquiatria o diagnóstico não é realizado necessariamente antes de se iniciar um tratamento. De acordo com os sujeitos dessa pesquisa, o tratamento pode se iniciar apenas pelo quadro sintomático e não apenas após a confirmação de um diagnóstico, como a maior parte das especialidades médicas quando em situações não emergenciais. Em segundo lugar, o diagnóstico é feito ao longo do tempo, sendo considerado “transversal” e também “flutuante”, visto que pode variar ao longo do tempo de tratamento. E, por fim, a diferença mais marcante, o diagnóstico é realizado de modo estritamente “clínico”, não havendo exames comprobatórios para identificá-lo – no máximo, exames físicos que neguem hipóteses de doenças outras que não da ordem psiquiátrica, como hipotireoidismo ou transtornos neurológicos. Ou seja, quando existe um exame, é um diagnóstico realizado por exclusão.

#### 3.1.1 Tratamento sintomático

Para muitos dos residentes e preceptores, o início do tratamento, geralmente medicamentoso, é considerado como não relacionado à postulação de um diagnóstico, uma vez que o

---

<sup>27</sup> Expressão utilizada pelos médicos para se definir à situação geral do paciente.

medicamento visa atuar no sintoma e não no transtorno propriamente dito.

O remédio vai tratar o sintoma na hora e que vai estar indo pra outro lugar... A gente vê que é uma coisa assim mas não é radical, assim, ao mesmo tempo o problema que está tendo ali, mesmo a gente não sabendo o que é, tentando entender, a gente já vai estar ajudando. (Lucas, residente)

Considerar que o tratamento é sintomático implica considerar que o diagnóstico não é essencial para iniciar o tratamento. Da mesma forma, o tratamento sintomático poderia deixar claro que não se ataca a causa da doença, mas tão somente seu sintoma. Mas a causa da doença não está explícita e tampouco é consenso dentro da psiquiatria.

Felizmente na psiquiatria nós temos essa possibilidade: nós podemos abordar o paciente e perceber quais são as áreas sintomáticas mais críticas e ir tratando essas áreas pra não permitir que o paciente fique sofrendo em vão enquanto nós trabalhamos na compreensão dele. E isso vai nos dando laço, segurança, no contato e na confiança que se cria, pra gente ganhar tempo e trabalhar mais ao longo prazo do paciente. Então nós podemos fazer as duas coisas: ir tratando o paciente na mesma medida que nós vamos compreendendo o que nós estamos tratando. (Carlos, preceptor).

No geral, esse procedimento traz a ideia de que o que está sendo tratado não é uma doença, mas uma pessoa que em determinado momento da vida apresenta determinados sintomas:

Tem que ir investigando e tem que ir vendo. E muitas vezes a gente vai medicar não pra tratar uma doença, mas uma pessoa que tem sintomas, que a gente tem uma hipótese diagnóstica... (Daniel, preceptor).

Outra questão que apareceu foi o cuidado para avaliar se o uso de medicamentos encobre determinados sintomas, fator que dificultaria o diagnóstico:

Tem que cuidar às vezes em não medicar pra não nublar as funções mentais e prejudicar os possíveis diagnósticos. Você pode ver como a febre, que a febre é apenas um sintoma e que, se apenas suprimida, você pode só mascarar a doença em vez de descobrir sua causa e origem (Guilherme, residente).

### 3.1.2 Diagnóstico “longitudinal” e “subjetivo”

O processo de efetuar um diagnóstico pode ser resultado de meses de trabalho, criação e refutação de hipóteses, processo terapêutico (Terapia Cognitivo Comportamental e Psicodinâmica, no caso) e uso de diferentes tipos de medicamentos, avaliando suas respostas. Os diagnósticos a princípio são tratados antes como uma hipótese diagnóstica, de maneira que não são considerados definitivos.

O diagnóstico é uma coisa tão séria que deveria ser o último passo da avaliação. E último passo, na psiquiatria, poderia demorar meses de continuadas abordagens do paciente pra gente ter uma clareza maior (Carlos, preceptor).

Além disso, é referida a necessidade de consultas longas a fim de obter maior vínculo com o paciente, fator que nem sempre é possível nos serviços públicos de saúde nos quais que a residência ocorre devido à pressão por atendimentos rápidos para dar conta de uma demanda maior do que o suportado pelos serviços.

Nós temos necessidades de entrevistas longas, nós não podemos nos contentar com avaliações rápidas como as exigidas pelas pressões sociais, que nós definamos o diagnóstico do paciente, o tratamento imediatamente, o que fazer e o encaminhamento... (Carlos, preceptor)

Esses atendimentos mais longos são considerados tanto um diferencial da psiquiatria em relação a outras especialidades médicas como condição mesma da prática da disciplina, que, entende-se, não pode ser realizada de outra forma.

O diagnóstico tem que ter muita calma, a primeira consulta tem que ter muito tempo... Muitas vezes é difícil levar esse tempo, a maioria das vezes uma boa

consulta inicial leva em torno de duas horas, essa é outra especificidade da psiquiatria... Não desmerecendo, mas a maior parte das outras especialidades com no máximo uma hora de consulta já consegue, a psiquiatria precisa de mais (Márcio, residente).

A necessidade de um maior tempo no consultório, seguida da necessidade de tratamentos demorados, que não raras vezes se estendem por meses ou mesmo anos, consiste em um ponto importante do diferencial da disciplina por essa conceber esse tempo como essencial, e não optativo, para efetivação do diagnóstico e tratamento.

O diagnóstico não é longitudinal, é ao longo do tempo. As pessoas tem aquela perspectiva de que uma ou duas consultas vai sair medicando e as vezes não é bem assim. A gente vai acompanhando o paciente, o correto, né? Vai avaliando as características dele, a gente se baseia na CID e no DSM que tem critérios diagnósticos... E com a familiaridade, com o passar do tempo, a gente vai pegando um tato pra essas coisas assim, por exemplo: o modo como a pessoa fala, se veste... (Noel, residente).

A psiquiatria só pode existir a longo prazo, situações emergenciais são apenas início ou parte de um processo que tem muitas nuances. Esse entendimento, no entanto, não parece ser compartilhado pelos pacientes que, segundo os médicos com quem conversei, apresentam no geral certa ansiedade para saber o que têm e, principalmente, sentirem-se curados.

Na verdade, você recebe a pessoa e vai ver qual a demanda, né? E é bem comum já no primeiro contato ela: “que que eu tenho?”. A gente se limita a dizer: “pode ser isso, aquilo”... Se uma pessoa chega, não tiver essa demanda, não perguntar nome, né, a gente vai estar tratando, vendo no que pode ajudar, inclusive até medicando sem dar um diagnóstico [...] Então fica várias consultas sem precisar estar botando um título praquilo ali. Mas pela própria demanda da pessoa, ela não vai aguentar muitas sessões sem saber o que tem: “não, eu quero um nome!” (Lucas, residente).

Não é tão só rotular, também, dá pra fazer uma descrição com os diagnósticos: um quadro depressivo com características de pânico [...] Agora a minha tendência maior, assim, é estar tendo dificuldade de botar um diagnóstico, uma classificação, eu prefiro realmente estar fazendo uma descrição. Na verdade volta no diagnóstico porque a pessoa mostra bem o que está mais incomodando. Muitas vezes vai mudando depois de alguns meses, isso não quer dizer que o diagnóstico estava errado, são faces do problema que estão se mostrando de outra forma... (Lucas, residente).

Convém ressaltar, porém, que esse procedimento não é padrão e tampouco é garantia de resultados. A psiquiatria é uma disciplina clínica e, como tal, toma por base a experiência em cada caso particular - inclusive a experiência do médico, que precisa ser treinado para tal prática. Dessa forma, um atendimento prolongado não é garantia, também, de um diagnóstico objetivo e nem de um tratamento completamente eficaz, é apenas mais comum que, na prática,

Não raro a gente atende um paciente ao longo de meses no ambulatório e o diagnóstico não fica fácil, não fica óbvio, muitas vezes os diagnósticos são refeitos ao longo do tempo, seja por quantidade e qualidade da coleta de informações, seja pelo quadro clínico se mostrando cada vez mais completo ao longo do tempo ou mesmo de modificar a apresentação do problema de saúde com o decorrer do tempo. E as vezes o paciente fica internado agudo por pouco tempo e consegue fechar um diagnóstico bem claro porque se conseguiu coletar informações do paciente, fazer uma observação do estado mental... (João, preceptor)

### 3.1.3 Ausência de exames

A ausência de exames laboratoriais é referida como um grande diferencial na realização de diagnóstico em psiquiatria, fator esse que mais a aproxima da “arte médica”, termo nativo utilizado para explicar os aspectos clínicos complexos que envolvem a prática da medicina.

A gente não tem nenhum exame de imagem que mostre problema psiquiátrico, a gente não tem nenhum laboratório que mostre problema psiquiátrico, a gente trabalha só com o exame psiquiátrico clínico, o exame, a entrevista, basicamente... Nem exame físico a gente tem! (Laura, preceptora)

Em alguns casos, exames de outras especialidades são recomendados, mas esses consistem em excluir possibilidades que não psiquiátricas no diagnóstico. Nesse caso, o processo diagnóstico se inicia por um processo de exclusão, o chamado diagnóstico diferencial.

E assim, nós não temos exames pra fazer. O diagnóstico psiquiátrico em si não é de exclusão, mas tem que ser um pouco de exclusão, de uma boa revisão clínica, exames pra ver se não tem uma outra doença que pode estar levando ao quadro psiquiátrico... A colaboração de outras especialidades é fundamental. Porque a psiquiatria é arte médica, então, por exemplo, da endocrinologia, neurologia... Tireóide, alguma doença neurológica, endócrina... Tem muitas doenças que fazem quadro psiquiátrico. Tem que ser bem prudente no diagnóstico. E não esquecer a arte médica, investigar bem as outras partes – não precisa tratar as outras partes mas tem que atentar pra isso, é fundamental (Márcio, residente).

Esses fatores encontram-se profundamente relacionados na prática e ensino da psiquiatria. A ausência de exames comprobatórios associada à ideia de um processo diagnóstico longo e cujo tratamento é baseado nos sintomas nos levam a observar outro ponto, que na prática a hipótese diagnóstica parece ser finalmente confirmada quando o medicamento funciona.

A gente coloca diagnóstico não especificado aí vai acompanhando ele lá quando ele estiver internado e vai vendo as características dele. Por exemplo, a gente põe um antipsicótico pra ele – a gente sabe que ele tá psicótico no momento, não sabe as causas ainda inicialmente. Porque um esquizo, um bipolar, pode estar falando excessivamente, pode estar desmaiando, pode estar querendo agredir... Então é difícil discernir

ali. Com o passar do tempo você vai acompanhando um paciente com um antipsicótico, como eu te falei. Se a gente entender que ele tem um quadro maníaco, por exemplo, de um transtorno bipolar: aí você vai fazendo uma retirada dessa medicação e colocando um estabilizador de humor. Então é esse processo, geralmente é longitudinal, ao longo dos dias, não é transversal, não é no dia. Pra que você tenha mais amparo pra você se basear (Noel, residente).

Diagnóstico não tem exame, vai pelo perfil do paciente, examina, descarta coisa orgânica. Por exemplo, o paciente chegou psicótico, você não consegue coletar história, não sabe nada dele... Você vai acompanhando ele é diferente de pedir uma glicemia, ver que é diabetes e tal. Não tem isso pra fazer. Vai acompanhando e conforme o paciente dele tu vai direcionando pra um diagnóstico ou pra outro (Liandra, residente).

A ausência de um exame físico diagnóstico na psiquiatria não é novidade e já foi discutida por diversos autores, sobretudo por Foucault (1995). Contraposta à nosologia médica, que realiza diagnósticos correlacionando sinais e sintomas, a psiquiatria geralmente faz um caminho investigativo inverso e, não tendo lesões em que se basear, os sinais passam a ser os sintomas (Camargo Junior, 2003).

Nesse sentido, convém questionar se, pelo fato de o medicamento ser dado de maneira sintomática, esse não serviria também como um procedimento informal de realização do diagnóstico também por exclusão, pelo menos em alguns casos.

Em seus estudos sobre a farmacoterapia, Bittencourt efetua uma análise dos livros textos ao longo de suas edições e discute sobre como muitas vezes “o uso terapêutico de drogas ainda é realizado com bases empíricas” (Bittencourt, 2010, p. 142). A autora enfatiza como, no processo de construção do livro-texto<sup>28</sup> que serve de base para o ensino de farmacologia nas escolas de Medicina (servindo também como fundamento do conhecimento médico), a abordagem de temas relacionados aos medicamentos ocorre alguns anos após a realização de estudos e introdução na prática clínica. Nas palavras da autora,

---

28 Goodman e Gilman. As bases farmacológicas da terapêutica. Ver Bittencourt (2010).

Essa é uma característica citada pelos próprios autores no início do livro, lembrando que o conhecimento científico está em constante mudança, e o tempo necessário para a pesquisa daquilo que vai ser inserido no livro acaba por não refletir os acontecimentos do momento em que o livro é editado, mas sim o que aconteceu alguns anos antes (Bittencourt, 2010, p. 277).

Para a autora, “a farmacologia está subordinada à prática clínica: são os critérios clínicos que impulsionam o desenvolvimento da farmacologia, e não o contrário” (Bittencourt, 2010, p. 279).

No que se refere à produção do livro-texto, a autora discute sobre como esse foi alvo de inúmeras mudanças discursivas ao longo dos anos e que essas, omitidas nas edições mais recentes, acabam por embasar atualmente a ideia de uma prática psiquiátrica que é essencialmente medicamentosa, diferente das primeiras versões que apontavam a importância de considerar aspectos morais e sociais do indivíduo. Interessante notar que ao mesmo tempo em que é a prática clínica que dita os aspectos técnico-científicos a serem instituídos pelo livro-texto, esse também vai se constituir em uma das principais fontes de aprendizado biomédico (Bittencourt, 2010).

Ao mesmo tempo que os próprios autores do livro-texto apontam que “a área de pesquisa farmacológica que procura os mecanismos de ação das drogas é uma das mais fascinantes e mais difíceis” (Bittencourt, 2010, p. 142), Bittencourt demonstra como as explicações farmacológicas de substâncias que atuam no sistema nervoso central são realizadas de forma diferente com o decorrer dos anos e com os ditos avanços na área, como a descoberta dos receptores celulares e neurotransmissores e com a emergência de novas teorias. A prescrição do medicamento para tal finalidade, no entanto, já tinha sido consolidada pela experiência empírica e é muito mais tendo em vista essa tradição do que à soma das novas explicações que esses medicamentos são prescritos (Bittencourt, 2010).

A autora ainda problematiza sobre o modo como a teoria da ação da estrutura química no organismo pode ser utilizada de maneira inversa na prática: “Se, por um lado, a farmacologia estuda esse aspecto e o torna disponível aos médicos, é possível que estes

julguem, a partir desse dado, possíveis ações no organismo” (Bittencourt, 2010, p. 140).

Ou seja, ao mesmo tempo em que muitas vezes o diagnóstico e o tratamento não seriam embasados pela teoria, mas pela tradição, eles também estariam atuando de maneira a recriar respostas aos medicamentos a partir da prática clínica e essa, por sua vez, contribui para a teoria, efetuando o caminho contrário do que é proposto (a teoria indicando uma explicação para exercer um diagnóstico e depois estipular um tratamento).

Dentre os sujeitos dessa pesquisa, o entendimento geral é que, de certa forma, “toda consulta psiquiátrica é diagnóstica, diferente da medicina em que, uma vez localizada a doença, cessa o processo de procura e se passa a tratá-la” (Luís, preceptor). Essa ideia acaba sendo um dos diferenciais centrais no que se refere à psiquiatria como uma prática (ou ciência) que não efetua simples estereótipos e reificações dos pacientes com transtornos, mas que se coloca como uma parte em um processo mais longo no qual diagnóstico e tratamento, simultâneos, podem se colocar além de simples classificações e procuram englobar o paciente enquanto uma totalidade de seu ser. Isso vai à contramão de muitas teorias críticas que vem sendo realizadas à prática da psiquiatria, sobretudo da psiquiatria biológica; depois do *boom*<sup>29</sup> de críticas que passou a receber a partir da década de 70, a Psiquiatria vem reclamando pra si um status mais condizente com as novas prerrogativas sobre sujeitos e tratamentos que se tem pensando em saúde pública. Contudo, essa perspectiva de englobar o paciente em sua totalidade se depara com outros entraves epistemológicos na prática da disciplina, como será discutido.

Ao mesmo tempo em que se relata esse viés de uma abordagem mais ampla do paciente, podemos notar uma tentativa de maior “respaldo científico” a partir da inovação tecnológica que permite exames neurológicos cada vez mais complexos e uma busca por fatores etiológicos comprováveis de acordo com parâmetros considerados mais estritamente “científicos”. Cabe questionar: se esses fossem considerados 100% seguros, substituiriam nuances clínicas do diagnóstico que tem caracterizado a psiquiatria? Ou o entendimento que se tem de psiquiatria e de

---

<sup>29</sup> Um pouco dessa discussão será retomada adiante. Para uma discussão maior sobre o tema, ver: Aguiar (2004), Amarante (1996); Andrade (2012), Gama (2012), Caponi (2011) e Foucault (2006).

mente humana é considerado em si por demais subjetivo para conseguir ser precisamente mapeado?

Aí entramos em outro dilema. Pros transtornos da medicina em geral, a gente tem possibilidade de usar medicamentos, de usar tratamentos, de checar, re- checar, pegar vários pacientes com o mesmo problema básico, aplicar o mesmo tratamento, obter as mesmas taxas de sucesso e reproduzir isso em vários lugares diferentes do planeta e conseguir basicamente os mesmos tipos de tratamento obtendo as mesmas taxas de cura. E na psiquiatria o que a gente vê é que isso tudo se torna menos definido, o campo se torna mais volátil, as certezas se esfumam... Porque nós estamos lidando com um nível do funcionamento do ser humano extremamente complexos, contraditórios e nós temos toda a nossa teoria de como surgem determinados impulsos, de que nós temos que necessariamente nos proteger para que ele não desorganizem a nossa vida de forma preocupante, e isso faz parte da dinâmica e das possibilidades da nossa existência (Carlos, preceptor).

Um ponto que parece passar despercebido na realização diagnóstica é que o serviço de triagem para o ambulatório do HU é realizado pelos residentes do terceiro ano semanalmente no Ambulatório de Entrada, Avaliação e Triagem e que nesse serviço os residentes efetuam uma análise geral do quadro, avaliam a gravidade do caso e a condição de encaminhamento. Após esse exercício diagnóstico realizado, pode ocorrer - em último caso, quando o paciente é considerado grave o suficiente para precisar de atendimento do ambulatório (mas não tão grave a ponto de necessitar de internação) - o encaminhamento para o Ambulatório de Psiquiatria. Quando no Ambulatório, o paciente é encaixado imediatamente em algum dia/ambulatório específico. Ou seja, por maiores que sejam os esforços de se manter um diagnóstico em aberto, a própria divisão por eixos que organiza o serviço ambulatorial já realiza um diagnóstico prévio. Mesmo que seja para um ponto de partida e que esse diagnóstico possa mudar, essa não é considerada a ocorrência mais comum. Dessa forma, mesmo sem um diagnóstico fechado formalmente, há uma clara divisão diagnóstica.

### *3.2 Procedimentos técnicos de realização de diagnóstico: a psicopatologia, os manuais e a psicodinâmica*

O processo de realização do diagnóstico foi relatado quase sempre como complexo e subjetivo. O procedimento usual para se efetuar um diagnóstico é levar em consideração dados diversos a partir desde a primeira impressão que se tem do paciente até a procura de hipóteses nos manuais passando pela avaliação do “estado mental” do paciente, o “exame clínico da psiquiatria” a partir de um processo dinâmico que, de acordo com o residente Guilherme, “é mais como um filme do que como uma foto”. De acordo com as respostas que o paciente tem com o tratamento pode vir a ocorrer mudanças também no diagnóstico, mudança essa que é considerada tanto em decorrência de mudanças no quadro clínico quanto por, devido ao tratamento, alguns aspectos do caso passarem a se tornar mais visíveis ou acessíveis ao psiquiatra.

A psicopatologia ela é o estudo daquilo que o sujeito de fato tá apresentando, assim: delírio, alucinação, depressão, tristeza... Avalia a parte de comportamento, mais ansioso, menos ansioso, postura do paciente, o auto-cuidado, a congruência entre o que tá relatando e o que tá sentindo, comunicação não verbal, como o paciente se porta... É a semiologia da psiquiatria, digamos assim. É o exame clínico da psiquiatria (Vitório, residente).

Ao passo que

o critério diagnóstico DSM nada mais são que listas de sintomas apresentados e que são identificados e que se o paciente apresenta ou não ele vai ter ou não aquele diagnóstico, assim. Não contempla muito a psicopatologia, assim. Ele coloca lá: se o paciente esteve deprimido por um período igual ou superior a tantos meses, ele é ou não é deprimido. Ou “se o paciente esteve com alucinações visuais ou auditivas por mais de 6 meses e essas alucinações tiveram prejuízo funcional, social, tal, tal, tal, tal e não estão relacionadas com o uso de drogas ou não são explicadas por outras doenças, então ele é esquizofrênico” (Vitório, residente).

De forma que é considerado como sendo “bem objetivo e as vezes restritivo” (Vitório), implicando inclusive que “as vezes você pode fazer um diagnóstico errado ou deixar de fazer um diagnóstico” (Vitório, residente).

De modo geral, foi relatado que os manuais serviriam como um guia, “um norte”, usado mais como uma diretriz do que levado a cabo literalmente – como, aliás, é proposto pelas próprias diretrizes do DSM IV (DSM, 1995). A seguir serão discutidos os procedimentos de realização de diagnóstico em psiquiatria a partir dessas especificidades técnicas (abordagem psicopatológica e “manuais”) e alguns de seus desdobramentos.

### 3.2.1 Exame do estado mental/ psicopatologia

A psicopatologia continua sendo uma essência da psiquiatria que não se deve perder nunca... Uma boa súmula psicopatológica é a principal ferramenta de uma avaliação diagnóstica bem feita (João, preceptor).

A abordagem fenomenológica baseada em Karl Jaspers é referida em alguns momentos para fundamentar a prática realizada no exame do estado mental. Por abordagem fenomenológica, os médicos com quem conversei entendem uma abordagem que procure contemplar uma

observação, descrição real fidedigna do que está sentido, como ele aparenta, como ele se descreve e se isso confere com o que ele aparenta... Sem se ater a critérios diagnósticos, observação e descrição do sujeito. É pra contemplar o que o cara tá apresentando ali independente do critério diagnóstico (Vitório, residente).

Em uma das conversas que tive com a preceptora Laura, essa pondera sobre as interpretações fenomenológicas e procura ressaltar como essa abordagem é utilizada de modo mais específico na psiquiatria:

Eu sei que vocês trabalham com conceitos bem mais amplos, vocês trabalham com conceitos mais amplos do método fenomenológico, não é o mesmo, o que que é o nosso: o nosso é bem mais restrito. Que que é a

abordagem fenomenológica: tu olha pro paciente e tu vai ver o que ele tem, o observador vai ver o que o paciente tem e ele vai descrever o que ele vê, tá? Usando pra isso os conhecimentos de psicopatologia que ele tem, né? O que é uma alucinação, é? O que é um delírio, é? Então a gente vai ver se o paciente tá delirando, se tá alucinando ... Que a gente chama de psicopatologia, né? Orientação, atenção, afeto, humor, pensamento, senso-percepção, é... Conduta, psicomotricidade, tudo isso é avaliado ponto a ponto, né? Aí ele escreve de forma que... Aí o que que ele vai fazer, ele vai fazer um diagnóstico (Laura, preceptora).

Assim como proposto desde a mudança no DSM III (Aguiar, 2004; DSM IV, 1995), o processo diagnóstico é tido como “ateórico”, ou seja, desvinculado de qualquer teoria e principalmente desvinculado da teoria psicanalítica, que teve uma presença importante enquanto base teórica na história dos Manuais Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSMs).<sup>30</sup>

Porque que é fenomenológico: porque a gente não vai perguntar o porquê. A gente vai observar e a gente vai descrever o que a gente observa. A gente vai perguntar o que o paciente tem, a gente não vai tentar descobrir o porquê – o porquê aí é a psicanálise que vai tentar entender. (Laura, preceptora)

Mais a frente, no capítulo quatro, retomo essa questão da procura de um viés “ateórico” relacionando a essa a procura de objetividade científica, além de discutir como a pretensão ateórica no caso toma por base uma (ou mais) teoria(s). Por ora, basta enfatizar que essa pretensão ateórica está sendo praticada e aprendida enquanto técnica de realização diagnóstica.

### 3.2.2 Os manuais

Após e/ou concomitantemente a realização do exame do estado mental, os psiquiatras e residentes relatam que associam as informações recolhidas com possíveis categorias diagnósticas, a

---

<sup>30</sup> Para uma discussão maior sobre isso, ver: DSM (1995); Aguiar (2004).

fim de formar hipóteses diagnósticas que devem ser avaliadas ao longo do tratamento, como discutimos anteriormente.

A elaboração dessas hipóteses diagnósticas seguem diretrizes classificatórias presentes em dois grandes manuais, a saber: a Classificação Internacional de Doença, décima edição (CID 10), mantida e publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Manual de Diagnóstico e Estatística de Doenças Mentais IV (DSM IV), que é o manual americano.

A influência dos manuais na residência e no processo de realização de diagnóstico pode ser visto na própria organização dos ambulatórios que, criados por e para a residência no HU, foram estruturados de acordo com a CID 10. Embora no Brasil a CID 10 seja o manual adotado oficialmente para diretriz documental para reportar registros oficiais, relatórios, atestados e demais documentos, o serviço de residência baseia-se em ambos os manuais, CID e DSM, de maneira complementar, para a efetivação dos diagnósticos. Apenas em questões documentais que o CID é priorizado.

A gente usa mais em documentação, em registro, por força legal, inclusive. Agora, o DSM continua sendo usado inclusive aqui nos nossos serviços (Joana, residente).

Em alguns casos, no entanto, o DSM foi relatado como mais presente na prática clínica:

A gente usa mais o DSM porque o DSM ele é mais categórico, ele tem as categorias e tem os critérios diagnósticos. Então quem tá começando a fazer psiquiatria precisa estudar o DSM, porque pega ali: “quais são os critérios diagnósticos pra depressão?” Lista ali. Tu tens que preencher desses oito tem que ter, sei lá, cinco positivo. É assim que o residente começa a fazer diagnóstico (Laura, preceptora).

De modo geral, esses manuais são considerados guias classificatórios que devem servir de auxiliar instrumental para a prática clínica e não um protocolo definitivo. Além disso, entende-se como prioridade desses manuais a padronização de determinados transtornos com objetivo de possibilitar entendimento entre os profissionais da área, tanto na prática (como,

por exemplo, em casos de encaminhamentos e preenchimento de documentos) quanto nas discussões de caráter técnico e acadêmico (DSM IV, 1995).

Ele serve como um guia, um norte, pra gente – porque como ele é universal, todo mundo usa, pra gente poder falar a mesma língua. Mas a gente tem que observar outros aspectos... Porque a psicopatologia ela contempla mais o sujeito, o que ele está apresentando... Não quero saber que tipo de sintoma ele tem, mas o que ele está apresentando. Ele tá hoje mais deprimido, menos deprimido, mais ansioso, menos ansioso (Vitório, residente).

O diagnóstico a gente segue critérios clínicos, a gente também contempla a fenomenologia e a psicopatologia, pra não ficar tão preso no DSM que é uma coisa, assim, empírica na verdade, um grupo de especialistas se reuniram e disseram que aquilo ali é o que define o transtorno mental. Então a gente usa como um guia mas a gente não se limita a isso (Vitório, residente).

Resumidamente, a formulação da hipótese diagnóstica se dá a partir de “um agrupamento de sintomas e ver como eles se encaixam” (Guilherme, residente) a partir dos critérios estabelecidos nos manuais.

Tu vai abrir, por exemplo, TET, Transtorno de Estresse Pós-Traumático;<sup>31</sup> tu vai abrir critério A, isso, isso e isso; critério B, isso, isso, isso; critério C... Tem isso? não tem? Transtorno de pânico com agorafobia, tem isso? E vai, acha que é transtorno de ansiedade generalizada, então vai lá. Então tá diante de ti um caso sindrômico de ansiedade e tu conseguir enquadrar ele em duas ou três hipóteses diagnósticas, aí tu vai ter que observar com o tempo, outras consultas, qual é a mais adequada, né? O que é muito sedutor e é um erro que a gente comete muito é na primeira consulta a gente querer fechar um diagnóstico... E que a gente vê que não dá, precisa de tempo e conhecer bem o paciente, e é a parte legal, conhecer o paciente, acompanhar... Tem

---

<sup>31</sup> Ver: DSM (1995).

que montar um quebra cabeça, você não vai dar um diagnóstico na primeira consulta... (Rodrigo, residente).

Desde a terceira edição do DSM esses manuais buscam um viés “ateórico”, caracterizado pela procura de um caráter mais descritivo do que interpretativo (como era marcado até então pela presença da teoria psicanalítica) na tentativa de se aproximarem de um viés mais objetivo que é considerado característico das áreas médicas (Aguiar, 2004). O estabelecimento de critérios mais ou menos fixos e delimitados, no entanto, não suprimem a presença de fatores subjetivos na utilização dos critérios manuais. De acordo com o residente Guilherme, por exemplo, o processo de realização de diagnóstico segue, para além da técnica, uma espécie de “feeling”, modos de abordagem aprendidos e desenvolvidos por cada profissional a partir da experiência construída no dia-a-dia.

Depende da prática, não tem orientação quanto a isso. Você vai vendo como os casos são, vai comparando com outros casos... Cada pessoa adoce de um jeito, mas de modo geral há semelhanças dos sintomas (Guilherme, residente).

Então tem critérios que a gente se baseia e clinicamente a gente vai pegando uma amostra tão grande de características – caso que destoa levemente de paciente pra paciente – mas assim, com experiência clínica também, você vai pegando experiência com a prática. Uma coisa é você ver na teoria e outra é ver na prática (Noel, residente).

Para Guilherme, esse processo de diagnóstico contém as sutilezas e minúcias de um procedimento que é técnico mas também artístico:

Isso é uma arte. Às vezes você pergunta algo querendo prestar atenção não na resposta não si, mas no modo como a questão é respondida, tem que avaliar reação da pessoa, tenta ver congruência entre o que tu tá vendo na hora, se ela fala que está ansiosa mas fala assim, toda calma... (Guilherme, residente).

Os manuais são diretrizes diagnósticas categóricas em processo constante de aprimoramento e, o mais importante, não passíveis de englobar toda a prática clínica em psiquiatria.

Os manuais são basicamente check-list, uma listinha de sintomas... Aí tem os critérios maiores, tem lá: critério A, critério B, critério C. Preencheu, tem que preencher dois ou três maior ou um maior e três menores, você já pode categorizar como um transtorno depressivo, por exemplo. Mas aí, vamos lá, o cara preencheu um maior e dois menor, e aí? Ficou um fora e por isso eu vou tirar que ele não tem depressão? Aí que entra aquela questão mais subjetiva, porque ele preencheu dois em vez de três não é necessariamente que ele não tá com sintoma depressivo. Então, assim, é mais pra fins de pesquisa, pra coisa ficar mais redondinha, uniforme, é bem importante assim, pra padronizar a amostra. Mas assim, na prática tem que não levar tanto a risca assim. Claro que precisa daquilo ali, um guia até pra saber se aquela característica pode se enquadrar, se é um indício, mas eu acho que o que não deve é ficar só preso naquilo ali, uma listinha de sintomas e fechar (Tiago, residente).

O que nos leva ao próximo tópico de discussão, sobre a presença de fatores dinâmicos e subjetivos para a realização do diagnóstico.

### 3.2.3 Fatores “dinâmicos” no diagnóstico clínico

Encontramos aqui um ponto de impasse interessante: se por vezes a presença da abordagem psicodinâmica é rechaçada na efetivação de diagnósticos,

Essas visões da psicodinâmica que ajudam a abordar o paciente na clínica, pra mim o que mais ajuda é isso. Ou então perceber que o paciente não tem nada de biológico (Claudio, preceptor).

Em outros casos ela é referida como processo essencial para compreensão do quadro clínico maior. Ou seja, complementarmente, alguns fatores dinâmicos são apontados como auxiliares na realização do diagnóstico clínico (entendendo aqui por diagnóstico clínico ambas as abordagens).

É, a gente usa o DSM e a CID pra fazer diagnóstico. Aí é bem clínico, o diagnóstico. A gente usa a compreensão psicanalítica mais no sentido de tentar entender porque que o paciente está apresentando aquela situação, aquele quadro, aquele transtorno, naquele momento, mas a gente faz diagnóstico clínico (Laura, preceptora).

Eu particularmente não me interesso pela psicoterapia, pra mim é mais pro manejo, uma ferramenta de manejo do paciente (Rodrigo, residente).

A gente costuma não fechar diagnóstico, procura, assim, colocar algumas possibilidades, ou uma “frase”: transtorno de ansiedade com sintomas de depressão... Pode ser baseada na psicopatologia, na verdade é uma coisa bem subjetiva... Seria uma coisa psicodinâmica, de um contato inicial, que você está vendo aquela pessoa sofrendo... Aqueles sintomas podem ser uma defesa do sofrimento da personalidade (Lucas, residente).

Assim, por vezes a abordagem psicodinâmica é relatada como auxiliar no processo de realização de diagnóstico e às vezes apenas enquanto possibilidade de abordagem terapêutica,<sup>32</sup> desvinculada do processo diagnóstico. Essa pequena confusão de onde começa e onde termina a psicodinâmica na intervenção clínica não é só referida por diferentes pessoas, mas também pelas mesmas pessoas em momentos diferentes:

Os diagnósticos são baseados no CID e DSM, né? Abordagem terapêutica é outra coisa, não é pra diagnóstico. A partir daí, do diagnóstico, que escolhe medicamento e técnica de terapia (Luís Felipe, residente).

Essas abordagens [psicodinâmica] ajudam a fechar diagnósticos, ajudam muito... A partir do momento que

---

<sup>32</sup> Uma “abordagem terapêutica” é entendida pelos sujeitos dessa pesquisa como a abordagem de tratamento a ser utilizada, se psicoterápica, biológica ou ambas, mas também pode se referir à procedimentos terapêuticos específicos dentro dessas abordagens: por exemplo, a indicação de uma psicoterapia.

you have knowledge of this [psychodynamic and cognitive-behavioral therapy] you will use less medication and act more therapeutically. Many times this knowledge makes a big difference (Luís Felipe, resident).

In some moments, the psychodynamic approach is considered essential for the diagnostic process:

What is more uncomfortable, the person tries to interrogate other aspects... The person has panic, but it's not just the crises that are uncomfortable. If not, the person would control the crises and between crises everything would be fine, so it's not a disorder of anxiety that has the characteristic of that person having panic crises and it being what is more uncomfortable (Carlos, preceptor).

Nevertheless, the use of psychoanalytic theory for the understanding and diagnosis of people and their disorders is also quite criticized. The resident Rodrigo points out that psychiatry has a particularity, when compared to other medical specialties, which is the fact of having to deal with diagnostic uncertainty, with this uncertainty that precedes the conclusion of a diagnosis and that many times one seeks to fill this space by using other theories that are not properly psychiatric – understanding here biological psychiatry and manual psychiatry as “real psychiatry”.

Cardiologists do not deal with uncertainty, neurologists do not deal with uncertainty: they ask for a tomography, the cardiologist asks for a cardiogram. They don't... So you have to know how to deal with uncertainty, not wanting to explain. So I find myself very much in the part of the therapists, this desire to explain the origin of the symptoms, because the patient is like this at the moment. I am very satisfied with uncertainty, with the uncertainty of not knowing what the person has, of staying and elaborating theories to explain what happens with that patient (Rodrigo, resident).

Here we see once more the relationship between psychiatry, which proclaims itself atheoretical by being disconnected from psychoanalytic explanation. This effort that psychiatry makes to distance itself from

psicanálise é referido por Aguiar (2004) como uma tentativa de fazer com que a psiquiatria seja conduzida de maneira mais compatível com os moldes da ciência e, assim, ser também mais reconhecida entre as demais especialidades médicas que usualmente a consideram de menor ou nenhuma objetividade (Aguiar, 2004).

Em outros pontos, a situação emergencial do transtorno é considerada como mote direcionador, de modo que em crises agudas a intervenção necessária é estritamente biológica/medicamentosa.

Eu acho que a tendência da maioria dos locais que a gente vai passando, em alguns estágios, alguns ambulatorios, não dá pra ser assim [psicodinâmico]... Ou num transtorno psicótico, não dá pra ser assim [psicodinâmico]. Não que num transtorno psicótico não tem uma pessoa ali, tem, mas a pessoa escuta vozes, sai da realidade, não sabe o que é de verdade, então num transtorno psicótico a gente tem que ser objetivo, depois pode tentar uma coisa mais dinâmica (Lucas, residente).

Interessante notar que também o próprio viés psicodinâmico tende a ser relatado como incompatível com uma abordagem diagnóstica:

Não tem uma classificação diagnóstica psicodinâmica, até pela própria essência do trabalho, pressupor uma subjetividade muito maior... A gente não vai se ater a uma classificação diagnóstica pra abordagem psicodinâmica... Tanto CID quanto o DSM contemplam situações, vamos agrupar, no grande grupo de transtorno de personalidade, por exemplo, que muitas vezes tem uma abordagem psicodinâmica pra fazer entendimento de diagnóstico, embora isso não exclua que uma situação de transtorno de personalidade possa ser tratada também com medicação (Cristina, preceptora).

A preceptora Ingrid, em uma perspectiva mais psicológica, relata que a formação médica, predominantemente quantitativa, não tem as sutilezas para uma avaliação qualitativa. Uma das formas que ilustra tal argumento é discutindo como as próprias realizações

de diagnósticos a partir do resultado de testes psicológicos,<sup>33</sup> com características de avaliação que prioriza aspectos mais qualitativos, são apropriadas pelos psiquiatras de maneira mais quantitativa.

Nos serviços do IPq/SC e no Laboratório de Psiquiatria da Infância e Adolescência, principalmente, os testes psicológicos são solicitados pelos residentes ou psiquiatras para auxiliar em diagnósticos, enquanto um diagnóstico diferencial diretamente relacionadas ao diagnóstico. Assim, os residentes têm a possibilidade de entender como é a avaliação de um psicólogo e como funciona uma testagem psiconeurológica, mas esses procedimentos só podem ser realizados por psicólogos.

Esses testes são instrumentos que dão orientação sobre a personalidade do paciente, um exame complementar da avaliação psiquiátrica – no foco deles, pro psicólogo não é um exame complementar... É como um clínico pedindo um exame de sangue. Quando um psiquiatra está na dúvida se o paciente tem transtorno x ou y ele usa a avaliação psicológica pra complementar a avaliação dele (Amanda, preceptora).

As duas abordagens da psiquiatria, biológica e psicodinâmica, foram relatadas com alguns pontos de encontros, mas muito mais como uma soma onde cada uma atua com restrições e limites em relação à outra abordagem, sem que haja de fato uma abordagem realmente mista, multidisciplinar, entre elas.

Eu acho que fica difícil tu conseguir ser um bom psiquiatra *fisiológico* se tu tá com a tua cabeça cheia de *psicodinâmica*, porque tu tende a querer explicar. Na prática vai muito da afinidade de cada um (Alexandre, preceptor).

Tem momentos quando você tá mais na parte de psicoterapia que você começa a ter dificuldades encontrar e tratar a parte biológica (Rodrigo, residente).

---

<sup>33</sup> Ferramenta de testagem de aspectos psicológicos utilizada exclusivamente pela psicologia. Em alguns casos, os psiquiatras e residentes solicitam que um psicólogo da residência realize essa testagem para servir de procedimento auxiliar no diagnóstico. Em Psicologia, no entanto, esses testes não são considerados apenas auxiliares.

Alexandre diz que em uma abordagem psicodinâmica “tu tende a querer explicar” (de uma maneira psicodinâmica) e que isso é de certa maneira incompatível com uma prática mais “biológica”. Podemos ver aqui que os motivos e razões que operam nessas duas abordagens são tidos como diferentes e por vezes auto-excludentes. E se por vezes as abordagens parecem incompatíveis entre si, outras vezes elas são apresentadas como harmônicas, mas desde que em casos isolados - desde que não se toquem, que um não se reduzam uma à outra.

Mas no limite, na prática, essas divisões ficam restritas e confusas. Como salientou Laura, o interessante é que os residentes tenham conhecimento de ambas abordagens para que possam escolher a orientação de suas práticas futuras. O problema é que, quando a orientação é de ordem biológica, essa se dá com menor tolerância à abordagem dinâmica do que o contrário.

O preceptor Carlos - de orientação psicanalítica e adepto das teorias freudianas inclusive para auxiliar no diagnóstico - não rejeita as descobertas da ordem orgânico-cerebral que tem sido suporte para a nova “psiquiatria biológica”. Conforme Azize também discute em seu estudo sobre discursos neurocientíficos, essas descobertas partem do pressuposto de dois núcleos orgânicos básicos como raiz para os transtornos mentais, os fatores genéticos e o cérebro, (Azize, 2011).

Para o preceptor Carlos, seria trair o próprio legado de Freud rejeitar as novas descobertas biológicas, mas tenta compor com elas ao mesmo tempo em que demonstra que essas não são e nem podem ser as únicas abordagens por não dar conta de toda a subjetividade e complexidade que é a mente humana. Seu relato, aqui, pode ser enriquecedor:

Talvez a questão com a psicanálise é que a psicanálise é uma percepção do ser humano, uma postulação do funcionamento do ser humano, extremamente instigante e extremamente totalizadora, ou seja, tende a entender o funcionamento do ser humano tanto nas suas partes, na sua constituição, na sua historicidade, quanto no seu funcionamento amplo, tendendo a dar explicações e justificar os aspectos diversos desse funcionamento amplamente. É aquela história de que a psicanálise explicaria tudo. “Freud explica” é um dos motez que funciona até hoje, embora possa ser muito mais o

contrário do que assertivo. Então, como a gente tem essa percepção do funcionamento do ser humano nós entendemos que talvez toda a psiquiatria possa ter, em algum nível, uma justificativa, a estruturação de um sintoma psiquiátrica, possa ser entendida no conjunto do jogo de forças intrapsíquico como a psicanálise concebe o funcionamento do psiquismo humano tanto normal quanto patologicamente. E eu penso que essa ambição continua até hoje, porque é trair os princípios das pesquisas originais do Freud, a gente negar essa ideia do conhecimento do ser humano completo. Freud era humanista, fez os seus estudos no centro nevrálgico, talvez, do conhecimento europeu, que foi a Viena do séc. XIX, séc. XX, e isso as vezes nos coloca em confronto com as visões mais especificamente médicas da psiquiatria, porque eu acho que a psicanálise chega a transcende-los. E por outro lado nós estamos tendo uma evolução galopante da neurociência, de alguma forma questionando uma subjetividade excessiva da psicanálise, uma falta de embasamento neuro-anatômico do que a psicanálise diz e tentando substituir então a compreensão da conflitiva-dinâmica como sendo geradora de sintoma pelos déficits, as dificuldades e patologias estruturais do funcionamento do cérebro como gerando esses mesmos sintomas (Carlos, preceptor).

De orientação psicanalítica, problematiza sobre as duas abordagens que dividem a psiquiatria afirmando que os conflitos e antagonismos na definição de um mesmo sintoma acabam sendo tão comuns quanto uma superposição sinérgica onde a compreensão via conflito encontra suporte, por exemplo, em dados do mal funcionamento neuro-anatômico de determinadas áreas do cérebro, no funcionamento deficitário da produção de alguns neurotransmissores como fator de produção de sintomas o que possibilita explicar melhor, por exemplo, a gravidade de determinada síndrome em pacientes que não apresentam uma história conflitiva aparente.

No serviço de residência aqui estudado essas duas abordagens, psicodinâmica e biológica, encontraram um maior equilíbrio e sintonia no ambulatório de psiquiatria da infância. Os relatos sobre esse ambulatório em geral preconizavam uma ideia de infância que passa necessariamente por teorias *psi* como base para

a prática de qualquer terapêutica e a própria concepção de infância operada nesse ambulatório procura dar conta de aspectos muito complexos da relação dessa criança ou adolescente com o mundo a partir de ideias consagradas nas áreas *psi*.

A primeira coisa que a gente faz com eles é desenvolvimento normal. Quanto mais se entende como é o desenvolvimento normal mais facilita o diagnóstico (Lilian, preceptora).

Entendendo, aqui, por “desenvolvimento normal”, os pressupostos teóricos de autores como Freud e Piaget, por exemplo, classicamente entendidos como separados de uma verdade científica por serem ligados às áreas das ciências humanas. Na psiquiatria infantil, a compreensão do desenvolvimento normal é a base para todo e qualquer diagnóstico e/ou intervenção. Complementarmente, utilizam-se os manuais para o fechamento de diagnósticos - geralmente o DMS IV, por ser considerado melhor e mais amplo do que o CID 10 para casos de psiquiatria da infância.

Dentre as crianças, considera-se que há um leque maior de comportamentos que, fora dos padrões, ainda não consistem em transtornos.

Como é que a gente faz um diagnóstico de uma criança pequena: primeiro a gente conversa com os pais, colhe toda a história, depois observa a criança, duas, três sessões. Depois faz uma devolução pros pais se precisa ou não tratamento, se não é coisa do desenvolvimento normal (Cristina, preceptora).

Também e especialmente nessa área, o diagnóstico é considerado longitudinal:

O diagnóstico é evolutivo na Infantil [Laboratório de Psiquiatria da Infância e Adolescência], ele não é, ele vai sendo, sempre com um recorte de tempo. E o desenvolvimento é que vai te permitir ver como vai se desenvolvendo (Lilian, preceptora).

A presença de comorbidades (presença de mais de um transtorno em um mesmo paciente) é considerada bastante frequente entre as crianças com algum transtorno mental, exigindo

uma atenção maior para inúmeros aspectos que envolvem a vida da criança:

Às vezes tem coisas que não vem como queixas, a criança pode ter outros diagnósticos, que não seja a queixa no momento, então a gente tem que abrir o olhar pra isso e pensar num tratamento que abranja isso (Lilian, , preceptora).

As preceptoras responsáveis por essa especialidade na residência acreditam que os residentes encontram bastante resistência com essa sub-área e, conversando com os residentes, também percebi pouca aceitação com essa área. Geralmente o trabalho de consultório se estende para trabalho com família, escola e, às vezes, com assistência social, exigindo um maior esforço do profissional. Além disso, um esforço também na área mais afetiva e subjetiva é exigido na própria técnica de abordagem com as crianças no próprio modo de conduzir a consulta, o que é relatado como um processo muito mais difícil de ser acessado por médicos com a formação biológica presente.

Esse ambulatório (Ambulatório de Psiquiatria da Criança e do Adolescente) funciona as quartas de manhã e todas as quartas a equipe se reúne com uma das preceptoras (que, por serem voluntárias, intercalam os dias), os residentes do R2 e duas ou três psicólogas, variando de acordo com o dia. Pelos relatos, esse foi considerado também o ambulatório mais propriamente multidisciplinar da residência e não pela variedade de profissionais, mas pelo modo mesmo de abordagem dos casos, em si mais apto à abranger teorias múltiplas.

Mesmo quando ocorrem críticas a uma ou outra abordagem, prevalece uma convivência pacífica entre as abordagens geralmente – também são referidos alguns debates calorosos entre profissionais de cada vertente nas discussões de caso clínico, mas de modo geral os profissionais com quem conversei afirmam que há um respeito mútuo pelas abordagens e áreas diferentes. Por exemplo, podemos comparar os relatos do preceptor Carlos que, mesmo sendo da área da psicanálise, apoia a realização de procedimentos cirúrgicos em caso de transtornos mentais, como a eletroconvulsoterapia (ECT) – geralmente bastante criticadas nas demais áreas da saúde mental – com os de Alexandre (preceptor) que, sendo da vertente biológica, defende

tratamentos não medicamentosos para muitos casos e tem uma visão bastante crítica quando à medicalização.

Em alguns casos, observei que uma atribuição de determinada causa (biológica ou psicológica) a um transtorno não se referia a um tratamento que seguisse necessariamente a mesma lógica, ou seja, a possibilidade de ocorrer um diagnóstico biológico utilizado para tratamento com terapias ou diagnóstico psicodinâmico que é tratado com medicamentos.

A presença da psicodinâmica tem um ponto a mais no contexto da residência. Mesmo quando periférica, a abordagem psicodinâmica na residência acaba se constituindo em um respaldo pra maior legitimidade da área e do serviço da residência em si, que não fica reclusa à área biológica e que, assim, tem autoridade para saber delimitar onde acaba uma (biológica) e começa outra (dinâmica), e vice-versa.

Eu acho que isso é um ganho [as duas abordagens] substancial, gigantesco, pra gente, pra nossa formação. Tem residências que não tem isso, é só clínico ou só psicanalítico... Lá no Rio Grande do Sul tem uma coisa mais... Assim, usa medicação mas é uma coisa mais psicanalítica (Noel, residente).

...E eu entendo que uma boa avaliação não vai usar uma ou outra [enfoque biológico ou psicodinâmico], vai usar ambas e de acordo com o motivo do atendimento, de acordo com o que a pessoa estiver apresentando, a gente vai ter um direcionamento mais pra um lado ou pra outro... Como transtornos mentais que são evidentemente mais biológicos, que a origem do problema, a abordagem, é mais neurológica, não tem dúvidas disso (Tânia, preceptora).

O equilíbrio entre as abordagens, em uma analogia, corresponderia mais ao movimento dinâmico de subida e descida de uma gangorra do que ao estado de equilíbrio que essa se encontra quando parada cuidadosamente no ar sob seu próprio eixo. Embora as duas práticas sejam diversas e por vezes antagônicas, sendo necessária a escolha entre uma ou outra, na maioria dos casos essas abordagens se mostraram complementares na realização de diagnóstico – mesmo que involuntariamente, quando ferramentas da psicodinâmica “invadem” a abordagem

clínica. Entendo que a confusão sobre o uso ou não da teoria psicodinâmica no procedimento técnico de realização de diagnóstico remete, para além de uma confusão das abordagens na residência, aos princípios norteadores dos próprios manuais, especialmente o DSM que, pensado originalmente em termos psicanalíticos, excluiu a psicanálise de seus moldes mas não conseguiu (talvez “ainda”, já que é essa a proposta) ocultar sua presença na própria maneira de pensar o diagnóstico.

Alguns desvios de caráter que a psicanálise aborda – como a personalidade histriônica e o narcisismo – foram narrados por alguns dos sujeitos dessa pesquisa como sendo essenciais para se entender o “funcionamento” de sujeitos, como se servissem de um pano de fundo para a classificação categórica final. Diferenciar onde começa e acaba essas abordagens, assim, é uma empreitada difícil que se iniciou com o DSM III mas está ainda longe de se efetivar na prática clínica e no próprio manual. Com as discussões cada vez mais fervorosas envolvendo o DSM V, valeria a pena questionar se essas maneiras de ver as síndromes não são também psiquiátricas e até que ponto a exclusão da teoria psicanalítica dos manuais realmente torna a psiquiatria mais “científica”.

Esses manuais – mais uma vez, especialmente o DSM – são realizados a partir de estatísticas e generalizações que também não são comprovadas por uma suposta objetividade científica; a fenomenologia, em si uma teoria, não garante que seu método seja ateuórico e, fundamentalmente, os métodos clínicos de diagnóstico psiquiátricos, por mais objetivos que sejam, não são dotados da objetividade científica desejada. Talvez a psiquiatria pudesse se espelhar em outras áreas e ao invés de se questionar: “como fazer ciência?”, devesse se questionar: “que ciência estamos fazendo? Qual ciência queremos fazer?”

#### 3.2.4 Critérios de validação dos manuais: críticas e sustentações dos manuais diagnósticos em psiquiatria.

Quanto mais a psiquiatria se desenvolve, mais humana ela fica (Noel, residente).

E é precisamente sob a égide da ciência – ou, antes, da aproximação com a “objetividade científica” – que as críticas aos manuais são proferidas. Critica-se, por um lado, as limitações diagnósticas:

A CID e o DSM, essas classificações tem suas limitações, não é a toa que vão sair edições novas... A CID tá na 11, e isso significa que teve 10 anteriores que não foram suficientes, DSM a mesma coisa, desde o primeiro até o quarto e hoje... A gente sabe que tá insuficiente, que tem situações que não são bem contempladas pela situação diagnóstica (João, preceptor).

Ao mesmo tempo que também se critica a procura de ser cada vez mais abrangente e especificar cada vez mais síndromes e sintomas:

A gente percebe as vezes que o DSM tende a especificar e a colocar nome demais nas coisas, o que as vezes não é bom. As grandes síndromes, elas são bem variadas no DSM. O que é depressão, a pessoa tá deprimida ela tá deprimida, mesmo que o DSM separe: “ah, é depressão tal, é depressão tal”... Tudo bem, mas é depressão. Ela tem risco de suicídio? Tem. Isso o DSM separa bem. Ela tem psicose? Qual é a nomenclatura dessa psicose? Às vezes nomeia demais, mas que a psicose deve ser tratada, deve (Luís Felipe, residente).

Mas a crítica mais marcante é do aspecto “não científico” desses manuais.

Aliás, o DSM IV ou a CID 10, esses critérios diagnósticos, tanto o DSM IV, o DSM III, enfim, eles não são validados, né? Se você entrar no site do novo DSM, que é o DSM V, você vai perceber que não há nenhum estudo, pelo menos transparente, até hoje, em validação do diagnóstico. Isso é muito grave. A gente tá trabalhando então com um instrumento que pode ser que ele não meça o que o realmente pretende medir, essa validação... (Alexandre, preceptor)

Eu acho que a psiquiatria – não a psiquiatria, mas as ciências do comportamento – elas deviam agradecer muito esses critérios [diagnósticos]... Mas a maneira como se chega lá e como se muda, que é o que está acontecendo - pouca coisa mudou, na prática, que eu tenho observado – com que bases que foi mudado, com

que pesos isso foi feito? Quais foram os estudos que estão por trás? Essa não-acessibilidade que eu não acho bom nem pra ciência, nem pra ninguém. Aliás, isso não é científico (Claudio, preceptor).

Essas preocupações não são novidade nenhuma no campo e tem sido alvo de discussões para além da psiquiatria já há algum tempo. Autores como Aguiar (2004), Amarante (2006) e Soae Filho (2003), entre outros, procuram discutir como aspectos não científicos permeiam as questões de diagnósticos em psiquiatria.

Como os crescentes esforços por uma objetivação classificatória deixa ver, tal fato é entendido como uma lacuna a ser superada pela disciplina.

Ao longo dos últimos dois séculos, a clínica psiquiátrica não conseguiu livrar-se dos pressupostos filosóficos que subjazem a todas as concepções científicas, chegando ao início do século XXI com o mesmo problema fundamental: a falta de um paradigma consensual satisfatório à prática clínica (Martinez, p. 23, 2006).

A psiquiatria surgiu em uma época na qual não havia os medicamentos que temos hoje, onde as terapias tinham pouco efeito e em um ambiente estritamente manicomial. Para alguns dos profissionais com quem conversei, esses fatores permitiram que os psiquiatras clássicos tivessem condição de observar como a doença evoluía no decorrer dos anos “de forma natural”, ou seja, “a história natural da doença ia aparecer” (Carlos, preceptor). Ao longo de décadas, o examinador tinha a oportunidade de observar e posteriormente descrever, de forma muito completa e detalhada, como as alterações daquela doença se manifestavam, que tipo de sintomas e sinais, como as funções dos pacientes se alteravam ao longo do tempo pela doença, o que possibilitou que a psiquiatria usasse tais dados em um rol categórico para classificações diagnósticas, classificações essas que são tomadas por base no que se entende hoje por diagnóstico em psiquiatria (Martinez, 2006). Mas, como aponta Amarante e Basaglia, entre outros autores, a doença observada era a que seguia um percurso institucional e o processo de confinamento acabaria por criar uma “doença institucional”, e seria essa a doença que os psiquiatras observavam, institucionalizada e confinada (Amarante, 1996).

Hoje em dia, boa parte dos nossos diagnósticos, são feitos em cima de observações que a gente teve ao longo do tempo por pessoas que conseguiram ter essa oportunidade e essa competência de estudar e registrar... O DSM, e a CID também, é uma consequência disso que a gente tá falando, de acúmulo de dados, de informações... (Carlos, preceptor).

A ideia dessas classificações é tirar um pouco a subjetividade do examinador para ser focada uma linguagem comum. Tirar um pouco essa ideia do achismo pra colocar uma linguagem em comum: "baseado nisso, nisso e naquilo, eu estou dizendo que essa manifestação de doença se encaixa no que se conhece hoje como esquizofrenia". E um outro examinador, que vai ter os mesmos critérios, a mesma diretriz diagnóstica, vai poder validar, concordar com isso ou não. As ferramentas diagnósticas como essa estão atingindo níveis de concordância muito bons entre examinadores. Uma ferramenta diagnóstica em medicina pode ser avaliada dessa maneira: qual é o grau de concordância? Se eu usar essa ferramenta e outros avaliadores usarem essa ferramenta, que nível de concordância vai chegar no resultado? Se várias pessoas que usaram a ferramenta chegaram a resultados parecidos, isso faz pensar que a ferramenta é eficaz. Ferramentas como essas – DSM, CID – usadas por profissionais capacitados a usá-las, chega próximo a 80% entre os examinadores... O que eu quero dizer com isso: continuam existindo divergências, continuam existindo pontos não estudados? Sem dúvida, não é a toa que o DSM está chegando na 5 edição. Mas existe um nível de concordância bem grande (João, preceptor).

De forma geral, podemos observar que ocorre uma busca por objetividade ao seguir os critérios diagnósticos:

No DSM tem esses critérios que definem o problema e a gente acaba se baseando nesses critérios, tem sofrimento ou não... A mensuração é feita através de instrumentos, questionários (Luís Felipe, residente).

Dois examinadores avaliando um mesmo paciente tendem a chegar em um resultado parecido usando

essas ferramentas. Um exame de sangue que vai contar as células vermelhas do sangue, aqui ou em qualquer lugar do mundo tem que ser idêntico, a contagem tem que ser padronizada (João, residente).

Ao mesmo tempo que se questiona sua validade:

Cadê as estatísticas do DSM? Eu nunca tive acesso. Assim... Em qual população? Quais países? Quantas pessoas foram avaliadas? Existe confiabilidade entre esses métodos? Não que eu não use o DSM IV, é claro que eu uso. Eu me baseio também nele, né? Mas a gente tem que ter esse critério, essa crítica, ou melhor, de saber interpretar o que está lá e saber as limitações desse instrumento. Agora, dizer que ele não funciona não é verdade, porque se eu pegar 100 pacientes com transtorno bipolar, 80% vai estar lá dentro, né? Isso pela minha prática, pela prática de todos nós... Só que eu não vi nenhum estudo que comprova isso, de ciência... Pelo menos o que eu entendo de ciência médica, você tem que ter esses estudos [estatísticas que embasariam o DSM IV], né? (Alexandre, preceptor).

Os aspectos subjetivos não se restringem à perspectiva do profissional, mas também na relação do paciente com seus sintomas. Nesse sentido, o que pode ser algo normal para determinado indivíduo é considerado patológico para outro:

Por exemplo, a ansiedade, ansiedade é uma coisa, assim, que todo mundo tem... Então, a partir de que momento é um transtorno de ansiedade... Muitas pessoas vivem com ansiedade sem estar atrapalhando a vida, é até aquela coisa que ajuda... E às vezes um grau menor de ansiedade é catastrófico pra ela, ela não tá aguentando e na outra tem mais ansiedade e não tem transtorno, então realmente é uma coisa que não envolve não só a parte médica diretamente, envolve a parte do ser humano, em que contexto ele está, envolve o sociocultural e isso é uma coisa que faz ficar diferente o foco de muitos sintomas em diferentes lugares, em diferentes países... Não tanto, mas faz uma diferença, tem alguns trabalhos (Lucas, residente).

Um homossexual que não aceita essa condição dele pode causar um transtorno... As mesmas coisas em pessoas diferentes podem ser normais ou não normais, dependendo da adaptação dessa pessoa... (Luís Felipe, residente).

Os manuais têm a intenção de padronização e auxiliar nos diagnósticos, mas também, desde a terceira versão do DSM, esse tem por objetivo, também, prover critérios “objetivos” e “científicos” para diagnóstico. A terceira versão do DSM é editada em um contexto pós crises antipsiquiátricas e também em reação à essas. Além da procura de maior objetividade, a nova versão do DSM III é marcada por um retorno à recuperação da hegemonia psiquiátrica que encontra em Kraepelin<sup>34</sup> um modo objetivo e descritivo de classificação as doenças psiquiátricas (Caponi, 2011). Para Caponi, o efeito das crises na área da psiquiatria resulta em uma “radicalização e um retorno às velhas teses da psicologia biológica do século XIX” (Caponi, 2011). O DSM III é lançado na década de 80 e inaugura um novo modo de entender a psiquiatria, que é “novo em relação aos manuais anteriormente existentes, mas profundamente clássico na recuperação das velhas ideias que a psiquiatria biológica tinha defendido por mais de um século e que pareciam abandonadas” (Caponi, 2011), ocorrendo, dessa forma, uma “remedicalização” da psiquiatria (Aguilar, 2004).

De acordo com Maluf (2010),

Falar em remedicalização da psiquiatria não significa que a(s) psiquiatrias exercida (s) antes estivessem fora do campo médico ou não tivessem uma orientação bio-físico-orgânica. No entanto, o conceito de medicalização utilizado está ligado a uma dupla tendência: de um lado à redução dos fenômenos de sofrimento e aflição a desequilíbrios e distúrbios de ordem orgânica ou físico-química, de outro, a uma extensão da amplitude da ação e da intervenção médica (Maluf, 2010, p 54-55).

O esforço para se desvincular das teorias psicológicas e ser reconhecido, no entanto, não tem essa repercussão prática e a não

---

<sup>34</sup> Kraepelin é considerado o pai da psiquiatria e teve algumas de suas teorias retomadas pela Associação Americana de Psiquiatria para a confecção do DSM III (Caponi, 2011).

credibilidade científica da psiquiatria é também verificada nos manuais. Embora Bonet aponte que o diagnóstico na biomedicina em geral não tem a objetividade que esse reclama para si (Bonet, 2004),<sup>35</sup> esse em geral é considerado mais científico sobretudo por contar com exames laboratoriais. O que nos leva a questão de que, mesmo em sua procura por maior objetividade, a psiquiatria ainda não é considerada enquanto tal.

Em uma frase simples, o preceptor Alexandre expressa bem essa ideia: “E o diagnóstico ele é qualitativo porque é uma avaliação psiquiátrica”, diz. Ou seja, reconhecendo que uma abordagem objetiva não está desvinculada de uma abordagem qualitativa, que é do que se trata um diagnóstico em psiquiatria. Agora chegamos a um ponto em que vemos como a psiquiatria é colocada em xeque por todos os lados. Se as áreas biológicas, que valorizam aspectos objetivos, procuram deslegitimar a abordagem psiquiátrica argumentando que essa é qualitativa ou subjetiva demais, as áreas psicológicas, que valorizam aspectos mais qualitativos, apontam que a psiquiatria procura por demais ser objetiva. Bombardeada por ambos os lados, a psiquiatria tem procurado resolver essa crise. E a psiquiatria da residência do IPq/SC, de modo geral, parece tentar resolver essa questão procurando um equilíbrio entre as abordagens biológica e psicológica.

De toda forma, o entendimento de que a psiquiatria é uma disciplina marginalizada, relatado pela maior parte dos sujeitos dessa pesquisa, encontra bastante respaldo na literatura consultada. Mas daremos maior atenção para isso no capítulo quatro. Agora discutiremos questões sobre diagnóstico tomando como base algumas especificidades do ambulatório Refracta que se mostraram interessantes para pensar o diagnóstico em psiquiatria de um modo mais geral.

### 3.2.5 Refracta, a exceção como exemplo

Um ponto que elucida um pouco mais essa questão “flutuante” e não objetiva do diagnóstico em psiquiatria pode ser

---

<sup>35</sup> Para Bonet, o médico constrói o diagnóstico a partir da relação entre dados objetivos e formas subjetivas de interpretar os dados a partir do que o autor chamou de “tensão estruturante”, processo em que o diagnóstico resulta-se, como no processo ritual de Turner, em um ordenamento da crise (Bonet, 2004).

encontrado se formos discutir o ambulatório Refracta da residência no HU, ambulatório que se destina, grosso modo, à avaliação diagnóstica de casos que são considerados “exceções”. Seja por contradições nos códigos manuais ou por “contradições” dos sintomas do paciente, que não se encaixam em nenhum diagnóstico específico ou seja, ainda, em casos que o tratamento medicamentoso não tem efeito, esses casos são considerados como de difícil manejo em pacientes graves que, não obstante a incerteza ou inexistência de um diagnóstico específico, apresentam um “quadro” de sofrimento considerado grave. Entende-se que pacientes que não respondam da maneira esperada à nenhuma das tentativas de tratamento utilizadas podem estar sendo diagnosticados de maneira errônea. Esse ambulatório vai, então, realizar uma investigação diagnóstica minuciosa junto a esse paciente e depois encaminhá-lo de volta ao médico com quem realiza tratamento.

Desse modo, acredito que uma discussão sobre o ambulatório Refracta pode permitir uma postura interessante para ampliar a compreensão e a discussão sobre diagnóstico em psiquiatria. Esse ambulatório foi criado recentemente, há cerca de um ano com esse objetivo de contemplar atendimento a uma demanda considerada mais grave do ponto de vista psiquiátrico, casos que sejam considerados farmacologicamente refratários e/ou com diagnósticos indefinidos e que apresentem pouca ou nenhuma melhora mesmo depois de longo tempo de tratamento.

São casos bem graves do ponto de vista psiquiátrico. Quando eu digo psiquiátrico eu quero dizer não só médico, psicossocial também. Uma boa parte dos pacientes tem uma, do ponto de vista do tratamento, eles são pseudo-refratários. Eles ou não tem um diagnóstico especificamente, não é uma depressão que eu entendo como uma depressão maior que ele iria pra nossa alçada, muitas vezes é uma depressão menor que com muitos componentes, muitos prejuízos funcionais, com a família, com o trabalho... Então identificar isso ajuda muito o médico que encaminhou (Cléber, preceptor).

Esse ambulatório, segundo Cléber, começou “feito por um sonho” a partir de uma iniciativa voluntária com a ideia de aprimorar o diagnóstico e avaliar se determinado paciente está

tendo tratamento compatível com o seu quadro. Um grupo de colegas vinculados ou não à residência criou um protocolo de avaliação no qual cada paciente é avaliado por 3 horas, uma manhã inteira, em quatro encontros, num total de 12 horas, por cerca de quatro ou cinco profissionais. Esses pacientes são encaminhados por outros psiquiatras: da prefeitura, geralmente matriciados<sup>36</sup>, mas também pela residência e alguns casos, inclusive, de psiquiatras particulares – mas, por se tratar de um serviço na rede pública, sem cobrar pelo serviço desse ambulatório ou de seus profissionais. A ideia básica desse ambulatório, como foi dito, é confirmar ou refutar a hipótese diagnóstica do paciente encaminhado ou mesmo se esse tem algum transtorno.

Em cada um desses dias de trabalho se observa um requisito a ser preenchido em um relatório o mais completamente possível. A dinâmica do atendimento é de que, no primeiro dia, seja realizada uma entrevista aberta convencional, o mesmo modelo de entrevista que os psiquiatras fazem usualmente. No segundo dia, uma semana depois, é realizada uma entrevista mais fechada, estruturada, usando um questionário específico e validado pra isso, para avaliar a possibilidade de ocorrência de transtornos do eixo 1, critério diagnóstico do DSM IV que engloba depressão, transtornos ansiosos e esquizofrenia, principalmente (DSM IV, 1995). No terceiro encontro utiliza-se um outro questionário direcionado para diagnosticar eventuais chances de compatibilidade com o que a psiquiatria chama de eixo 2, que engloba, principalmente, retardo mental e os transtornos de personalidade - por exemplo, Transtorno de Personalidade Esquizóide, Transtorno de Personalidade Borderline e Transtorno de Personalidade Dependente. (DSM IV, 1995). No quarto e último encontro é feita uma “devolutiva” ao paciente e ao familiar e ocorre a entrega do relatório do que foi observado, sendo que uma cópia deve ser encaminhada ao psiquiatra que encaminhou. Basicamente, um serviço voltado para a realização de uma segunda opinião diagnóstica através de procedimentos técnicos abundantes e intensivos.

A simples existência desse ambulatório nos remete ao fato da extrema delicadeza da realização de diagnósticos em psiquiatria e em como esses são caracterizados por mecanismo imprecisos.

---

<sup>36</sup> Ou seja, que passaram pelo sistema de matriciamento.

Dos casos analisados até agora por esse ambulatório, apenas alguns poucos se caracterizaram por uma “pseudo refratariedade”, caso cuja gravidade não justifica a continuidade da medicação. Esses pacientes têm “sintomas depressivos” ou “sintomas ansiosos” que atrapalham a vida deles, mas esses são considerados mais como reação a situações cotidianas do que a transtornos, os chamados pacientes “muito reativos”.

Além de um viés ideológico de prestar um atendimento que o SUS não teria condições de arcar, Cléber aponta que esse ambulatório tem “talvez uma certa presunção até, de ajudar na segunda opinião no sentido de: ‘olha, ele tem realmente um diagnóstico que é passível de um tratamento medicamentoso’ ou ‘ele não tem um diagnóstico que seja passível de um tratamento medicamentoso’... (Cléber, preceptor) nesses casos nos quais se considera que o tratamento medicamentoso não é indicado por se tratarem de processos reativos. Cléber aponta também para a importância dos aspectos não estritamente diagnósticos para entender a complexidade do sofrimento psíquico humano para além da definição de transtorno mental.

Talvez pelo que eu li no teu texto, eu vi uma frase bonita que tu colocou, da tua experiência com as mulheres que você acompanhou [sobre meu projeto de pesquisa para a presente dissertação]<sup>37</sup>, que tinham, né, que tratava por depressão que tinha a ver com a subjetivação... Eu não sei se eu estou correto com o entendimento, não é um termo técnico da minha área, então eu posso estar enganado, mas... É como se eles passassem por um processo e processo gera... Não há muito o que a gente fazer – isso do ponto de vista farmacológico – não há muito o que o Refracta pode fazer do ponto de vista farmacológico. Ele pode ajudar no sentido de realmente: “olha, vai por outro caminho, não é esse o caminho”, aí sim... Até onde a gente pode ir é confirmar ou não um diagnóstico (Cléber, preceptor).

---

<sup>37</sup> Entreguei para alguns sujeitos de pesquisa uma cópia do meu projeto de pesquisa, sempre que solicitado por esses. Também deixei duas cópias na recepção do Ambulatório de Psiquiatria do HU e uma cópia com o coordenador do IPq/SC.

Ou seja, há situações em que se considera que esses pacientes estão em um processo cuja complexidade não se resume a um tratamento medicamentoso, que perpassa outros pontos da vida do indivíduo em questão e que um tratamento medicamentoso seria apenas uma abordagem paliativa, quando muito. Nesses casos, é indicada a realização de terapias psicológicas e não medicamentosas.

Alguns casos se fecha um diagnóstico, outros casos permanecem incertos e é indicada a terapia. Mas, essencialmente, considera-se que o paciente passa por uma avaliação mais objetiva ao mesmo tempo que ampla, visando abordar aspectos qualitativos e quantitativos, sempre do ponto de vista psiquiátrico:

No final a gente faz um relatório quanti e qualitativo. Quantitativo porque tem escalas psicométricas para avaliar a frequência, e a frequência da intensidade dos sintomas apresentados por ele, pra gente poder ter uma ideia mais objetiva do quadro. (Cléber, preceptor).

Eu acho que uma avaliação psiquiátrica ela tem que passar pelo qualitativo... Por exemplo, quando você tem um critérios diagnóstico no DSM IV ele é quali e quanti. As pessoas dão muito valor ao quali, quer dizer: preencheu pra isso, preencheu pra isso é uma depressão maior, não é bem assim, não é nada disso, assim... Ontem, por exemplo, a paciente não encaixava em nenhum critério do DSM IV. Nem por isso não era psiquiátrico, não era grave ou não era passível de medicação, simplesmente não encaixava. Era um estado misto que a gente foi achar em trabalhos de Kraepelin, que é um estudioso, que nem existia direito psiquiatria, ainda, em 1900/1890, é o princípio do transtorno bipolar que nós entendemos hoje, na época eles não tinham esse nome, né? (Amanda, preceptora)

### *3.3 Processos da formação*

#### *3.3.1 Diferenças diagnósticas nos diferentes locais onde é realizada a residência psiquiátrica do IPq/SC*

O residente aqui é treinado pra fazer a abordagem que for necessária (Maria, preceptora).

No geral, foram referidas algumas diferenças quanto à realização do diagnóstico nos diferentes locais por onde passam os residentes: enfermaria dos agudos no IPq/SC, pensões de pacientes crônicos no IPq/SC, ambulatório do HU, triagem no HU, interconsultas, CAPS e unidades de saúde.

As principais diferenças foram relatadas a nível prático, no que se refere ao manejo do paciente. Nas enfermarias de casos agudos no IPq/SC, o paciente fica internado e é avaliado em menor período de tempo e no auge de com crises “agudas”, o que facilita ver alguns quadros clínicos e dificulta ver outros.

Em alguns postos de Saúde, os residentes fazem apenas acompanhamento das consultas, em outras são mais ativos no processo de matriciamento e – poucas vezes, mas acontece – realizam consultas domiciliares com objetivo de realizar “prevenção também à recaída, no sentido de ver medicação, como estar convívio familiar, manter a harmonia” (Noel, residente). A diferença da realização das atividades dependerá do psiquiatra coordenador da atividade no Posto de Saúde. Infelizmente, as divisões são realizadas de modo que os residentes não tenham uma rotatividade significativa entre os postos.

Algumas vezes me relataram que o processo de investigar causas e formulação de hipóteses diagnósticas é o mesmo independente do local que se realiza o atendimento:

Diferença em como se faz diagnóstico não existe, porque a preparação da residência pressupõe que o profissional saia daqui apto a realizar diagnósticos e intervenções em qualquer nível de complexidade (Amanda, preceptora).

Mas também foi muito considerado que em uma situação emergencial priorize uma abordagem específica de contenção do quadro clínico, ou seja, procedimentos que estabilizem o paciente, em detrimento da realização de um processo de investigação diagnóstica.

Quando em surto não tem uma coisa concreta pra fazer um diagnóstico na hora (Liandra, residente).

Na emergência tu tem que ser objetiva, não dá pra ficar perguntando história da vida do paciente (Joana, residente).

De modo geral, a residência é focada mais no hospital (IPq/SC) e no ambulatório do HU, tendo poucas horas nos demais serviços, de maneira que as comparações entre os diferentes locais tiveram por base a atuação nesses serviços que são mais rotineiros aos residentes.

Como se tem a ideia de que o diagnóstico seja firmado ao longo de algumas avaliações, a avaliação na emergência é considerada circunscrita e limitada e que “não dá possibilidade de um diagnóstico muito claro” (Lívia, residente).

...Paciente grave que chega no plantão, num atendimento de alguns minutos, talvez não saia com um diagnóstico bem definido porque o tempo de consulta não foi suficiente pra isso. No ambulatório você reavalia o paciente várias vezes, no hospital o paciente fica tempos mais curtos (Lívia, residente).

Lá no IPQ o tratamento é um tratamento mais grosseiro, aqui [HU] a gente vai vendo mais particularidades, a gente vai vendo coisas que lá não daria: sono, sexualidade, outras coisas que tem diferença (Noel, residente).

Em alguns casos, no IPq/SC o diagnóstico pode ser facilitado pelo convívio contínuo diário:

É que lá no IPQ o diagnóstico facilita por algumas coisas: uma, você vê o paciente diariamente; duas: você tem um tempo maior com ele; três: você tem disponibilidade de exames e outros profissionais, clínico, endócrino, neurologista... Agora aqui, como o sistema demanda de atender um pouco mais de pacientes, fica mais restrito. E se você tem que pedir exame tem que pedir pra voltar daqui duas ou três semanas, então fica mais restrito pra fazer diagnóstico, né? Apesar de que o diagnóstico em psiquiatria... Que assim, fazer exames, tudo, são auxiliares, né? A maior parte do diagnóstico são eminentemente clínicos, né? (Márcio, residente)

Olha, na emergência teria que ser uma coisa mais objetiva, direta realmente, assim, teria que ter um

diagnóstico mais direto pra ver qual seria a conduta. Mas assim, numa parte ambulatorial seria na verdade estar conhecendo aquela pessoa, vendo o que tá acontecendo... Na verdade, primeiro deixa falar, tem que estar deixando falar pra ver o que ela acha que é problema... As vezes o problema tá distorcido um pouquinho... Depois de falar um pouco a gente vai arrumando o caminho, fazendo umas perguntas, mas eu acho que primeiro vai deixar falar mesmo, como a gente vem aprendendo no segundo ano... Deixar vir o que vier, não seguir um roteiro e coisa assim... É uma coisa que tem uma pessoa, tem uma personalidade, e é um exagero de alguma coisa ali que tá trazendo prejuízo... (Lucas, residente).

Mas também se considera que

No diagnóstico no IPQ facilita em alguns pontos mas você vê o paciente apenas no momento de crise, não acompanha... Realizar diagnóstico no ambulatório é mais fácil por acompanhar os pacientes ao longo do tempo (Guilherme, residente).

Entre os ambulatórios também foi relatada diferença quanto ao modo de realizar suas atividades. Realizar um diagnóstico em “Dependência Química” (nome da especialidade e também modo pelo qual eles designam os casos a ela relacionados), por exemplo, conta com a especificidade de lidar com um transtorno primário, motivo de queixa, acompanhado de investigações sobre esse transtorno ser mesmo primário, procura de diferenciar “usuário” de “viciado” e prováveis comorbidade.

No HU, outro possível facilitador é que o ambulatório é previamente distribuído de acordo com eixos diagnósticos da CID 10, conforme já discorrido. Assim, o residente que atende nesses ambulatórios já se encontra com uma divisão prévia para direcionar seu olhar. Além disso, é comum que os residentes iniciem atendimento em pacientes que já se encontravam em tratamento com outros residentes nos anos anteriores e comecem a atuar, assim, como um quadro clínico previamente definido por colegas e preceptores.

Aqui a gente tem uma história prévia... E muitos pacientes que acompanham no ambulatório já têm um diagnóstico (Joana, residente).

A questão da multidisciplinaridade aparece como ponto essencial no que se refere ao espaço do IPq/SC no qual, além de contar com profissionais de outras áreas, como assistentes sociais e psicólogos (sendo que esse último auxiliam diretamente no diagnóstico através dos testes psicológicos), o hospital também conta com outras especialidades clínicas (apenas nos dias de semana).

Além disso, existe uma diferença no que se refere ao tipo de demanda: no hospital se lida com casos mais graves, as pessoas vão procurar o serviço hospitalar quando há suspeitas de um *quadro* psiquiátrico grave. Mesmo que nada impeça que em um serviço ambulatorial apareça um paciente de caráter emergencial, essa não é a regra. No hospital geralmente chegam casos em que o paciente é considerado em estado grave, expondo a si mesmo e aos outros em risco, e que, por isso, deve ser atendido preferencialmente nesse ambiente protegido, com recursos que é considerado o hospital psiquiátrico.

### 3.3.2 As abordagens diagnósticas em cada fase da residência

Como vimos anteriormente, o serviço da residência do IPq/SC tem a duração de 3 anos nos quais a grade horária é dividida anualmente. O primeiro ano é denominado R1, o segundo ano R2 e o terceiro ano é denominado R3 (os residentes de cada ano também são denominados de acordo com essa classificação).

Além da divisão das disciplinas ofertadas, ocorre uma clara distinção de abordagens em cada ano. O primeiro ano é considerado de caráter mais “básico”, onde o residente vai aprender a base necessária para a prática da psiquiatria. Interessante notar que essa formação mais “básica” é praticada principalmente no hospital, seguida de uma rotina junto aos ambulatórios mais “básicos”:

O R1 é hospitalar, o que deve ser internado e o que deve ser tratado em casa e também faz as consultas por áreas: depressão, esquizofrenia, bipolar (Joana, residente).

Que que ele aprende a fazer no primeiro ano então: história clínica, tá? Colher uma história, exame do estado mental, manejar manual diagnóstico, fazer diagnóstico, psicofarmacologia, manejar medicamento, manejar efeito colateral, evolução de caso clínico, é isso que ele aprende no primeiro ano, basicamente isso. Então a gente espera que ele saia do primeiro ano sabendo fazer uma entrevista psiquiátrica, colher uma história, se relacionar com o paciente de forma psiquiátrica e não de forma... Como um médico clínico, mas como um psiquiatra em que a gente vai buscar muito mais os aspectos psíquicos, né? (Tânia, preceptora)

No segundo ano os residentes passam a ter o enfoque psicodinâmico concomitante ao biológico. Os residentes passam a atender também quatro ou cinco pacientes com psicoterapia de orientação analítica semanalmente, para os quais realizam uma hora de supervisão individual semanal. Eles continuam atendendo na enfermaria no IPq/SC, mas com menos dias. No Ambulatório de Psiquiatria do HU, deixam de atender nos dias que atendiam no R1 e passam a atender no Ambulatório de Transtornos Alimentares, no Laboratório de Psiquiatria da Infância e Adolescência e no Ambulatório de Enfermaria Geral (que atende casos de Transtornos Depressivos e Transtornos de Ansiedade, principalmente), todos seguidos de seminários em suas respectivas áreas e com supervisão constante. Também passam a acompanhar o serviço no NASF, ambulatórios policlínicas da prefeitura e no sistema de matriciamento (sistema no qual o psiquiatra sai da policlínica e vai até o posto de saúde para atender pacientes ou discutir casos com o médico da família dos Postos de Saúde). Também frequentam o curso de Teoria Psicanalítica no Centro de Estudos Psicodinâmicos de Santa Catarina (CEPSC), curso introdutório de abordagem psicodinâmica que é realizado uma hora por semana. Esse curso, geralmente pago, é ofertado gratuitamente pelo CEPSC aos residentes de psiquiatria por conta de um acordo com a residência e tem como foco principalmente Sigmund Freud e Melanie Klein.

Não é um curso de *formação*, é um curso de *informação*. Ele não forma psicoterapeutas, ele informa. Que é uma hora e meia por semana à noite. Que o

CESPESC ofereceu pra residência e eles fazem isso gratuitamente no CEPSC (Laura, preceptora).

Além desse, no segundo ano eles também frequentam outro curso de técnica de psicoterapia analítica ministrado por um psiquiatra voluntário que tem um enfoque mais voltado para uma prática de consultas do que o do CEPSC, que foi relatado como sendo mais teórico. No IPq/SC, revezam apresentação de caso de psicodinâmica.

No R2 tem essa diferença que é basicamente que você adquire ferramentas pra poder manejar o paciente, né? Essa formação em psicoterapia, seja a supervisão, a psicoterapia, o curso introdutório à psicanálise e um outro curso de um psiquiatra, do Bóris, voltado pra prática, de alguns temas em psicoterapia... Então a gente aprende coisa que não tem no R1 ainda, que é o manejo do paciente, identificar como ele [o paciente] funciona, quais são as características da personalidade dele, como ele interage com o mundo, aí você consegue manejar melhor o caso, né? (Rodrigo, residente).

No segundo ano entra a parte psicoterápica que daí faz que nossa formação se torne mais qualitativa. Que aí a gente começa a pegar detalhes do que a *simploriedade* de escutar só o que o paciente diz, que às vezes ele traz certos detalhes nas entrelinhas... A gente vai pegando outros detalhes que a clínica não consegue transpor, sabe? Que às vezes questão de personalidade, outras questões que a medicação não vai trazer efeito nenhum. Por exemplo, um paciente com transtorno de personalidade borderline, que tem comportamento que, por exemplo, se relaciona com a pessoa, por exemplo, inicialmente ele ama a pessoa depois ele começa a criar repulsa quando alguma coisa lhe é negada, então tem comportamento *intempestuosos*, ora ama ora odeia... Então o que vai acontecer? Medimencatosamente, se você coloca medicação, no começo ele vai ficar bem, depois ele vai voltar a ser igual. Nessas pessoas, com uns tipos de diagnóstico, pessoas normais que vão distorcendo as coisas, paranoides, depressivas que vão criando umas características paranoides, de começar a achar que todo mundo tá fazendo mal pra eles,

minúcias, assim, que atrapalha a qualidade de vida dessas pessoas, tá? (Noel , residente)

Então a gente começa a esclarecer certos detalhes que a clínica não ia esclarecer. E esse é o grande ganho da gente, que a psicoterapia ajuda. Uma coisa, a gente vai vendo os detalhes íntimos das pessoas... Que clinicamente fica muito aquela coisa fechada, né, tem que ser aquela coisa diagnóstica, preencheu aquelas características e então fechou. A psicoterapia faz com que você englobe muito mais coisas, não é só ficar tachando diagnóstico, sabe? Você vai, a partir daquele diagnóstico na psicoterapia, você consegue formas de abordagens com aquele paciente... (Noel , residente).

A abordagem psicodinâmica, assim, passa a ser o foco do segundo ano. Mesmo assim, é considerado que esse é um conhecimento inicial, considerada a abrangência da área psicanalítica.

Eles aprendem muito pouco – que eu que fiz uma formação psicanalítica, completa, tem muita coisa ainda. Seria muito ousado dizer que a gente ensina psicanálise pros residentes, entende? A gente ensina noções básicas de psicanálise, né? A gente ensina a fazer uma abordagem mais psicodinâmica (Laura, preceptora).

No terceiro ano pretende-se integrar parte clínica de assistência em atenção primária e secundária em saúde e a parte de psicodinâmica. Os residentes continuam atendimento com psicoterapia, mas em menor número, cerca de dois pacientes por residentes e com supervisões quinzenais em vez de semanais. Os residentes diminuem ainda mais os horários no IPq/SC e ambulatório e iniciam atividades nos CAPS. Como a grade ainda está sendo organizada e a presença nos CAPS e NASF é recente, não fazendo parte da grade horária inicial, nesse ano ainda tem residentes R3 que estão nos NASF por terem passado no CAPS no ano anterior, mas a previsão é que esses horários sejam acertados para as turmas em 2013.

Nessa última fase da residência, os residentes passam a atuar nas pensões crônicas do IPq/SC e dois deles continuaram com enfermaria de agudos. Passam a ter seminários e grupos de Terapia

Cognitivo-Comportamental, um para pacientes com Transtorno de Pânico e outro voltado para pacientes com Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), cada um desses grupos ocorrendo em um semestre do ano. Cada um desses grupos é acompanhado por apenas 3 dos residentes de R3 de modo que cada residente passe por apenas um desses grupos visando não prejudicar a dinâmica dos grupos por um excesso de profissionais acompanhando. Também estão presentes uma vez por semana no Ambulatório de Refracta, mas apenas observando a avaliação dos psiquiatras, mantém as atividades acadêmicas no IPq/SC e apresentam, ao final desse ano, um trabalho de conclusão de curso. Além disso, uma vez por semana se concentram na Área B do HU, onde realizam interconsultas (realização de parecer para pacientes internados no HU quando solicitado pelos médicos do hospital) e atendimento ambulatorial com caráter de triagem para o Ambulatório de Psiquiatria.

R1 é mais baseado em diagnóstico do DSM, um pouquinho mais restrito, mais clínico. O R2 diagnóstico psicodinâmico e estrutura de personalidade, uma visão mais completa e no R3 a gente tem aquele enfoque mais psicossocial, é onde a gente integra mais. Então a gente... Se é que posso dizer, assim é uma escadinha: a gente parte da parte clínica, que é a básica, depois vai pra parte mais de personalidade e no R3 a gente já tem um enfoque mais psicossocial, completando um diagnóstico mais assim... A gente contempla mais o indivíduo como um todo, a parte mais social, também (Vitório, residente).

Os responsáveis pela confecção da grade disciplinar afirmam que as disciplinas ministradas obedecem às diretrizes do MEC, mas que a distribuição das disciplinas e atividades de acordo com o ano de residência e no sentido de um diagnóstico mais biológico para um mais dinâmico e depois para um mais social, fechando também uma compreensão do funcionamento da rede de saúde, foi pensado por acharem mais fácil iniciar o aprendizado com a abordagem clínica do que a abordagem psicodinâmica, uma vez que a primeira é mais próxima à formação médica, mas também por se considerar que a clínica tem um caráter essencial no manejo do paciente, o que não é o caso da abordagem psicodinâmica.

Psicodinâmico é bem mais difícil. E o que tu precisa pro contato inicial com um paciente psiquiátrico é primeiro a clínica. Que tu começa fazendo plantão, tendo que atender gente em emergência, ambulatório paciente internado [faz barulho de palmas, bate nas mãos] saber psicanálise na hora do “vamos ver” ali não...Não... Quando tá no front tem que saber resolver os problemas que surgem ali. Aí é uma... refinamento tu entender e conhecer psicanálise. E é mais fácil, muito mais fácil, a psiquiatria clínica... Não tem dúvida, é muito mais fácil. Tanto que eles saem daqui psiquiatras clínicos. Se querem se especializar eles fazem depois um curso no CEPSC (Tânia, preceptora).

Ao longo do tempo de residência, assim, a perspectiva quanto à realização de diagnóstico vai adquirindo novos contornos. Interessante notar que as abordagens, clínicas/psicodinâmicas/sociais, respectivamente priorizadas no R1, R2 e R3, seguem a lógica evolutiva pela qual caminha a própria psiquiatra, que passou de um atendimento exclusivamente hospitalar para englobar também atendimento ambulatorial e, posteriormente, atendimentos também em rede, como é o caso dos CAPS.

A ênfase na abordagem clínica ensinada no R1 deixa ver uma visão de psiquiatria que entende aspectos da clínica e da psiquiatria mais biológica como abordagem essencial, sendo as demais consideradas importantes, mas apenas complementares. Mesmo entendidas como fundamentais para uma melhor aplicabilidade da psiquiatria, essas não são consideradas partes estruturais da prática psiquiátrica – que pode, então, ser praticada sem um viés psicodinâmico ou social.

O aporte clínico voltado aos manuais é onde se concentra o coração da prática psiquiátrica e pode tanto ser um ponto de partida para outras abordagens quanto findar-se em si. O que nos leva mais uma vez a uma valorização dos aspectos mais próximos ao que se entende por objetividade científica.

Outro aspecto é que a residência, embora seja praticada exclusivamente nos serviços públicos de saúde, não efetua uma discussão específica sobre saúde pública. Tive a oportunidade de ver a última aula de um ciclo de seminários introdutórios sobre Medicina Social que foi ministrado pela primeira vez esse ano e

que, me parece, pode ser uma semente de abordagem do tema mais a fundo. Nesse seminário, aspectos sociais da prática psiquiátrica inserida em uma rede de atenção centrada no CAPS começaram a ser discutidos com os residentes, além de serem apresentadas discussões de temas como a patologização da vida cotidiana e o uso excessivo de medicamentos por parte de médicos e psiquiatras ao abordar casos de “saúde mental” – e como, muitas vezes, considera-se que o medicamento é a única ferramenta que o psiquiatra tem para ajudar o paciente mesmo quando se considera que seu caso não teria indicação para tal tratamento. Mas, comparado com as tantas ênfases diagnósticas e clínicas da residência em questão, esses aspectos são bastante periféricos na formação da residência do IPq/SC.

### *3.4 Questões políticas que perpassam os diagnósticos em psiquiatria*

#### 3.4.1 Viés por classe social

Outro fator ressaltado foi a questão de classe social associada à ocorrência de determinados transtornos, uma vez que um “meio ambiente precário”, com presença de cotidiano de violência e ausência de infra estrutura familiar adequada – fatores considerados mais prevalentes nas populações de mais baixa renda – passa a ser considerado como aspectos que facilitam a ocorrência de transtornos psiquiátricos. No ambulatório infantil considera-se a questão estrutural da família como essencial.

Geralmente vem pro serviço pessoas de baixa escolaridade, menor situação econômica, criadas em ambientes mais hostis, de drogas e tal – que favorecem a ter problema psiquiátrico também (Tiago, residente).

A questão de classe social, mais do que um “facilitador” para causalidade dos transtornos, parece inferir inclusive na questão diagnóstica. De modo geral, percebe-se um certo preconceito ao abordar alguns temas que não são classicamente tidos como presentes em determinada classe. Em uma das aulas, Flávio comentou sobre a improbabilidade de uma abordagem psiquiátrica que questione a ocorrência de traumas infantis graves, como violência ou abusos, em famílias mais abastadas. A prática

clínica psiquiátrica, a seu ver, conta que esse viés implícito que dirige à avaliação diagnóstica, seleciona previamente quais questões seriam válidas em determinado contexto. Da mesma forma, uma criança de mais baixa renda é logo associada à convivência no meio de conflitos e violências.

### 3.4.2 Implicações subjetivas no fechamento e instituição de categorias diagnósticas

No geral, foram relatados alguns problemas quanto às implicações subjetivas no fechamento e instituição de categorias diagnósticas mais no sentido de:

a) Patologização da vida cotidiana:

O que acontece é que o CID é uma classificação e como toda a classificação é arbitrária. São conjunto de pessoas que se reúnem e determinam que tais e tais e tais sintomas caracterizam mais claramente uma determinada doença. Então há um crítica mundial sobre como esses sistemas de diagnósticos estão sendo montados, que tipo de critério se usa pra dizer se a pessoa tem uma depressão maior ou se ela tem uma tristeza que faz parte de um quadro reacional porque ela está passando por um momento de vida que justifica plenamente aquela tristeza e aquele sofrimento (Carlos, preceptor).

O que eu estou querendo dizer com isso: tem pessoas que tem sofrimentos porque tem uma vida ruim, frustrada, difícil e isso não caracteriza que ela tenha uma doença mental. A possibilidade de melhora com o uso de um psicofármaco para alguém que está com uma vida frustrada é muito pequena, assim (Luís Felipe, residente).

Discussões sobre a patologização da vida cotidiana encontra inúmeros respaldos na literatura, como em Aguiar (2004), Grob & Horwitz (2009) e Maluf (2010), por exemplo, e atualmente é considerada uma das maiores críticas da psiquiatria. Se antes o foco das críticas voltava-se ao regime asilar (Goffman, 1996; Foucault, 1995), atualmente as críticas são dirigidas principalmente

à extensão que a psiquiatria tem na sociedade (Maluf, 2010). Voltaremos a esse ponto adiante.

b) Reverberações de critérios diagnósticos na sociedade.

Tem os trabalhos que as pessoas fazem pra propor diagnósticos e pra retirar os diagnósticos... Em psiquiatria isso é algo bem complicado, porque se você coloca uma doença com diagnóstico ou tira uma doença – acho que o problema maior é tirar uma doença - você muda uma sociedade, você consegue mudar o pensamento da sociedade (Márcio, residente).

Como um exemplo dessa discussão podemos citar a inclusão do Transtorno de Desafio e Oposição (TOD)<sup>38</sup> no DMS IV. Esse novo transtorno tem sido problematizado por remeter a uma possível ocorrência de patologização de casos de crianças que desobedecem por motivos que podem ser muito mais complexos do que a existência de um transtorno – e que, conseqüentemente, a solução seria muito mais complexa do que a medicação, tratamento muito indicado nesses casos. Outro exemplo refere-se à inclusão do diagnóstico de “homossexualismo” nas primeiras versões do DSM e sua retirada a partir da terceira versão, conforme também apareceu nos relatos dos sujeitos dessa pesquisa:

Por exemplo, coloca um tema que é bem atual. Antigamente o homossexualismo era doença, hoje em dia não é mais, desde a década de 80. Não estou dizendo que é, mas tirando isso, mudou todo o pensamento de uma época, entendeu? (Márcio, residente)

---

<sup>38</sup> A característica essencial do Transtorno Desafiador Opositivo é um padrão recorrente de comportamento negativista, desafiador, desobediente e hostil para com figuras de autoridade, que persiste por pelo menos 6 meses (Critério A) e se caracteriza pela ocorrência frequente de pelo menos quatro dos seguintes comportamentos: perder a paciência (Critério A1), discutir com adultos (Critério A2), desafiar ativamente ou recusar-se a obedecer a solicitações ou regras dos adultos (Critério A3), deliberadamente fazer coisas que aborrecem outras pessoas (Critério A4), responsabilizar outras pessoas por seus próprios erros ou mau comportamento (Critério A5), ser suscetível ou facilmente aborrecido pelos outros (Critério A6), mostrar-se enraivecido e ressentido (Critério A7), ou ser rancoroso ou vingativo (Critério A8). (DSM IV, 2004)

Em suma eu acho que os grandes diagnósticos são bem formulados. As depressões, as neuroses, as psicoses são bem diferenciadas e bem manejadas pelos nossos livros-textos. Às vezes tem nomenclatura demais e às vezes tem a tendência de transformar coisas comuns em doenças ou des-transformar aquelas doenças em coisas comuns, como o caso do homossexualismo, há algum tempo atrás acho que até o DSM II era considerado um transtorno mental... Depois com a evolução da sociedade, da cultura e de tudo isso aí foi visto que é uma grande bobagem e foi retirado do DSM o homossexualismo. Hoje em dia a parte sexual que tá no DSM são os transtornos sexuais que causam problemas pra pessoa ou pra quem circunda, pra sociedade em si (Luís Felipe, residente).

A importância do diagnóstico em psiquiatria é também referida pelo residente Rodrigo:

Mas não sei se você há de convir comigo, mas com diagnósticos psiquiátricos você pode... Não digo ser paranoico, de manipular, mas você pode mudar muitas leis, pode te ajudar a mudar leis num país, a facilitar outras coisas (Rodrigo, residente).

Além do nível objetivo na prática de políticas públicas em saúde, que se pautam na regulamentação de doenças pré catalogadas, a inclusão e exclusão de diagnósticos tem reverberações subjetivas consideráveis na nossa sociedade. Convém ressaltar algumas das modificações de diagnósticos são realizadas em relação a um contexto social maior. Mais uma vez, o homossexualismo cabe aqui como exemplo, uma vez que esse deixou de ser considerado um transtorno a partir de uma demanda social.

Embora o modo pelo qual esse procedimento seja questionado,

Agora eu me pergunto: mas peraí, psiquiatria não é uma ciência? Uma ciência médica? Uma pressão social pode mexer na ciência médica? O conhecimento não é empírico, não é ciência? Se é a ciência, porque a sociedade pode influenciar? (Márcio, residente)

É nítido que tanto um critério diagnóstico tem reverberações na dinâmica da sociedade quanto o contrário, uma demanda social pode incidir na mudança de um diagnóstico.

Além desse aspecto mais relativo a uma macro política, não podemos deixar de pensar nas questões que envolvem aspectos políticos mais sutis, principalmente no que se refere à (re)subjetivação dessas pessoas a partir de dados categóricos.

Muito se tem discutido sobre como os diagnósticos em psiquiatria operam enquanto dispositivos de subjetivação e estratégias de disciplina social (Foucault, 2006). De forma geral, entende-se que os diagnósticos são processos classificatórios que, ao dar um nome, produzem efeitos nos sujeitos classificados:

O nome e a classificação, revestidos de autoridade, aos poucos criam o corpo que se solidifica na forma de uma classe. O nome da classe porta conhecimentos gerais sobre os membros da classe, podendo resultar tanto em um caso de feedback positivo – quando o reconhecimento de pertencer à classe fortalece os atributos necessários a esse pertencimento – quanto em um feedback negativo – quando o indivíduo resiste ao conhecimento ligado à classificação em um movimento de tentar desfazer-se das características que lhe foram atribuídas. (Baroni *et all*, 2010, p. 74).

Grob & Horwitz (2009) apontam que a criação de novas categorias diagnósticas também implica uma criação de maior demanda psiquiátrica. Esses autores discutem como o uso de uma escala que tende a expandir e incluir cada vez maior número de pessoas pode ser relacionado à criação de oportunidades empresariais diversas, envolvendo tanto profissionais da psiquiatria quanto indústrias, principalmente a farmacêutica e a de equipamentos para exames (Grob & Horwitz, 2009).

c) Tendência à enviesamento de diagnósticos

Através tanto de dados acadêmicos quanto publicitários, os profissionais da área tem contato com dados e pesquisas sobre a incidência maior de determinados transtornos em determinada parcela do público, por exemplo, a consideração de maior prevalência de depressão em mulheres na faixa dos 40 a 50 anos

(OMS, 2011). Esses dados acabam servindo como mecanismos implícitos e subjetivos de diagnóstico, uma vez que direcionam o olhar clínico para uma “tendência maior” da ocorrência dessa hipótese quando avaliam casos clínicos - e, assim, endossam novamente as estatísticas. Outro direcionamento é dado a partir da realização de diagnóstico para quadros clínicos que já apresentem uma maior gama de medicamentos com eficácia garantida:

Por exemplo, se você tem alguém que tem um transtorno histriônico de personalidade ou se você tem alguém que tem um episódio depressivo maior, a literatura vai te dar referências dizendo que, por exemplo, pra um episódio de transtorno depressivo maior tem uma lista de psicofármacos que tem uma utilidade, a possibilidade de resposta dessa pessoa a uma intervenção farmacológica é x. E se você tem um transtorno de personalidade o medicamento tem outro x de possibilidade de lhe dar uma resposta. E isso que a gente tava questionando, muitas vezes a gente vê uma tendência a diagnósticos que já tenham uma resposta farmacológica bem estabelecida. É mais fácil também você fazer um diagnóstico de depressão do que de transtorno de personalidade. É mais fácil você fazer um *checklist* de relações de sintomas do que você avaliar todas as relações dessa pessoa durante a vida dela (Augusto, residente).

Esse aspecto talvez seja o que que tenha maior impacto na parte técnica de realização de diagnóstico. Azize (2010) e Grob & Horwitz (2009) discutem como a mídia e a indústria farmacêutica acabam tendo papel significativo na sociedade e como isso implica na vida cotidiana do entendimento de transtornos mentais. Azize aponta tanto para uma divulgação da “doença” para o público leigo quanto uma divulgação do medicamento para público médico, procedimentos que apresentam como consequência um viés no entendimento da “doença mental” e na prática de diagnóstico e receita de medicamentos (Azize, 2010).

De um modo similar, podemos relacionar os apontamentos de Maluf sobre uma tendência de se abordar as mulheres a partir de seus ciclos reprodutivos (como gravidez, pós parto e menopausa, por exemplo), com consequente patologização e medicalização dessas mulheres (Maluf, 2010). Esses casos nos levam a perceber

que a própria abordagem inicial com o paciente é carregada de vieses múltiplos que o psiquiatra carrega, muitas vezes sem se dar conta, e que tem implicações consideráveis na prática clínica. Nesse sentido, a autora considera que

apesar de não haver uma política explícita e consolidada de gênero de saúde mental nos programas oficiais, [...] na prática há uma política sendo implantada ou reproduzida, uma política que implica na medicalização e medicamentação de mulheres usuárias do serviço público (Maluf, 2010, p. 35).

A tendência à repetição dos diagnósticos mais usuais acaba efetuando um efeito “bola de neve”, uma vez que acaba por efetuar na prática um aumento de casos de determinado diagnóstico, o que contribui para o aumento das estatísticas que, por sua vez, vão direcionar as novas pesquisas. Essas pesquisas, muitas vezes desprovidas de uma atitude crítica mais acirrada, retornam a afirmar a incidência maior de determinados transtornos, bem como a eficácia de medicamentos - sem considerar que, por exemplo, se um medicamento for muito mais utilizado, obviamente será maior a predominância de estatísticas sobre esse.

### *3.5 Considerações sobre o capítulo 3*

De modo geral, a centralidade do diagnóstico é um aspecto chave para pensar o ensino de psiquiatria; mesmo se na prática o diagnóstico for pensado de modo mais abrangente e que não procure se restringir às classificações diagnósticas dos manuais, essas são parte imprescindível do aprendizado da profissão por ser o que de mais “técnico” e “científico” essa apresenta. E como ser científica é uma das maiores pretensões da psiquiatria, as classificações – independente de serem científicas ou não – acabam por propiciar o respaldo científico almejado pela disciplina.

Em um contexto em que se pesam as críticas e *contra-críticas* quanto à Reforma Psiquiátrica, alguns autores apontam como vem ocorrendo um retrocesso no qual o hospital psiquiátrico, os ambulatórios especializados e os tratamentos baseados em manuais diagnósticos tendem a uma remodelização da loucura (Lobosque, 2010). Esses espaços seriam tidos enquanto “lôcus privilegiado de ensino e pesquisa” (Lobosque, 2010, p. 109) que

garantiriam a hegemonia do saber psiquiátrico no espaço da formação.

Ou seja, o que importa, sobretudo, é manter o controle e a autoridade sobre o ensino e a pesquisa dos transtornos mentais, através de uma ordenação diagnóstica em que os múltiplos transtornos relacionados no CID10 corresponderiam a entidades nosológicas naturais, existentes desde sempre. Ora, a lógica, os dispositivos de atenção e os laços sociais do movimento da Reforma rompem com esta ordenação, descentralizando tanto o lugar do diagnóstico e da medicação quanto o lugar do próprio médico (Lobosque, 2010, p. 109).

O diagnóstico em psiquiatria estende suas implicações, assim, por ser associado ao saber psiquiátrico em geral, como se a habilidade de diagnosticar fosse da mesma ordem que a prática psiquiátrica em detrimento de outras formas de conceber e praticar a profissão.

Na prática assistencial hegemônica, poderíamos nos referir a uma *hegemonia* do diagnóstico em detrimento de uma *hegemonia da terapêutica* (Ceccim, 2010, p. 68).

O foco dado no diagnóstico mostra, acima de tudo, o pensar individual sobre os “transtornos mentais” – que sempre são pensados acometendo um sujeito específico – em detrimento de pensar a “saúde mental” em um esquema mais amplo. As questões aqui abordadas procuraram mostrar as minúcias de se pensar o diagnóstico e mostrar um pouco das complexas relações que estão implicadas nesse ato: não se trata apenas de uma decisão técnica, como vimos, mas com prerrogativas políticas em todas as partes do processo. Não importa quão técnica seja a abordagem, ela nunca é meramente técnica. E não atentar para isso tem sido, talvez, uma das falhas mais graves se formos pensar uma formação em psiquiatria que deveria ser comprometida com o atual modelo de saúde nesse contexto específico da sociedade brasileira.

No próximo capítulo serão discutidos com mais atenção alguns aspectos com viés político sobre a formação na residência

em Psiquiatria no IPq/SC a partir dos discursos dos sujeitos dessa pesquisa.

## *Capítulo 4: Outros aspectos sócio-políticos e culturais da psiquiatria hoje*

Além das questões já discutidas, outros pontos surgiram nas conversas com os sujeitos dessa pesquisa no que diz respeito a suas experiências com a residência do IPq/SC e que estão bastante implicados com a formação em psiquiatria. Nesse capítulo voltarei minha atenção para uma apresentação e discussão desses aspectos.

### *4.1 Relação com a indústria farmacêutica*

Chego na Área B para falar com Tiago [residente] no horário combinado mas ele não tinha chego ainda. Como a Área B não é onde faço o campo usualmente, me senti desconfortável no começo e fiquei esperando lá fora. Vitório [residente] me convidou para entrar na antessala interna e, como Tiago demorava, aceitei. Lá estavam alguns residentes de neurologia e cerca de 8 ou 9 representantes da indústria farmacêutica de diversos laboratórios [...] Converso com um deles, ele me diz que estão esperando um médico que só atende nas quartas-feiras – mais tarde, a secretária confirma que tem dias que o movimento é maior mesmo. No entanto, todo residente ou outros médicos que passavam eram logos interceptados por no mínimo três deles; como o assunto é rápido, via eles discutindo na minha frente. Foi assim com Vitório, Rodrigo e por fim com Tiago, que entrou no consultório para me dar a entrevista carregado de medicamentos e panfletos (Fragmento do Diário de campo, 22 de agosto de 2012).

Mas essa não foi a única vez que me deparei com representantes da indústria. Uma tarde, ambos esperando para falar com os médicos na antessala do Ambulatório de Psiquiatria, encontrei um representante que já havia cruzado outras vezes e ficamos fazendo piadas sobre como estamos sempre esperando os médicos.

Tive a oportunidade de ver esse representante quando na sua primeira visita ao Ambulatório e presenciar seu diálogo com os médicos:

Ele se apresentava falando seu nome e laboratório, dava seu cartão e dizia em seguida: “estou aqui no lugar do

Silva”, antigo representante desse laboratório e que obviamente os médicos conheciam (Fragmento do Diário de campo, 14 de agosto de 2012).

Em seguida falava da redução de preços de um dos medicamentos. Por princípios talvez éticos, não vou expor aqui o laboratório e os nomes dos medicamentos. Para todos os médicos com quem conversava esse representante falava basicamente a mesma coisa: que o genérico do mesmo princípio ativo estava mais caro e que essa era uma informação importante para o médico poder informar para o paciente que poderia comprar um material de qualidade, “assim você preserva o paciente”. Por fim, ele deixa um pouco de amostras para cada um, ao que Lisandra pede que ele deixe no armário junto das demais, o que ele faz prontamente. Os demais pegam as amostras para eles mesmos guardarem. No final, quando se despedem, o representante diz que voltará de 15 em 15 dias no Ambulatório de Psiquiatria para manter contato com os residentes.

Depois de falar com quatro residentes, pergunta para a secretária se tem mais alguém para conversar. Notei que logo após cada conversa com os residentes ele fazia anotações em seu tablet. Em determinado momento me perguntou o nome da secretária e quando eu respondi, ele ficou olhando intrigado para seu tablet, me parecendo que o nome não era o mesmo que estava ali – o que faria certo sentido, já que a secretária era relativamente nova no cargo, tendo começado no final do semestre passado.

Nesse mesmo dia, a determinada altura, outro representante (de um outro laboratório) chega na secretaria e chama pelo preceptor Daniel. Quando o preceptor se apresenta, traçam uma conversa cordial. O representante diz que estava de passagem pela região da UFSC e que resolveu passar para cumprimentar. Daniel o convida para entrar na sala de estudo dos residentes, por onde ficam por um breve momento, retornam à secretaria e, ao se despedirem, confirmam o jantar que aconteceria na noite seguinte. Em outro dia, tive a oportunidade de ver esse mesmo representante presenteando a secretária da Área B com uma barra de chocolates e notei que, de modo geral, ele parecia conhecer bem muitas pessoas da residência.

As investidas dos representantes, vistas como “um mal necessário”, como apontou o residente Rodrigo, foram relatadas como frequentes no HU e esporádicas no IPq/SC.

Normalmente tem sempre pelo menos dois ou três [por semana]. Geralmente eles vêm, dão algum material, um artigo, mas sempre ligado a um produto que eles estão vendendo... Alguns [produtos] são bons, mas tem que ficar bem ligado pra não se deixar levar, é claro que eles vão sempre puxar a sardinha pro lado deles, tem que ficar ligado, mas tem coisa boa, sim (Tiago, residente).

O preceptor Daniel acredita que há uma postura crítica quanto à presença da indústria farmacêutica junto aos serviços de saúde que, em sua perspectiva, é injustificada:

Tem essa crítica sobre representantes farmacêuticos seduzirem médicos – laboratórios inventam a doença, convence os médicos de quem tem a doença pra prescrever remédio, é uma grande besteira, sabe? Porque sai caríssimo desenvolver isso. Até assim, que bom que eles conseguiram desenvolver esses medicamentos, né? (Daniel, preceptor)

No geral, os profissionais com quem conversei apontam que a presença dos representantes é tida como tolerável devido às amostras que esses fornecem aos pacientes de SUS que de outra maneira não teriam acesso a tais medicamentos.

Nos ambulatórios quando o paciente não tem dinheiro a gente acaba fornecendo. Amostra grátis no ambulatório é mais interessante para ver se o paciente se adapta a medicação ou não tem dinheiro pra comprar... Por exemplo, a gente quer botar um antipsicótico mais moderno, a gente faz um processo pro governo e demora três meses... E esses três meses, como é que fica? A pessoa fica sendo abastecida com amostra grátis até o governo fornecer esse remédio (Paula, residente).

Em uma das semanas que realizava atividade de campo no IPq/SC os médicos falavam bastante da falta de clozapina, um antipsicótico bastante utilizado no hospital visando conter surtos.

Por exemplo, agora, o hospital está sendo abastecido com amostra grátis. Acabou essa clozapina que te falei,

já tem duas semanas só com amostra (Luís Felipe, residente).

Por medidas sanitárias, não seria permitida a entrada de medicamentos além da via de entrada institucional no hospital, mas em momentos de crises essas medidas não são obedecidas em nome do “bem estar do paciente” e da “ordem hospitalar”.

A gente traz amostras de outros locais... Não pode trazer medicação de fora pro hospital. Mas... deixa *psicotizar* ou passa por cima da vigilância sanitária? A vigilância sanitária não deixa trazer amostra de fora. Mas ou você deixa *psicotizar*, quebrar tudo, ou traz amostra grátis. A vigilância que me desculpe, mas eu quero tratar meu paciente (Luís Felipe, residente).

Também foi referido que a medicação disponibilizada pelo SUS, de acordo com o sistema de licitação, é de qualidade inferior às marcas: “o governo só dá o básico, o governo só fornece a medicação com mais efeito colateral e muitas vezes com qualidade inferior”, diz a residente Joana.

Tiago, residente, diz que “as amostras não são sempre constantes”, mas muitas vezes o mesmo princípio ativo é usado de empresas/marcas diferentes.

São importantes, principalmente pelo SUS, né? Tem muita medicação que não são disponíveis, o paciente não pode comprar, o que tem pelo SUS não vai ajudar, não resolve o problema dele... Então fica naquela, você acaba ficando meio refém da indústria pra poder ajudar o paciente... Então você mantém o tratamento com a amostra (Tiago, residente).

Paula diz que às vezes usam-se as amostras para iniciar o tratamento e ver como o paciente se adapta e afirma que, quando acha que o paciente tem condições, indica que esse compre a marca – observando, como observa Márcio, o impedimento de se prescrever a marca, prescreve o princípio ativo e indica a marca.

Para os profissionais da residência no geral, os representantes dos laboratórios farmacêuticos são vistos como inofensivos e por vezes um pouco inoportunos.

Eles [representantes] ficam cercando por tudo quanto é lado... Antigamente era pior ainda, eles davam muitos brindes, viagem... Tinham controle de qual médico prescrevia qual medicação, se ele... Porque daí na farmácia, quando tem medicação controlada, quando compra fica lá o cadastro com o CRM de quem prescreveu. E não sei, de alguma forma eles tinham acesso a isso – não sei se ainda tem – e viam qual médico, CRM tal, tem prescrito bastante a nossa medicação, aí ganhava um prêmio. Hoje em dia é proibido isso, não tem mais (Tiago, residente).

Se a maior parte dos profissionais relata receber apenas panfletos e medicamentos, o relato do preceptor Ivan tem um tom acusatório que se destaca dos demais. Em uma dessas conversas não gravadas, Ivan (preceptor) denuncia que os laboratórios farmacêuticos oferecem jantares e outros brindes aos residentes e psiquiatras e não apenas os panfletos, revistas com artigos e medicamentos, como haviam dito. Mas o problema maior, aponta esse preceptor, diz respeito à judicialização da saúde, processo através do qual aspectos judiciais intervêm na ordem instituída pelo Ministério da Saúde em nome de exceções <sup>39</sup>. No caso dos medicamentos, aponta a existência de um processo no qual o tratamento é iniciado nas redes públicas de saúde com o uso de medicamentos não fornecidos pelo SUS e, após alguns meses de uso (quatro, em média), se houver melhora no quadro, o profissional responsável pode pedir para que o remédio seja fornecido gratuitamente ao paciente, ou seja, o tesouro arcando com o gasto. O problema, reflete ele, é que em 90% dos casos tal procedimento não seria necessário. Ele também argumenta que o que se considera grande diferença quanto à eficácia de medicamentos de laboratórios diferentes - ou, mais precisamente, a diferença entre os medicamentos “de marca” e genéricos, nos termos que me foi apresentado na pesquisa – é na verdade resultado de massiva propaganda da indústria farmacêutica e que os profissionais da área tem pouca ou nenhuma habilidade para lidar com as investidas dessa indústria, sendo facilmente capturados por seus discursos midiáticos; no seu ponto de vista, “não se trata de ingenuidade, mas uma falta de vontade generalizada para encarar o

---

<sup>39</sup> Ver: Pepe *et al* (2010) e Neto (2007).

que acontece na realidade na relação dos médicos com a indústria farmacêutica” (Ivan, preceptor).

Essa presença massiva dos representantes entre os médicos de diversas especialidades vem sendo bastante apontada e problematizada na literatura. Azize discute sobre como vem ocorrendo uma grande divulgação das chamadas doenças mentais entre o público leigo e que grande parte dessa divulgação é realizada por laboratórios farmacêuticos através de “informativos publicitários”, uma estratégia de marketing que é elaborada a partir da divulgação de uma pretensa utilidade pública (Azize, 2008).

Além desse aspecto, alguns autores têm problematizado o papel dos laboratórios farmacêuticos na própria produção dos “conhecimentos” sobre as doenças. A relação entre pesquisas acadêmicas e indústrias farmacêuticas é alvo inclusive de ponderações e divisões do próprio setor médico, como demonstra Azize (2010) ao apontar críticas realizadas por psiquiatras quanto à tendenciosidade de certas pesquisas vinculadas à indústria (Azize, 2010). Como também pude ver no meu campo, os profissionais não relacionados a essas pesquisas tendem a relatar uma necessidade de uma postura mais crítica quanto ao resultado dessas pesquisas. O critério para acatar ou não determinada informação sobre um medicamento estaria pautado na seriedade da pesquisa, e o envolvimento com alguma indústria muitas vezes não é o ponto central que delimita essa seriedade.

Outro ponto é a associação propagandística das qualidades “novo” e “melhor” para os medicamentos lançados pelas indústrias, associação essa que encontra boa recepção entre os profissionais da área mas que não confere necessariamente com a realidade clínica observada, conforme apontam Grob & Horwitz (2009) e Camargo Junior (2003). Para Grob & Horwitz, há um “mito” do progresso dos medicamentos que não é verificado na prática, conforme apontam pesquisas na área (Grob & Horwitz, 2009).

No que se refere à produção de conhecimento, cabe aqui apontar a crítica que autores como Grob & Horwitz realizam quanto a postura de universidades que reproduzem o discurso e os resultados das pesquisas realizadas pelas indústrias ou realizam pesquisas conveniadas a essas, dando legitimidade acadêmica às pesquisas com fins mercadológicos (Grob & Horwitz, 2009). Amarante aponta que o poder econômico da indústria farmacêutica produz “cúmplices intelectuais”, comprometendo a credibilidade

que uma psiquiatria supostamente científica almeja em suas pesquisas. Sob essa perspectiva, o autor critica o papel dos pesquisadores e da universidade em si:

A universidade reivindica a democratização das instituições de ensino e pesquisa, de assistência e de cooperação técnica, a autonomia na pesquisa e na produção de conhecimentos. Pede, ainda, o fim do autoritarismo do Estado na definição e condução das linhas e prioridades de investigação, na utilização da ciência e suas instituições a serviço da segregação e da violência social. Paradoxalmente, coloca-se passiva e submissa, quando não conivente, com o mesmo papel exercício pela indústria farmacêutica nos congressos de psiquiatria, nas pesquisas, nas publicações científicas na área (Amarante, 1996, p. 108-109).

Além disso, Amarante também chama a atenção para a associação entre tratamento médico e prescrição de medicamentos que é vinculada pela mídia farmacêutica em geral (Amarante, 1996).

Esses apontamentos nos levam a questionar a presença de interesses econômicos e mercadológicos - não relativos à ciência médica, portanto - no processo de construção e divulgação de conhecimento. As verdades produzidas pelas indústrias são facilmente assimiláveis aos profissionais devido aos incansáveis esforços dessas. Podemos notar que a ideia midiática não é a de informar, mas de educar os profissionais para a realidade das doenças e tratamentos que elas estão criando e, assim, criar um público que as legitimem ao mesmo tempo que consumam essa ideia. Nas palavras de Grob & Horwitz,

The pharmaceutical industry sponsors diseases and promotes drugs for diagnoses that are at best questionable and at worst nonexistent. Its efforts to promote medical education are often synonymous with its marketing strategy (Grob & Horwitz, 2009, p. 196)

Cabe aqui um breve exemplo do alcance dessas indústrias. O slogan “*A vida faz as perguntas. Nós buscamos as respostas*”<sup>40</sup>.

---

<sup>40</sup> Slogan de uma empresa farmacêutica sobre a área de pesquisa.

pode ser útil para ilustrar o que estou tentando problematizar aqui: primeiro, porque infere que a realidade em si da doença existe independente de um contexto e que essa pode ser reconhecida e combatida; e segundo, porque tende a legitimar a atividade do laboratório de “descoberta” de doenças e modos de diagnósticos como fontes confiáveis de acesso a uma verdade.

Além de medicamentos, os laboratórios também se especializam em procedimentos voltados para pesquisa e aprimoramento de testes e sistemas diagnósticos. Ou seja, o mesmo laboratório que cria os medicamentos para determinada doença está sendo cada vez mais responsável pela identificação da mesma. As indústrias têm a tendência de abranger todas as etapas que envolvem a questão diagnóstica e não apenas o medicamento, suposto produto final, como fica claro em um website:

[A empresa] atua em todos os segmentos de mercado, da pesquisa científica ao laboratório de análises clínicas e à área de automonitoramento pelo paciente (Roche Brasil, acesso em 15/10/2012).

A relação da psiquiatria com a indústria farmacêutica aparece aqui como uma questão central quando se desloca o foco de sua atuação. Essa indústria não realiza suas atividades simplesmente se apropriando do conhecimento dados ou alterando dados sob suas bases, mas vem realizando um trabalho de “pesquisa” tão minuciosamente elaborado que vem, aos poucos, se fundindo ao próprio saber psiquiátrico que, como vimos, tende a um saber hegemônico para pensar as relações não apenas médicas, mas também sociais, sobre saúde mental. A indústria farmacêutica, assim, está cada vez mais envolvida nos processos epistemológicos mais básicos da psiquiatria e repercutindo sob essa em novas criações de subjetividades (Amarante, 2010).

Não cabe aqui, assim, puramente uma crítica aos aspectos de ordem capitalista – o discurso de que as indústrias funcionam pela lógica do lucro e exatamente por isso inovam é, por bem ou por mal, bastante aceito na nossa sociedade e essa discussão, embora com certeza rica e interessante, não encontra espaço na presente dissertação. De qualquer forma, o ponto mais problemático dessa questão envolvendo a indústria farmacêutica está dado na questão epistemológica. Conhecimentos e procedimentos diagnósticos estão sendo produzidos a partir de um

viés de lucro e encontrando grande respaldo entre os profissionais e técnicos da área (Camargo Júnior, 2003). Assim, me parece que apontar o assunto e se contentar com a crítica dos representantes da indústria – e a indústria farmacêutica mesmo – por mecanismos de divulgação de medicamentos é quase ingênuo se observarmos seu alcance maior, a criação de categorias diagnósticas na qual estão indireta e eficazmente envolvidos. E esse alcance é o que vem passado despercebido por profissionais da área, que, mesmo olhando os resultados das pesquisas da eficácia de medicamentos patrocinadas pela indústria com uma suposta ressalva crítica, não parecem problematizar a máquina de produção de “conhecimentos” diagnósticos que essas indústrias têm se tornado. A indústria farmacêutica é cada vez mais o meio legítimo para se falar em saúde, e esse aspecto passa despercebido na formação e atuação desses profissionais.

De certa forma, podemos perceber que a psiquiatria contemporânea está tão implicada com a indústria farmacêutica que fica difícil pensar em críticas a essas indústrias que não se estendam à própria lógica estrutural da prática psiquiátrica atualmente – daí, talvez, a dificuldade de realizar críticas de uma maneira mais aprofundada às indústrias dentro da psiquiatria.

#### *4.2 A psiquiatria brasileira em um momento pós-Reforma Psiquiátrica*

Um dos aspectos bastante ressaltados pelos sujeitos dessa pesquisa foi a questão da Reforma Psiquiátrica, programa de implementação de uma nova política de saúde mental no Brasil que teve como principal foco o fechamento de hospitais psiquiátricos.

Por “Reforma Psiquiátrica” entendo aqui um movimento que passa a ocorrer no Brasil no final da década de 80 junto ao movimento de redemocratização do país. Esse movimento se inseriu em uma luta mais ampla por redemocratização no país e teve origem nas demandas trazidas por profissionais da área e familiares de pessoas que viviam sob o regime de internação psiquiátrica, inspirados em movimentos que ocorriam em outras partes do mundo. A partir de uma sucessão de leis a partir do projeto de lei nº 3.657/89 ambos ocorridos em 1989, gradativamente passa-se a repensar e reconstruir o cenário das políticas públicas da saúde mental no Brasil e a Reforma

Psiquiátrica é finalmente implantada com a lei 10.216 de 06 de abril de 2001. Hoje, entre outras perspectivas, encontramos a previsão de fechamento dos leitos de longa permanência em hospitais psiquiátricos, a desinstitucionalização de pacientes internados e ações que viabilizem a reabilitação psicossocial através da implementação dos CAPS (Tenório, 2002).<sup>41</sup>

Além disso, de acordo com Andrade (2012), a Reforma tinha/tem como perspectiva a superação da cultura manicomial em seu sentido mais subjetivo e des-estigmatizante da figura do usuário desse serviço: "Neste sentido, o processo da reforma psiquiátrica iria além da pura e simples desospitalização, mas pretenderia desconstruir o hospital psiquiátrico e todo o aparato teórico, subjetivo, ético, estético e físico que o mantém, enfim, tudo o que ele representa" (Andrade, 2012, p. 79).

Mais de uma década depois de sua implementação oficial, no entanto, permitiram ver que isso não foi o que aconteceu na realidade e críticas constantes estão sendo realizadas pelos diversos profissionais e teóricos da saúde mental, como foi possível ver tanto em campo quanto na literatura consultada. Essas críticas seguem, grosso modo, duas frentes: os médicos e psiquiatras ligados às prerrogativas da ABP e contrários à Reforma Psiquiátrica referem uma política de desassistência e apontam o sucateamento do serviço de saúde mental. Por outro lado, os demais profissionais da área que são favoráveis à Reforma Psiquiátrica apontam principalmente para a permanência de uma lógica manicomial mesmo nos novos serviços de assistência em saúde mental e criticam, dentre outros aspectos, a intensa medicalização de seus usuários, como discutiremos nessa seção.

Em relação aos profissionais com que conversei, a crítica foi unânime no que se refere ao fechamento dos hospitais psiquiátricos, considerado como sendo um dos maiores erros que o programa de saúde pública já cometeu. Quanto a essa crítica, dois argumentos são centrais: o primeiro, de que as políticas da reforma acarretaram um momento de desassistência e maior sucateamento da saúde mental. E, segundo, uma tentativa de deslegitimação dessas políticas por serem consideradas resultadas de uma "ideologia" e não de uma "ciência", como seria o caso da psiquiatria.

---

<sup>41</sup> Sobre história da Reforma Psiquiátrica no Brasil, ver Andrade (2012) e Pitta (2011).

No que se refere a encarar as políticas enquanto desassistência, chama a atenção que, aliado a dados e à realidade em si que me era mostrada de uma demanda imensa das enfermarias de agudos, um argumento que foi usado inúmeras vezes foi a associação entre aumento de incidência carcerária associado a momentos de desospitalização no Brasil e no mundo.

Em outros países, após fechamento do hospital psiquiátrico notaram como consequência ocorrência de prisão de ex-internos, piora de quadro e aumento da indigência desses pacientes. Felizmente isso vem sendo revertido lá fora (Luís, preceptor).

Acabar [o hospital psiquiátrico] e aí, pra onde vai esse paciente? Vai pra um hospital geral, onde ninguém sabe lidar com esse paciente? Vai deixar ele na rua? Acho que já te falaram isso, desde que começou a luta antimanicomial - não sei se na década de 70, 80, aí - daí fizeram as estatísticas da diminuição do número de pacientes em hospital psiquiátrico, que é brutal, assim, só paralelo ao aumento da população carcerária. Então muitos desses pacientes que estariam, estavam em hospital psiquiátrico, foram pra rua, sem suporte nenhum, acabaram cometendo algum crime, alguma coisa, e foram parar na cadeia. Então tem muito paciente psiquiátrico que tá na cadeia... Trocou uma coisa pela outra. O paralelo de diminuição de um e aumento de outro é bem evidente, é clara (Tiago, residente).

A política de fechamento de leitos acaba mudando o rótulo de “doente mental” para “morador de rua” (Lilian, preceptora).

Esse argumento, tão central e aparentemente tão atualizado, tem repercussões mais profundas que convém aqui explicitar. Como vimos, foi relatada uma relação de “ex-internos” como “futuros internos” de prisões como consequência do hospital no sentido causal de o fechamento dos leitos gerarem prisões e apontado para esse aspecto social do hospital. No entanto, esse aspecto social, narrado enquanto consequência, pode ser considerado uma causa mesma do hospital, como mostram os minuciosos estudos elaborados por Foucault (1994; 2006), por

exemplo. Esse discurso de que o fechamento de leitos psiquiátricos aumentará a incidência de moradores de ruas e a criminalidade tem um fundamento estrutural interessante se atentarmos para o fato de que, de acordo com a perspectiva foucaultiana, os hospitais psiquiátricos desde o seu início foram construídos e utilizados para a contenção e exclusão da pobreza: menos um local terapêutico do que uma medida administrativa para organizar a cidade com base na moral burguesa em ascensão (Foucault, 1990; 1994). Nos relatos coletados na realização dessa pesquisa, vimos inúmeros apontamentos para o aspecto social que tem o IPq/SC atualmente.

Contudo, entender o fechamento de hospitais psiquiátricos como solução central para esse problema seria (e foi) uma perspectiva talvez ingênua dos movimentos de Reforma, como algumas críticas procuram mostrar (Amarante, 2010). A opressão social pela qual passam as subjetividades “loucas” localiza-se muito além dos hospitais, envolve complexos mecanismos de subjetivação através de práticas e diagnósticos e, dentre outras coisas, converge substancialmente para uma questão de diferenças de classes sociais e o status a essas associados, fato esse que pode ser verificado se formos avaliar a diferença de status que circundam hospitais públicos e privados – o que, por uma limitação temporal e espacial, não tem como ser abordado com maior profundidade aqui. Contudo, é significativo apontar que atualmente o estado de Santa Catarina conta com quatro instituições psiquiátricas, três delas privadas, e a função estigmatizadora tende a ter maior peso exatamente na instituição que é pública.

Conforme demonstrou Foucault (1995), o hospital psiquiátrico surgiu como um dispositivo de ordenamento da cidade muito mais do que para a cura. Falar de um suposto aumento de índice de mendicância e criminalidade após o fechamento de leitos não é apontar uma consequência catastrófica, mas tão somente deixar claro as raízes nas quais repousa a lógica do hospital, um estabelecimento com finalidade de contenção das minorias e ordenamento da sociedade.

Associar o fechamento dos hospitais com desassistência – ponto que tem sido um dos argumentos centrais dos defensores do hospital psiquiátrico – pode ser uma perspectiva bastante enviesada que reduz a ideia de assistência ao cuidado hospitalar quando na verdade há outras formas de pensar assistência a essas pessoas que não seja a assistência hospitalar. A própria perspectiva de que o

hospital existe para conter uma possível criminalidade mostra uma lógica hospitalar com uma função social para além do que se propõe o cuidado à pacientes com transtornos mentais em estado grave e isso, acima de tudo, mostra a importância de se praticar outras formas de assistência em saúde mental.

Um segundo ponto levantado pelos sujeitos dessa pesquisa como crítica à Reforma Psiquiátrica foi a ausência de aspectos “técnicos” e “científicos” ao mesmo tempo em que apontam para a prevalência de um “excesso de ideologia” nas discussões que culminaram na lei 10.216.

O que se vê acontecer é a evolução, né, dos parâmetros, dos critérios e do conhecimento específico em cada área da medicina seja ela qual for. E a psiquiatria historicamente passou por isso. Eu diria que até mais do que a psiquiatria a própria saúde mental. Né? Então eu acho também que salvo exceções aconteceu muito – acontece, ainda – uma politização – não sei se politização seria o termo mais correto – mais assim, um enviesamento político de uma discussão que deve ser técnica. Isso é algo que na minha opinião eu vejo. Então tem muito viés de discussão. Eu não acho que a gente tenha uma Reforma Psiquiátrica, eu acho que vem tendo, que a gente precisa, na verdade - um pouco já aconteceu mas precisa ainda mais - de uma reforma das políticas de saúde e em especial de Saúde Mental (Eduardo, preceptor).

O problema com ideologias é que elas não têm conhecimento técnico. A psiquiatria acaba tendo uma função social, mas esse não é o ideal, o ideal é que a população falasse pelos doentes mentais, “alguém” que se colocasse entre a psiquiatria e a ideologia da reforma e intermediasse o diálogo (Luís, preceptor).

Nesses relatos, podemos ver como esses preceptores dissociam “ciência” e “técnica” de “política”, consideradas como existindo desvinculadas uma das outras. Para Luís, a psiquiatria precisaria de alguém para falar por si, dado a situação estigmatizadora em que essa se encontra e que “o psiquiatra falando a favor de si é visto como ‘defendendo a própria causa’ e essa não é a função da psiquiatria, é como se exigissem que os pediatras militassem contra abuso infantil” (Luís, preceptor). Luís

conclui dizendo que a formação dos residentes é estritamente técnica: “questões políticas não competem ao psiquiatra, logo não faz parte da formação dos residentes” (Luís, preceptor).

Os médicos e psiquiatras com quem conversei foram unânimes na defesa do hospital psiquiátrico, em geral dotados de uma postura crítica, mas alguns apontaram a importância de um serviço de emergência psiquiátrica também no Hospital Geral. De modo geral, os médicos apontam para a necessidade de uma reforma do hospital e não a sua exclusão da sociedade. De acordo com esses médicos, o espaço do hospital psiquiátrico, desde que se entenda que esse não seja encarado enquanto moradia ou confinamento, mas tão somente um recurso de internação a curto prazo, é essencial para o equilíbrio de uma rede em saúde que preze por prevenções de internação. A internação, afirmam muitas vezes, é recurso “de último caso” (Tânia, preceptora), sendo que se procura “evitar a todo custo a internação” (Tiago, residente). Um dos aspectos ressaltados para uma demanda tão grande no IPq/SC – e também nos CAPS - é uma falha nos setores primários (Postos de Saúde e sistemas de matriciamento) e secundários (Ambulatórios e Policlínicas).

Essa demanda toda é por conta da incompetência do serviço retro-hospitalar. A rede ambulatorial é, de modo geral, em psiquiatria, é muito deficitária. É a principal explicação pra essa demanda (Luís, residente).

A gente trabalha com a ideia de níveis de complexidade. O hospital é parte integrante de um sistema que deveria funcionar em rede. É muito... Seria um retrocesso a gente continuar defendendo um modelo hospitalocêntrico, como se o hospital fosse a sede ou um quartel-general da saúde. Foi assim durante muito tempo em várias especialidades, a psiquiatria não é a única. Isso não funciona de fato, uma boa parte de problemas de saúde tem capacidade de ser atendido a nível ambulatorial, a gente não defende a ideia do modelo hospitalocêntrico de maneira alguma, tem que ter uma boa integração desse serviço hospitalar com os demais níveis de hierarquia... O nível de complexidade do atendimento é que deve determinar o local que o paciente deverá ser atendido (Vitório, residente).

O hospital psiquiátrico considerado ideal atenderia casos de emergência por um curto período de tempo e depois encaminharia o paciente de volta à rede primária e secundária. Para muitos dos médicos e psiquiatras com quem conversei (e de acordo com as propostas da ABP), esse sistema deve continuar ocorrendo no espaço do hospital psiquiátrico, entendido como espaço por excelência para o cuidado desses casos. Esse é um projeto similar que a Reforma preconiza para a abertura de leitos em hospitais gerais, porém pensado a partir do hospital psiquiátrico.

Além de considerarem que “não se ouve falar em fechamento de hospitais cardiológicos, por exemplo” (Daniel, preceptor), apontando uma espécie de estigma com a psiquiatria, alguns sujeitos dessa pesquisa tenderam a achar mais terapêutico uma ala isolada, mas não necessariamente um hospital distinto dos demais. Ter acesso a equipamentos de exames laboratoriais clínicos e outros especialistas foi relatado como amplamente desejável para a estrutura do atendimento psiquiátrico, uma vez que o encaminhamento de casos clínicos (não psiquiátricos, como um derrame, por exemplo) é muito mal recebido, quando recebido, nos hospitais gerais, que tendem a “ver um paciente psiquiátrico como se ele fosse só psiquiátrico, não tivesse nada mais... Quando na verdade são pacientes que muitas vezes precisam de muitos cuidados clínicos” (Liandra, residente). Essa postura quanto aos pacientes psiquiátricos nos hospitais gerais estende-se para além dos casos de encaminhamentos e é considerada responsável, inclusive, pela recusa de hospitais gerais em abrirem alas psiquiátricas.

Os hospitais gerais teriam assim certa autonomia para recusar a abertura de leitos psiquiátricos quando alegam falta de recursos, o que nos leva a uma situação limítrofe das políticas públicas em psiquiatria: por um lado, um decreto federal abolindo os hospitais psiquiátricos e instituindo abertura de leitos em hospitais gerais e esses se negando a fazê-lo e, de outro, a permanência dos hospitais psiquiátricos como único recurso viável para sanar a demanda de pacientes de emergência psiquiátrica, uma vez que os CAPS, embora tenham esse papel, são ainda mais insuficientes do que os leitos disponíveis para emergências no IPq/SC. Diante esse quadro, a aspiração de fechamento dos hospitais psiquiátricos postuladas pela Reforma Psiquiátrica é vista como um equívoco:

Existe uma política perversa do Ministério da Saúde de sufocamento e fechamento dos leitos como se isso fosse solução, existe uma ideia de que doença mental se resolve por decreto: a partir de hoje não existe doença mental. E eles acham que iam conseguir solucionar o problema de assistência psiquiátrica no país. Isso é fruto de uma ideologia extremamente perversa que perdurou durante bastante tempo pelo grupo que coordenava a saúde mental no Brasil. A desassistência ambulatorial a gente entende como sendo uma das principais causas da sobrecarga. A falta de leitos psiquiátricos também (Alexandre, preceptor).

Falar de fechamento de Hospital Psiquiátrico é uma abominação, você não ouve falar de fechamento de outros hospitais. Se está mal tem que internar e pronto. E se o hospital tem problemas tem que falar em reformar, não em fechar (Luís, preceptor).

Poderíamos atentar ainda para um terceiro ponto de argumentação que surgiu quanto a essa questão de fechamento dos leitos psiquiátricos e da própria Reforma, que seria uma espécie de crítica a um “estigma foucaultiano” da psiquiatria, ponto esse presente tanto no campo quanto na literatura consultada, embora de maneira mais periférica. Essa problemática não foi trazida por mim durante a pesquisa mas dentre os médicos que falaram no assunto a crítica em geral se referiu ao enviesamento que a leitura de Foucault acarretava para a Reforma:

Foucault é importantíssimo, tem que estar presente, mas talvez um contraponto pra poder enriquecer mais... Sabe o que eu tenho impressão, as vezes, quando eu leio – não o seu texto [meu projeto] mas os que eu li lá no CAPS - no que eu tenho lido da área, quando inclui Foucault, principalmente da Fiocruz, às vezes parece que é uma Bíblia... (Alexandre, preceptor).

Nesse sentido, Freitas (2004) também aponta que estamos vivendo um modo “pós foucaultiano” já habitual que serve de base para se pensar a medicina e principalmente a psiquiatria sob uma perspectiva crítica e que isso pode ser um enviesamento

conservador para se pensar o contexto atual da prática psiquiátrica. Nesse sentido, questiona:

Como agir, como intervir nos novos serviços que estão sendo criados no país segundo os princípios da reforma psiquiátrica propostos, quando, ao mesmo tempo, tem-se uma postura antipsiquiátrica considerada como a única politicamente correta? (Freitas, 2004, p. 76)

Outra problemática em decorrência desse modelo assistencial proposto pela Reforma Psiquiátrica diz respeito ao trabalho multidisciplinar – sobretudo nos CAPS, tidos como “centros estratégicos nesse processo” (Andrade, 2012, p. 85). O trabalho multidisciplinar, no entanto, foi relatado como extremamente difícil e controverso pelos profissionais com quem conversei.

Embora relatados que os diferentes enfoques de área na prática da saúde mental, tanto hospitalar quanto nos CAPS “são olhares diferentes, mas acho que essas diferenças são possíveis de integrar; elas têm que servir não como um conflito, como um atrito, mas na possibilidade de ver o outro” (Alexandre), é apontada a ausência de um diálogo efetivo na prática: “se a equipe não dialoga, não entende que esse paciente é um sujeito que tem subjetivações, assim como ele é orgânico também, a equipe não vai dar conta dele” (Alexandre, preceptor).

Para a preceptora Ingrid, o diálogo é sempre realizado de maneira parcial uma vez que cada área falaria de uma linguagem técnica própria não passível de completa interação uma com a outra:

... A abordagem qualitativa é exatamente o oposto, né? É mostrar que o que ficou na marginalidade é o que faz a diferença, não dá pra dizer que todo mundo é igual. E a visão médica é essa, né? Um biologismo muito forte. Então aqui é um trabalho de desconstrução de visões, e não é muito fácil. Tem um grupo que tenta manter esse status e tem um grupo que tenta mostrar pra eles um status diferente (Ingrid, preceptora).

Pela formação deles, a formação deles é mais... Ainda que apareça o qualitativo, eles tendem a objetivar. A ir pela lógica biológica, que é quanti. Essa é a formação do médico, né? (Ingrid, preceptora)

No que concerne especificamente ao ensino da residência, aponta que

não são todos nessa residência que tem formação psicodinâmica, são alguns. E a abordagem psicodinâmica, às vezes, exige um preparo que eles não tem. Eles acabaram de fazer seis anos de uma abordagem biológica, então não é porque entrou na residência que eles mudam (Ingrid, preceptora).

Além disso, o medicocentrismo é criticado tanto pela perspectiva mais médica devido a uma sobrecarga de responsabilidades e demandas quanto pelo ponto de vista dos demais profissionais que criticam a abordagem reducionista da biomedicina.

Ou seja, o que era para ser um diálogo multidisciplinar, um dos carros chefes das políticas em saúde mental, mostrou-se mais uma sessão de *monólogos entrecruzados*, no qual as partes apenas se contrapõe sem nada compor, do que um diálogo.

Essa falha de diálogos também se reflete na escassez de discussões sobre as perspectivas de usuários dos serviços de saúde mental: adepta das premissas antropológicas, não poderia deixar de ressaltar que, quer seja dentre os psiquiatras ou entre adeptos dos movimentos antimanicomiais, há pouquíssima referência à tentativa de escutar as vozes dos usuários desses sistemas. Acredito que está na hora de olhar mais atentamente para as pessoas que usam e circulam por esses serviços e questionar a demanda real delas em vez de se ater em um debate interminável entre os profissionais – pois se os próprios críticos da opressão do sujeito manicomial não dão voz aos “loucos”, não seria também isso mais um indício de que a menoridade da loucura ainda não foi superada?

Outro ponto que pareceu problemático foi em relação ao próprio termo “Reforma Psiquiátrica”. Durante o campo, quando surgiu esse termo, as críticas vinham em um tom ácido. Desde a primeira vez que o utilizei e percebi o quanto esse era considerado ofensivo para os sujeitos dessa pesquisa, deixei de utilizá-lo, optando por termos substitutivos como “políticas de desinstitucionalização”, por exemplo, mas as críticas quanto ao uso do termo surgiram de maneira espontânea durante a realização do campo.

A minha visão é a seguinte: o que chamam de Reforma Psiquiátrica é uma... Pra mim é uma piada, porque não tá fazendo uma reforma da Psiquiatria, o que se fez é uma reforma da política de Saúde Mental, é uma outra coisa. E achar que o problema da saúde mental é o psiquiatra é uma piada também, né? Nunca ouvi falar de uma reforma ginecológica ou uma reforma cardiológica, né? (Eduardo, preceptor)

Esse é um termo que caiu na linguagem, digamos assim, comum, se falar de Reforma Psiquiátrica quando na verdade se está falando de políticas públicas para a saúde mental (Tânia, preceptora).

Reforma psiquiátrica é uma bobagem, você não vê falar em reforma da cardiologia... O que se está reformando não é a psiquiatria, é o modelo de assistência (Daniel, preceptor).

Já havia encontrado na literatura que o termo “reforma” é visto com reticências por muitos profissionais da área, que argumentam que “sempre esteve na base da psiquiatria a questão problemática do agenciamento social da loucura” (Tenório, 2002), sendo a prática psiquiátrica em si uma prática de constante repensar sobre si mesma, uma constante “reforma” em si, por assim dizer (Freitas, 2004; Tenório, 2002). Conforme sintetizado nesses relatos, há quase que um consenso entre os sujeitos dessa pesquisa no que se refere a considerar inapropriado o termo “Reforma Psiquiátrica” para o conjunto de ações que estão ocorrendo em termos de políticas públicas, apontando que não é a psiquiatria que vem sendo ou precisa ser reformada, mas os serviços de saúde mental em geral. No entanto, o termo parece bastante apropriado quando levamos em consideração algumas das discussões que serviram de base para pensar esse processo, como as realizadas por autores como Foucault (2006), Goffman (1996) e Basaglia (1991) nas quais é apontado que é a própria psiquiatria que deve ser alvo de mudanças, visto essa ser considerada enquanto sua abrangência discursiva (Foucault, 2006) e instituidor de práticas não apenas médicas, mas com ampla reverberação social. Além disso, as críticas são feitas também no que se refere à própria concepção da loucura. Como aponta Andrade,

A crítica feita pela antipsiquiatria é posta, sobretudo, sobre a forma pela qual o saber psiquiátrico percebe a loucura e introduz neste campo a ideia de que a loucura é uma manifestação ante o mundo e, por isso, não deve ser tratada quimicamente, mas sim em processos de transformação social (Andrade, 2012, p. 230-231).

A psiquiatria se depara, assim, com críticas dirigidas a aspectos sob os quais está estruturada mais intimamente, seu próprio modo de produção de verdade, sua concepção de loucura e de tratamento (na época, quase totalmente asilar). Não é de se estranhar, assim, que a psiquiatria passou a ter para si argumentos da ordem muito mais científico-físico após o período de intensas críticas à psiquiatria e o advento da antipsiquiatria e movimentos antimanicomiais (Caponi, 2011). Podemos supor que um grupo de profissionais da psiquiatria, ao ver a disciplina colocada em tamanha evidência crítica, possam ter optado por focar uma reformulação teórica voltada a uma vertente mais “biológica” pensando em meios de valorizar novamente suas práticas, como uma espécie de sistema de auto-preservação e auto-afirmação frente às críticas que o sistema asilar e a própria disciplina estavam recebendo e que faziam balançar suas próprias razões de ser.

Não é o objetivo desta dissertação elaborar uma longa discussão e problematizar a fundo o contexto da Reforma – para isso, temos trabalhos maiores e mais competentes à disposição, com análises realmente profundas e posturas críticas admiráveis.<sup>42</sup> Mas não poderia deixar de efetuar um diálogo entre essas teorias antimanicomiais e os relatos dos psiquiatras, psicólogos e médicos que ouvi em campo: se há algo unânime entre essas variadas visões, é que de há algo errado no cotidiano da saúde mental brasileiro nesse período pós-Reforma.

No Brasil e no mundo está se vivendo esse momento em que a Reforma passou e é preciso ver quais problemas deixaram de existir, quais perduraram e quais novos problemas surgiram. E esse é um momento importante exatamente porque, após os movimentos antimanicomiais terem conquistado lugar ativo nas novas configurações de políticas em saúde mental, seria um momento propício para um diálogo efetivo entre as áreas. Mas embora

---

<sup>42</sup> Ver: Amarante (2010); Andrade (2012); Basaglia (1991), Pelbart (1992) e Pitta (2011), entre outros.

acredite ser possível um discurso conciliatório entre movimentos antimanicomiais e a psiquiatria, não podemos deixar de atentar para o fato de que nos cânones mais subjetivos da luta antimanicomial, encontra-se a ideia de que a loucura deveria deixar de ser estigmatizada e não ser mais tratada como “transtorno”, mas como experiência de sofrimento do sujeito que a vivencia em suas relações com/no mundo (Basaglia, 1991) . E, assim, é necessário questionar: se isso realmente ocorresse, não mais seria necessária a psiquiatria? Pois se esse for o pano de fundo de toda a reforma, é compreensível a ânsia da psiquiatria tradicional em se manter, se salvaguardar a partir de recursos tanto biológicos quanto psicodinâmicos. Ou seja, a psiquiatria tradicional está em uma situação desconfortável desde a ascensão de sua “arqui-inimiga”, a antipsiquiatria, e os movimentos de reforma, agora instituídos, a tomam mais como um entrave, um apesar de, do que enquanto uma possibilidade de diálogo. Mas, convém ressaltar, existem práticas de psiquiatria que dispensam a base asilar e se mostram propícias para conviver com as demais áreas nesse período pós-Reforma Psiquiátrica.

Essas concepções críticas por parte de profissionais de abordagens biológicas da psiquiatria, digamos assim, já tinha sido apontado por Amarante (1996). Esse autor defende que há três formas de entender a desinstitucionalização: uma enquanto desospitalização, originada nos EUA e que não questiona o saber psiquiátrico que a permite, ou seja, pressupõe uma “correta” aplicação dos saberes psiquiátricos. A segunda, enquanto uma desassistência, é referida como um entendimento errôneo da desinstitucionalização, principalmente por parte de interesses de grupos como a indústria farmacêutica e a corporação médico-psiquiátrica, como alguns setores do Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). E, por fim, a desinstitucionalização enquanto desconstrução encontra adeptos nos movimentos antimanicomiais e tem por base uma crítica epistemológica ao saber médico constituinte da psiquiatria (Amarante, 1996).

Há uma grande diferença no modo de conceber a desinstitucionalização de acordo com cada uma dessas perspectivas. Para os movimentos antimanicomiais, a desinstitucionalização precisa ser “um processo prático de

desconstrução e, simultaneamente, um processo de invenção de novas realidades” (Amarante, 1996, p. 30).

Não obstante, o que se tem visto na prática é um pouco mais controverso. Um dos pontos que vem sendo problematizado atualmente nas lutas antimanicomiais diz respeito a mecanismos disciplinares ortodoxamente manicomiais, como a contenção química e física, sendo reproduzidos em ambientes antimanicomiais (Andrade, 2012).<sup>43</sup>

No meu TCC, uma das mulheres com quem realizei a pesquisa de campo contou uma história que é relevante retomar nessa discussão. Tendo passado previamente por uma internação involuntária no IPq/SC, experiência que não lhe dava boas lembranças, se encontrou pela segunda vez no plantão do hospital para ser avaliada, se seria ou não internada. Negociando com o médico que decidiria sobre a questão, esse lhe propôs que tomasse os remédios que lhe dava como condição de não internação. Balançando a requisição de internação nas mãos, lhe apresentava os remédios como condição de não internação.<sup>44</sup> Ou seja, observamos aqui o exemplo da substituição de um modo de contenção por outra. Interessante observar, no entanto, a quantidade de medicamentos utilizada dentro do próprio hospital, que efetua assim uma dupla contenção, química e física – tudo em nome da “segurança” e da melhoria do caso clínico do paciente.

Nesse sentido, Maluf aponta a emergência de uma centralidade no uso dos medicamentos nesse contexto de novas políticas em saúde mental no Brasil (Maluf, 2008). Os

---

<sup>43</sup> Além de pesquisas observarem uma intensa medicalização nessa área (Maluf, 2008; Andrade, 2012; Diehl *et al.*, 2010) que tem sido alvo de crítica pelos próprios usuários do sistema quando esses são finalmente ouvidos (Andrade, 2012).

<sup>44</sup> Nas palavras da entrevistada: “Eu dizia pra ele: ‘eu não sou louca, doutor. Eu não sou louca, eu não sou louca, doutor. Esses remédios não estão me fazendo bem’, comecei a falar um monte de coisas pra ele. Ai ele pegou e disse: ‘toma esses remédios, Rouxinol’. Eu disse: ‘eu não vou tomar’. ‘Ou tu toma esse remédio ou tu vai ser internada’... Comecei a gritar um monte pro doutor. Ele disse: ‘Rouxinol...’, ai ele fazia, toda vida ele fazia esse negocinho lá, a requisição, né? Ele disse: ‘se tu não tomar esse remédio eu vou te internar’. Eu disse: ‘não, Doutor, eu não vou tomar esse remédio, porque eu não vou tomar’... ‘Toma esse remédio, Rouxinol’ - ele queria que eu tomasse quatro baga desse [haloperidol]. Daí eu disse: ‘não, Doutor, eu não vou tomar, porque eu não conheço esse remédio e vocês vão eu dormir, e se eu dormir vocês vão me internar’. Porque como ela tinha falado, a guria - a enfermeira - tinha falado que ia me internar, eu logo imaginei que se eu tomasse os remédios eles iam me internar. Ai ele disse: ‘não, Rouxinol, se tu tomar o remédio eu não te interno, tu vais pra casa. Mas tu tens que dizer pra mim que tu vai tomar os remédios, que tu vai fazer o tratamento direitinho’” (Monteiro, 2010).

medicamentos, inclusive, têm sido considerados como sendo os possibilitadores da abertura dos manicômios. De acordo com Roudinesco (2000), foi com o surgimento dos medicamentos psicotrópicos a partir da década de 50 que passou a ocorrer a substituição gradativa da terapêutica de confinamento físico (manicômios) pelo confinamento medicamentoso (Roudinesco, 2000).

Ou seja, na atual realidade da “saúde mental” - da “loucura”, “transtornos mentais”, “doenças mentais” ou qualquer outro termo que se queira imprescindível e incansavelmente problematizar – há um inegável foco medicamentoso como condição da liberdade física ao lado da reprodução de mecanismos manicomial em instituições antimanicomiais. Para Andrade (2012), essas práticas de contenção tanto física quanto química refletem que a lógica manicomial perdura apesar das mudanças e se insere dentro das próprias prerrogativas antimanicomiais (Andrade, 2012).

Como já procurei mostrar, alguns argumentos encontrados em campo contrários à desinstitucionalização eram dotados de perspectivas críticas bastante elaboradas por residentes e psiquiatras, não obstante um viés crítico não ser alvo do ensino da residência.

O residente Vitório, partidário ativo das políticas do CAPS, também entende necessário o espaço hospitalar para casos em que a família não consegue dar suporte ao paciente. Vitório ilustra com um exemplo quase anedótico a importância que confere ao hospital: duas irmãs gêmeas passaram a maior parte de suas vidas internada no IPq/SC e, há alguns anos atrás, uma delas teve alta e voltou para sua família ao passo que a outra irmã permaneceu no hospital. Como ambas estava com quadro estabilizado, ele não sabe dizer porque apenas uma delas obteve alta, mas fato é que – ele me conta – a que estava internada permaneceu estável e a que voltou para casa passou a desestabilizar e ter muita piora no quadro. Como a internação na enfermaria de crônicos não é mais permitida, essa paciente retorna sempre como interna na enfermaria de agudos no IPq/SC e por conta das recaídas seu quadro geral atualmente é bem pior que o da irmã. Claro que a isso é atribuída causas sociais e familiares que escapam ao alcance do médico e Vitório aponta a falta de infraestrutura familiar como principal responsável pela piora do caso.

Ou seja, mais uma vez fica claro que o hospital vem sendo concebido muito mais como um espaço com uma função social – seja uma assepsia social, seja contenção de danos ou seja, ainda, enquanto uma parca medida provisória para casos de exclusão. Todos esses aspectos, aqui referidos em sua negatividade, mas para os residente Vitório e Rodrigo, por exemplo, o espaço do hospital é o que restou para muitos desses pacientes enquanto a saúde mental vive esse momento de mudanças. E isso me levou a pensar nas positivities que esse momento de mudança pode trazer.

Quando fazendo meus “tours” pelo IPq/SC acompanhada dos profissionais, conversávamos sobre os moradores remanescentes e suas expectativas de vida. Conforme apresentado no capítulo primeiro, entre os moradores crônicos há uma divisão: aqueles que são considerados como realmente portadores de transtornos (principalmente “retardo, esquizofrenia e bipolar grave”, conforme aponta Luís) que os incapacitariam para a vida social e aqueles que apenas estão lá por não terem para onde ir depois de passarem a maior parte de suas vidas (quando não toda ela, visto que há inclusive pacientes que nasceram no hospital e lá ficaram) internados. Os primeiros ficam em uma ala do hospital que os residentes não têm prática – para o residente Vitório, por esse não ser um quadro característico e “porque esse tipo de atendimento é obsoleto, está em vias de acabar, então acho que não teria porque fazer residência em um molde de psiquiatria que não vai existir mais” (Vitório, residente).

Fomos visitar um local antigo onde esses moradores ficavam antigamente, sem saber se tinha atualmente algum uso ou não. Esse local fica no alto de uma colina ao lado do hospital em si e, para chegar nele, passa-se por uma ponte que divide, assim, o terreno em duas partes. Foi uma cena memorável: o local, de uma construção antiga neoclássica, estava abandonado, com os portões trancados e já começando a parecer ruínas, nos pareceu (porque também era a primeira vez do residente que me acompanhava lá) um ícone de uma psiquiatria que já não existe mais e cuja sombra ainda se projeta sob as novas práticas. Mas a realidade que existia lá não é considerada como sendo mais a mesma: como me foi dito diversas vezes, a internação não é mais a prática que a psiquiatria almeja, ao menos não as internações longas. Além disso, a disciplina também preza atualmente pelo contato familiar e a vida em sociedade como atitudes essenciais às práticas terapêuticas.

Contudo, seria ingênuo não atentar para o fato de que as “sombras” ainda permanecem: muitos autores apontam que algumas lógicas hospitalares são cotidianas nos variados serviços de assistência em saúde mental - o confinamento, o grau de tutela e a hipermedicalização são considerados muitas vezes uma atualização do antigo modelo de prática psiquiátrica que é baseado ainda em uma lógica hospitalar (Andrade, 2012). Além disso, a “cronificação” de pacientes agudos no IPq/SC, como me foi relatado, e também a permanência da sétima e oitava enfermaria de agudos (pacientes crônicos que vivem ainda em regime de isolamento) nos permitem questionar o quanto essa realidade realmente mudou até agora.

O enfoque dado à família nos princípios antimanicomiais é outro aspecto relevante para se analisar. Se por um lado estar com a família representa estar em “liberdade”, desvinculado a opressão do manicômio, por outro a responsabilização que se espera da família pode ser encarada também como uma forma de desresponsabilizar o Estado por esses pacientes. Nesse sentido, não é de se admirar que os movimentos de desinstitucionalização tenham sido possíveis de se efetivar em uma época onde a tendência era o desenvolvimento neoliberal. Entendo que não podemos correr o risco de associar a Reforma Psiquiátrica com a ausência de cuidados, seja em um viés reacionário de entendê-la enquanto desassistência (Amarante, 1996) ou mesmo ao esperar que num futuro sem manicômios as famílias sejam o suficiente: nesse cenário, caberia ainda ao Estado se responsabilizar por políticas públicas que sejam realmente do interesse dessa população.

Um aspecto que não deixa de ser interessante apontar é que foi um Hospital Psiquiátrico, alvo das críticas e estigmas que pesam com a Reforma, que instituiu e mantém as únicas pensões terapêuticas da região da Grande Florianópolis. Essas pensões ou Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) foram viabilizadas no IPq/SC somente após a Reforma Psiquiátrica, mas ainda assim encontraram sua iniciativa no hospital. Com isso o hospital mantém uma nova forma de controle, mas também possibilita que uma prerrogativa da Reforma seja colocada em prática. Nesse aparente paradoxo, convém questionar a extensão das críticas quanto à realidade da saúde mental brasileira. Nesse sentido, cabe questionar se um enfoque tão acirrado no hospital psiquiátrico e suas lógicas não se tornaram muito mais uma espécie de clichê estratificado da

luta antimanicomial de modo que, da mesma maneira que essas críticas nos impedem de ver o hospital como um espaço de possibilidades terapêuticas que transcendam as práticas que originaram suas críticas, também não nos preparam para lidar com uma realidade de *controle* (Deleuze, 1992) que os hospitais passam a exercer.

Ao passo que os sistemas antimanicomiais acabam muitas vezes reproduzindo as mesmas subjetivações por eles criticadas, coube a um espaço hospitalar instituir uma prática não asilar como os SRTs. Claro que os SRTs apresentam ainda problemas estruturais, como a reprodução do modelo manicomial mesmo em práticas não asilares. Mas esse problema, como discutido, também tem se apresentado em diversos outros espaços que foram embasados por perspectivas antimanicomiais, sendo, assim, um problema estrutural para pensar assistência em saúde mental. E fato é que SRTs estão sendo viabilizados por um hospital, prática essa que seria impensável há poucos anos atrás. E isso traz, no mínimo, um paradoxo de uma nova reconfiguração da assistência em saúde mental para a qual as críticas precisam atentar.

O fato de um hospital ter aberto três residenciais terapêuticos em vez de outras instâncias o terem realizado pode significar que estão ocorrendo mudanças significativas no modo de pensar assistência em saúde mental inclusive dentro de um hospital psiquiátrico nesse momento pós Reforma Psiquiátrica brasileira. Claro que ainda não estamos vivendo um momento ideal e que não podemos generalizar a partir dessa única experiência, mas sem dúvida essa experiência abre um precedente. Com ressalvas, mas ao menos um início possível para se chegar a um modelo ideal de assistência em saúde mental.

Amarante (1996) e Lobosque (2010) e outros teóricos vinculados às lutas antimanicomiais entendem que negar a instituição faz parte de um processo essencial uma vez que consideram que a instituição é a prática de uma violenta exclusão que permanece disfarçada (Amarante, 1996). A implementação da Reforma Psiquiátrica tem sido considerada um grande avanço em nossa sociedade, mas ainda com muitos pontos problemáticos. Amarante aponta que, após as discussões de Basaglia, “se começa a acreditar que o hospital não é transformável, não é reformável, não é modernizável” (Amarante, 2010, p. 101). Para o autor, é imprescindível pensar para além do hospital a fim de romper de vez

com o modelo manicomial uma vez que esse modelo tende a “contaminar as experiências inovadoras, ele volta a reocupar espaço, assim como uma erva daninha, que você tira um pouco e ela continua” (Amarante, 2010, p. 101).

Essas questões levantam uma problemática importantíssima sobre a questão de *episteme* que um hospital psiquiátrico encerra. Mas após conhecer o trabalho – não simplesmente o que vem sendo realizado, mas que se mostrou viável – que foi possível realizar em um hospital com conhecida história de abusos e violências <sup>45</sup> algumas considerações se fazem necessárias. Diferente das vozes que trouxe aqui, especialmente dos médicos dessa pesquisa, não estou defendendo o espaço do hospital como único local possível de manejo de determinados pacientes, mas atentando para o fato de que vivemos em um momento pós-reforma que é um contexto diferente daquele no qual a maior parte das críticas manicomiais teve sua origem, como mostram as críticas que apontam uma tendência à lógica da clausura nos espaços antimanicomiais e problemas estruturais para se efetivar as projeções preconizadas pela Reforma, por exemplo. Ou seja, a realidade se mostrou mais complexa do que o previsto e isso, além de não ser novidade, também não é algo ruim; apenas significa que precisamos adequar as críticas e as posturas.

No que se refere a avanços em saúde mental, é justo dizer que ainda há muito pela frente. Nesse sentido, é importante apontar também que há diferenças substanciais entre mudar o modo de pensar a assistência de uma maneira mais ampla e o hospital inserir novos serviços que se adequem à nova realidade para poder se manter, uma vez que a criação de residenciais terapêuticos pode ser considerada, ainda, como adequação de espaços controlados pelo saber psiquiátrico hegemônico que acaba conseguindo uma nova forma de centralização ao aderir às práticas preconizadas pela Reforma.

Essa é uma discussão que mereceria um maior aprofundamento e problematização que não encontra espaço na presente pesquisa. Apenas quis trazer para discussão alguns dos pontos que, a meu ver, eclodiram em campo e que estão

---

<sup>45</sup> Conforme relatos dos próprios sujeitos da pesquisa. Também percebi que esse é um discurso corrente dentre moradores da região da Grande Florianópolis e objeto de muitos estudos. Destaco aqui a exposição “Patrimônio e memória da enfermagem psiquiátrica”, em exposição permanente e aberta ao público no IPq/SC.

relacionados no pensar uma formação em psiquiatria hoje. Essas são questões que permanecem não problematizadas na residência enquanto instituição, mas que está presente nas falas dos sujeitos que a constituem. Tem alguma coisa aqui, me parece, e tentei tirar esse contexto de pano de fundo e lhe dar alguns contornos. E, de certa maneira, além da necessidade de dar voz aos sujeitos nessa pesquisa, realmente passei a me questionar se essa recusa pronta aos hospitais psiquiátricos de toda e qualquer maneira não se enquadram mais em uma espécie de “tabu” do que em uma perspectiva crítica e até que ponto essa centralização das críticas voltadas para o hospital não dificulta uma crítica mais ampla, que poderia ser inclusive mais efetiva e que pensasse mais nas sutilezas que envolvem os processos de assistência em saúde mental. Mas com uma história tão enraizada na clausura e tendo seus próprios saberes implicados a partir dessa, a psiquiatria realmente suscita uma espécie de estado de alerta, uma espécie de pós Auschwitz - assim como Agamben (2008) traz em relação ao nazismo e aos campos de concentração, creio que a questão está muito mais na ordem de avaliar que sociedade tem os asilos como formas possíveis de condenar uma parcela da sua população. Se as revoltas se focam contra o hospital e a Psiquiatria, contudo, não é porque eles são presas mais fáceis de descontar as amarguras, mas porque são símbolos e dispositivos de toda essa opressão, e isso é muita coisa. Mas não podemos deixar de levantar a hipótese de que talvez estejamos traumatizados demais ainda e que talvez a psiquiatria consiga ser, um dia, uma ciência desvinculada do hospital.

As discussões aqui apresentadas são resultado de uma tentativa de diálogo que realizei com os sujeitos dessa pesquisa, visando talvez chegar a um ponto de equilíbrio e composição de nossas falas tentando não perder a perspectiva crítica.

Uma discussão sobre a Reforma Psiquiátrica tem sido foco de inúmeros debates e isso acontece precisamente por ser um tema complexo em uma realidade por demais dinâmica e subjetiva, e espero que essas questões possam de alguma forma contribuir para esse debate.

### 4.3 *Centralidade e marginalidade, a ciência e a prática psiquiátrica*

Durante a realização dessa pesquisa, pude perceber que ao mesmo tempo em que os movimentos antimanicomiais e por vezes a literatura apontam a centralidade da psiquiatria no que se refere à soberania de discursos e instituição do modelo da normalidade (Foucault, 1995; Aguiar, 2004) os sujeitos dessa pesquisa me falaram inúmeras vezes que essa se trata de uma ciência *marginal*. No caso da psiquiatria, centralidade e marginalidade, como veremos, não são aspectos excludentes.

Um caso narrado pelo residente Lucas pode ser ilustrativo quanto a isso. Quando trabalhava como clínico em um posto de saúde, atendeu uma paciente que permaneceu em estado de “surto” por cerca de uma hora. Lucas disse que foi um transtorno psiquiátrico bastante difícil de manejar pois a paciente estava muito agitada e se contorcia muito. Sabendo da intenção de Lucas de prestar residência para psiquiatria, a coordenadora lhe questionou: “você tem certeza que quer fazer psiquiatria, mesmo?”

De forma geral, é narrado bastante preconceito tanto quanto os pacientes com transtornos psiquiátricos quanto com o profissional. Aos pacientes, cabe um tabu social de caráter moral. Aos psiquiatras, uma espécie de estigma *por contágio* da loucura:

São coisas tabus ainda, são coisas estigmatizadas. O transtorno mental é estigmatizado. Nossa própria família, quando a gente vai fazer psiquiatria vem: “não, vai ficar louco!”. Esse folclore de que todo psiquiatra é louco, de que profissional em contato com doente mental ele acaba absorvendo um pouco disso tudo, esse folclore tá muito presente. Isso tá muito presente inclusive com colegas nossos médicos... A gente vê o estigma com o psiquiatra em si, as pessoas em geral acham que a gente fica avaliando as pessoas em meio social, na família, em barzinho... As pessoas se contêm quando tem psiquiatras junto, elas se sentem avaliadas (Luís Felipe, residente).

Quantas vezes você escuta: “ah, médico de doido”... No cinema o psiquiatra é sempre aquela pessoa que não bate muito bem, ou é usuário de droga... É sempre

aquele cara que não bate muito bem (Claudio, preceptor).

O preconceito que a sociedade demonstra para com pacientes com transtornos mentais também foi bastante discutido, sendo narrado como comuns os casos nos quais os pacientes escondem que estão em tratamento psiquiátrico ou, quando não o fazem, são alvo de críticas morais (geralmente implícitas) que não raras vezes contribuem para piora do quadro clínico desse paciente.

Se a pessoa tem um diabetes, ninguém culpa. Mas se a pessoa tem depressão, “a culpa é tua”, a maior parte. Entra num estigma, né? A pessoa começa a sofrer... (Lucas, residente)

Tem uma vertente de tirar o nome esquizofrenia, seria um parâmetro pra diminuir esse estigma que tem em relação a eles (Noel, residente).

Durante o meu período de realização de trabalho de campo também senti bastante esse estigma. Quando conversava com as pessoas sobre meu trabalho de campo em um hospital psiquiátrico, quase sempre ouvi, em tom de piada, a pergunta: “mas te deixaram sair de lá?”.

Conversando com um dos sujeitos dessa pesquisa, ele afirmou que qualquer pessoa envolvida com pacientes psiquiátricos é passível de ser estigmatizada: “tem preconceito porque enfim você está ligado à loucura” (Claudio, preceptor). Sobre sua atividade narrada junto a outras especialidades, comenta que

...Quando me apresento, percebo algumas manifestações, entendeu? Algumas mais claras: “ah, o senhor é doido também?”, até um sorrisinho, uma... Há uma inquietação nas pessoas, tanto pelo lado da admiração, acho que a psiquiatria traz isso, essa coisa do poder, o reconhecimento do poder, daquele que sabe quem é doido e quem não, daquele que diz quem é que é maluco, então acho que tem isso, o reconhecimento desse papel de poder, então há um reconhecimento social, há uma admiração... Mas tem a coisa também de dizer também, da associação da loucura, que tá muito embrenhado: “ah, psiquiatra tudo é meio perturbado

também, tudo é meio louco, também” (Claudio, preceptor).

Essas percepções se referem ao modo como a sociedade em geral vê a psiquiatria. Entre os médicos e demais profissionais da saúde a situação fica talvez ainda mais conflitiva. Isso porque a psiquiatria é colocada em uma espécie de local de cruzamento de perspectivas, de modo que os médicos em geral a acusam de ser “científica de menos” por lidar com aspectos subjetivos e as demais áreas da saúde mental a acusam de ser “objetiva demais” por procurar se fundamentar sob bases científicas. Ambas as críticas, se levados em consideração os locais de onde se originam, têm considerável embasamento. A pretensão biomédica de ciência (embora, como discute Camargo Junior, a própria medicina também não encontra tanto respaldo científico em sua prática quando levado a cabo uma análise mais minuciosa)<sup>46</sup> tende a rechaçar a psiquiatria como sendo a “área menos nobre da medicina” (Camargo Junior, 2003, p. 83) e a “periferia do aparato médico” (Camargo Junior, 2003, p. 84).

A psiquiatria é estigmatizada porque assim, a gente tem pouco conhecimento na formação acadêmica, de quantos estudos são feitos, como ela se ampara... A gente tem essa visão simplória de que “ah, as pessoas vão lá, diagnosticam a partir de certas coisinhas e vão lá e tratam, e enchem a pessoa de medicação. No fundo, eu sabia que não era isso mas a gente tem aquela coisa: “será que não é?” Quando entrei aqui foi uma coisa que mudou a perspectiva que eu tinha, me fortaleceu a acreditar que era uma área... Que eu estava mistificando, fantasiando com relação à psiquiatria. E isso é muito comum na nossa formação acadêmica (Noel, residente).

Mas essa questão de preconceito tem vazão para além de um status teórico atribuído ou não à psiquiatria e se estende na prática médica imediata.

Os médicos de outras especialidades, assim... Se tu chega com um paciente psiquiátrico que tá enfartando,

---

<sup>46</sup> Ver: Camargo Junior (2003).

não interessa: ele é psiquiátrico, vai pro IPQ. Não interessa se tá tendo um AVC... [acontece] de chegar gente com AVC muito aqui [no IPQ]. Aí pergunta: “por que não foi no hospital geral?” “Eu fui, aí falei que ele era esquizofrênico e mandaram trazer pra cá”. Acontece muito. Paciente psiquiátrico, aos olhos de outras especialidades, ele é só psiquiátrico. Ele não tem o direito de enfartar... Aliás, esses são os pacientes que mais tem comorbidades clínicas, cardiovasculares principalmente: porque são os que menos se cuidam, são os mais sedentários, os que ficam mais parados... Diabetes, pressão alta, AVC... São os que mais precisam de atenção. Tá tudo errado (Rodrigo, residente).

Quando tu quer encaminhar alguém, paciente aqui de dentro do hospital, os caras [médicos de hospitais gerais] não querem receber, o cara [paciente do IPQ] que tá em coma, que tá tendo convulsão ou tendo um problema, enfartou... Não pode [se recusar a receber], mas assim, 3 da manhã tu liga pro cara: “olha, tem um cara aqui que é esquizofrênico, tá compensado” – primeira coisa que a gente fala é que tá compensado – “e não está agressivo” – pra eles baixarem a guarda – “o sujeito teve um AVC, tá com a boca torta”... Aí: “não, mas tu põe ele na observação, que de repente o AVC, se ele não é hemorrágico, não tem a necessidade de tomografar, então não vai mudar a conduta se você mandar pra cá ou deixar aí, tu faz a monitoração, põe no soro, deixa aí, amanhã cedo de repente tu vê, se ele não remitiu você encaminha”. “Não, o seguinte, queria seguir o protocolo, pra tomografar em até 3 horas, fazer um suporte porque se descompensar durante a noite eu não tenho como atender”. “Não, não, vai dar tudo certo, aí qualquer coisa tu me liga e tal”, aí o cara desliga o telefone. É direto, isso. Direto. (Vitório, residente)

Esses aspectos são narrados como um importante entrave para a abertura de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Essa (relatada) má vontade com pacientes de psiquiatria por outras especialidades nos leva a questionar se a Reforma Psiquiátrica não precisaria chacoalhar as bases firmemente consolidadas da medicina geral assim como propõe fazer com a psiquiatria a fim de obter maiores *feedbacks*. Se as novas diretrizes em saúde mental

preveem maior participação e convivência de clínicos gerais nos quadros de saúde mental, medidas práticas de aproximação das áreas precisam ser também colocadas em prática com maior ênfase dentro dos hospitais gerais.

Outro ponto que percebi nessa questão de estigma está relacionado com a visão das áreas críticas da psiquiatria em um momento pós Reforma Psiquiátrica. Em determinado momento das conversas, quando o tópico de diagnóstico ainda não tinha surgido naturalmente, eu inseria uma pergunta, geralmente ampla, sobre como era o processo de diagnóstico em psiquiatria. O residente Lucas, bem como alguns outros de seus colegas, me respondeu de maneira aparentemente defensiva para uma pergunta que eu tinha feito de forma ampla, mostrando um conhecimento das críticas usuais à psiquiatria e talvez as pressupondo através de minha pergunta:

É que é uma classificação necessária, eu acho que difere da medicina essa parte [...] Os sintomas são uma exacerbação de alguma coisa que causa sofrimento. Os diagnósticos são... Não dá pra criticar eles que fica uma coisa tabelada, acho que é mais por necessidade de comunicação com outra especialidade e entre os próprios psiquiatras, pra encaminhar, acho que não tem como, também, não utilizar uma classificação diagnóstica... A própria pessoa, o paciente quer saber, quer um nome... Não é um nome que vai fazer muita diferença (Lucas, residente).

Pra que que serve o diagnóstico? Não é pra rotular a pessoa, é pra ter uma ideia de como tratar e acompanhar com pesquisas, estatísticas que ajudam a acompanhar e achar o melhor caminho... (Daniel, preceptor).

Quando a gente fala em psiquiatria, tem um risco muito grande das outras áreas – não é a sua, mas a psicologia, por exemplo – de interpretar a psiquiatria de uma maneira assim, que a gente fecha muito, né? É claro, tem colegas que fecha, tem colegas que não, mas não é pra fechar. O diagnóstico psiquiátrico ele é psicopatológico, ele não é baseado em critérios do DSM IV, o DSM IV ele ajuda no sentido de tentar uniformizar esses critérios, né? Então digamos que ele ajuda, mas não ele é pra ser usado como bíblia ou

qualquer outra coisa desse tipo... Então isso já é um outro viés que tem e a gente tenta ensinar – eu acho que a gente tenta ensinar – isso aqui na residência (Alexandre, preceptor).

Essas reações são compreensíveis quando pensamos nas críticas voltadas à psiquiatria há algumas décadas. Dessa forma, a psiquiatria da residência do IPq/SC também parece estar às vezes se defendendo por sua pretensão à centralidade e outras vezes procurando se posicionar de maneira a não ser mais uma área marginalizada da medicina.

De forma geral, podemos considerar que os aspectos subjetivos e mesmo dramáticos (Bonet, 2004) da psiquiatria fazem parte daquilo que a biomedicina precisa constituir enquanto abjeto (Butler & Spivak, 2007) para se afirmar enquanto ciência, ao mesmo tempo em que se vale deles para se afirmar enquanto um modo de conhecimento mais amplo que tem condições de fazer abordagens tanto “científicas” quanto “psicanalíticas”.

Enquanto ciência, a psiquiatria vivencia uma crise entre lidar a partir da biologia, da psicologia ou de um diálogo entre ambas as abordagens (Camargo Júnior, 2003). Ao mesmo tempo em que procura se embasar enquanto ciência autêntica vivencia uma crise por estar em diálogo com formas de saber que não procuram se afirmar como científicas, como as teorias psicodinâmicas. E essa relação entre aspectos psicológicos e biológicos é bastante problemática na história da psiquiatria, como demonstrou Aguiar (2004) a partir de uma análise cronológica dos Manuais Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSMs).

Para alguns autores a psiquiatria biológica surge como o esforço de uma “remedicalização” da psiquiatria em oposição ao discurso psicanalista que foi hegemônico nas décadas de 1950 a 1980 no cenário psiquiátrico mundial. Nesse sentido, o DSM III emerge como marco central dessa mudança de abordagens ao enfatizar a psiquiatria biologicista (Aguiar, 2004; Caponi, 2011). Os primeiros DSMs tomavam por base muitas premissas psicanalíticas (DSM, 1995). De acordo com Aguiar, a abordagem biológica na psiquiatria passou a ser hegemônica a partir da década de 80 por ocasião do aumento de recursos biotecnológicos que possibilitaram a emergência de exames biológicos mais complexos bem como dos progressos bioquímicos principalmente no que se refere à criação de novos medicamentos (Aguiar, 2004). Os

organizadores do DSM IV referem essa mudança de abordagem visando efetivar um manual atóxico, baseado na fenomenologia clínica em uma tentativa de focar aspectos objetivos da doença para servir como um guia universal com base estatística (DSM, 1995).

Como resultado desse esforço de incorporar a psiquiatria no mesmo hall de causalidades patológicas do sistema biomédico geral, os transtornos mentais passam a ser tidos como doenças específicas e não mais como uma parte do processo subjetivo do paciente. Percebemos, aqui, a instauração de uma dicotomia sobre as causas e tratamentos dos transtornos mentais que é um marco na história da psiquiatria, na qual a ênfase na biologia ou na psicologia ocorre em resposta a um determinado contexto sócio-político-cultural, mas também como superação de uma sobre a outra em movimentos históricos alternados.

Alguns autores apontam que desde o início a psiquiatria tem uma tendência de procurar explicações físicas para os transtornos que cataloga. Atualmente, essa tendência repousa em grande parte na eficácia dos medicamentos e na genética (Caponi, 2011).

Com a biologia voltando ao foco na psiquiatria, as abordagens mais terapêuticas cedem espaço à abordagem de caráter eminentemente medicamentoso, que, aliado ao método de usar o DSM enquanto um inventário, contribuiu para uma visão “mais estreita” na formação dos residentes em psiquiatria (Aguiar, 2004).

Aguiar aponta que como resultado desse movimento, a clínica e o espaço da consulta também sofrem um reducionismo perdendo qualidade da consulta ao se atribuir à técnica do DSM um uso de catalogação estrita. Como resultado dessa concepção, as consultas tenderiam a ser mais curtas e objetivas e o tratamento mais focado na prescrição de medicamentos no que em terapias (Aguiar, 2004). No entanto, isso não foi o que percebi na realização do trabalho de campo. Embora haja uma maior valorização da psiquiatria “biológica”, os aspectos “psicodinâmicos” foram bastantes presentes não apenas no que se refere ao tratamento, mas na própria compreensão diagnóstica do paciente. Em contrapartida, convém questionar até que ponto podemos estar falando de uma possível incorporação da lógica biológica, reducionista e causal, no modo de se pensar e praticar a “psicodinâmica”.

Alguns autores defendem a ideia de que a “verdadeira medicina”, como “medicina científica”, é uma ideia que tem origem em um determinado período histórico no Ocidente. Com a modernidade, a ciência passou a ser o lócus de veracidade, com ideais normativos claros (reprodutibilidade, previsibilidade, exatidão, etc.) aos quais o conjunto de conhecimentos que então era a medicina procura se adaptar (Foucault, 1994).

Baseada nessas premissas, a psiquiatria promove uma visão de que os transtornos mentais já existiam na sociedade muito tempo antes do nascimento da disciplina e que essa surge para sanar uma demanda médica que seria o tratamento da loucura.

As grandes síndromes psiquiátricas, que são descritas há séculos e a descrição pouco mudou desde então... As pessoas registraram ao longo dos séculos e se manteve. Vamos dar nome aos bois: por exemplo, as psicoses de um modo geral – a esquizofrenia é o carro chefe – os transtornos de humor, verdadeiramente doenças – bipolar, depressões graves – isso verdadeiramente doenças, são descritas há séculos na humanidade e descritos de maneira muito completa há séculos, então a gente vê que isso atravessa qualquer barreira temporal, cultural, social. É uma doença, isso existe, ponto final. Tá aí, quer se queira acreditar ou não. É um fato que tá escrito de maneira irrefutável há séculos. Não tem muito o que se questionar quanto a isso. A gente viu com o passar do tempo, em especial nas últimas cinco décadas um bom desenvolvimento da neuropsicofarmacologia, que a gente tem ferramentas eficazes para lidar com isso do ponto de vista medicamentoso, neuroquímico - porque a essência do problema é essa. (João, preceptor).

De acordo com Amarante, essa perspectiva de um “olhar científico” sobre aflições no passado acaba efetuando uma desconsideração dos aspectos culturais e históricos, como se as doenças mentais fossem as mesmas em qualquer lugar e tempo universal, assim como a verdade médica (Amarante, 1996).

Nesse sentido, os manuais, embora não compreendidos enquanto instrumentos científicos propriamente ditos, compactuam do mesmo efeito de verdade das prerrogativas científicas - a referida ênfase na estatística que o caracteriza atesta isso.

Aliás, o DSM IV ou a CID 10, esses critérios diagnósticos, tanto o DSM IV, o DSM III, enfim, eles não são validados, né? Se você entrar no site do novo DSM, que é o DSM V, você vai perceber que não há nenhum estudo, pelo menos transparente, até hoje, em validação do diagnóstico. Isso é muito grave. A gente tá trabalhando então com um instrumento que pode ser que ele não meça o que o realmente pretende medir, essa validação (Alexandre, preceptor).

Diagnóstico dos psiquiatras é baseado no DSM, um manual estatístico – não é científico, né? – que por aproximações de características do paciente eles vão chegar ao diagnóstico x, y ou z (Ingrid, preceptora).

Mesmo o aporte de validação, a estatística, é problematizado pelo preceptor Alexandre, que se questiona:

Cadê as estatísticas? Eu nunca tive acesso. Assim... Em qual população? Quais países? Quantas pessoas foram avaliadas? Existe confiabilidade entre esses métodos? (Alexandre, preceptor).

Não ter acesso a tais dados, no entanto, também não são fatores que invalidam o uso e considerada eficácia dos manuais.

Não que eu não use o DSM IV, é claro que eu uso. Eu me baseio também nele, né? Mas a gente tem que ter esse critério, essa crítica, ou melhor, de saber interpretar o que está lá e saber as limitações desse instrumento. Agora, dizer que ele não funciona não é verdade, porque se eu pegar 100 pacientes com transtorno bipolar, 80% vai estar lá dentro, né? Isso pela minha prática, pela prática de todos nós... Só que eu não vi nenhum estudo que comprova isso, de ciência... Pelo menos o que eu entendo de ciência médica, você tem que ter esses estudos, né? (Alexandre, preceptor).

Em outras palavras, o atestado de eficiência do DSM é a própria “prática clínica”, ou seja, os casos são comprovados na prática. Mas se é o manual que serve de guia e base para a prática e que direciona o olhar clínico, essa eficiência atestada não seria resultado de um viés do próprio manual?

Ainda sobre essa perspectiva dos limites entre validações biológicas cabe a discussão sobre o funcionamento da mente humana. O residente Rodrigo utiliza a metáfora do *software* e *hardware* para exemplificar o “funcionamento” dessa; de acordo com essa analogia, o cérebro físico seria comparável ao *hardware* e os aspectos psíquicos, a mente entendida como o conjunto de ideias e subjetividades, seria o equivalente ao *software* – ideia do cérebro como casa da psique, conforme aponta Azize (2008). Assim como em um computador que é estruturado necessariamente por ambos, a mente humana seria a integração dessas duas partes.

Mas é basicamente isso, o hardware é o funcionamento cerebral, mesmo, as doenças em decorrência da disfunção. E o software é toda a personalidade da pessoa, como ela interage com o mundo e as consequências disso, né? Desde uma forma mais boa ou ruim e as consequências dessa interação pra própria pessoa, que é o que você trata em psicoterapia, né? Como ela interage com as pessoas, os traumas que ela tem, os mecanismos de defesa... É o software, né? E está em íntima ligação com o hardware, um influencia com o outro (Guilherme, residente).

Nós estamos em uma situação que tem gente que tenta reduzir a mente ao funcionamento do cérebro: o cérebro, por exemplo, é um maquinário, a infraestrutura, um hardware que produziria a mente. E tem gente que é mais cautelosa, dizendo assim, que existem processos, por exemplo, que não se reduzem à dimensão do funcionamento do cérebro e que são igualmente evidenciáveis na existência do indivíduo que é o contato interpessoal, por exemplo (Rodrigo, residente).

Essa divisão principal é seguida de outros desdobramentos do cérebro e da mente:

Então tem padrões de comportamentos... Lógico que não são puros, não existe uma pessoa só narcisista, só obsessiva, enfim, mas no geral você vê que se repete esses padrões de comportamento, mas com características únicas, meio que mesclando... Um é mais narcisista-obsessivo, outro é mais pra, sei lá,

melancólico-obsessivo, tá sempre mesclando, não vem pura a coisa... É uma combinação de vários softwares da pessoa, e isso prediz muita coisa pra você, por exemplo, se você vai tratar um cara obsessivo, levar em conta alguns dos aspectos do comportamento dele, isso pode interferir no tratamento... (Rodrigo, residente).

De acordo com essa analogia, as “falhas” no *hardware* ou no *software* poderiam ser de inúmeras causas, daí a necessidade da investigação diagnóstica. No caso do *software*, preza-se pelas técnicas clínicas psiquiátricas já discutidas aqui. Para o *hardware*, utilizam-se exames que muitas vezes deixam muito mais a desejar do que realmente apontam causas.

Nós não temos, ainda, nesse momento, um exame que nos mostrasse que naquele momento de fato estaria havendo uma hiperatividade na área de associação do paciente que não conectadas com a percepção auditiva real, porque nós temos uma parte do nosso cérebro que coleta os dados que nós ouvimos, mas a interpretação desses dados são feitas em outras áreas do cérebro. Então se nós pudéssemos ver o movimento do cérebro ao vivo, nós veríamos que as áreas das associações conectadas com as fantasias, com os desejos inconscientes do paciente, é que estaria ativado, e não a área do córtex responsável pela percepção auditiva real daquele momento (Tiago, residente).

Veríamos que eles não estariam ouvindo perceptivamente, eles estariam interpretando erroneamente aquilo que está ouvindo objetivamente. E isso nós temos estudos mostrando, né? Tomografia, ressonâncias magnéticas funcionais já permite que o paciente, respondendo a uma determinada tarefa, possa ter o seu funcionamento cerebral monitorado e ver que áreas se conectam, que caminhos aquela informação dentro do cérebro está seguindo. Mas isso assim, nos não contamos com isso na prática clínica. 90% da prática clínica é feita com o paciente, com a sua observação, com os dados que a gente obtém na sua entrevista direta, observação indireta do comportamento do paciente a nossa frente naquele momento, como que ele está se comportando sem ele se dê conta, se o paciente está se contorcendo, piscando, coçando e se

pergunta o paciente nem percebe que está fazendo isso (Carlos, preceptor).

Para Caponi, a teoria de uma herança genética para explicar a origem de transtornos mentais opera enquanto uma mitologia não verificada na prática, mas que acaba tendo um status de explicação que ainda será verificada. Para a autora, a psiquiatria estaria desde o seu nascimento esperando a confirmação dessa causa biológica que, em seu sentido mais estrito, jamais ocorreu (Caponi, 2011). O que não impede, contudo, que essa continue sendo reinventada na prática psiquiátrica.

Nesse sentido, tomemos por exemplo o caso das etiologias genéticas que apontam a herança genética senão enquanto causa única, ao menos como uma das causas da ocorrência de um determinado transtorno. O argumento central geralmente usado para a defesa da teoria genética é analisar a prevalência genética de determinado tipo de transtorno em uma família – às vezes, transtornos diferentes também são apontados como indício de causa genética, indicando uma pré-disposição para determinados transtornos ocorrerem. Não se trata de um mapeamento estritamente “científico”, apenas parte dele - uma constatação empírica seguida da formulação de uma hipótese, mas essa última não é passível de ser testada. E a própria hipótese, no entanto, acaba sendo usada como prova dela mesma: casos recorrentes na mesma família são genéticos apenas porque são recorrentes, mas em nenhum momento desse raciocínio uma realidade biológica fica comprovada em si, ao passo que são geralmente negligenciados os possíveis aspectos cognitivos e socioculturais dessa interação.

Então um paciente bipolar... A gente entende que o bipolar precisa usar um estabilizador de humor pra ele ficar bem, pelo menos na grande maioria dos casos. Mas ele tem uma história psicodinâmica e aquela história psicodinâmica pode estar relacionada com a doença dele apesar de a gente ter uma ideia hoje de que o transtorno bipolar ele é geneticamente – se não é determinado ele tem um forte componente genético porque a gente vê vários casos na família, né? (Joana, residente).

Ele pode ter um componente psicodinâmico mas ele tem um forte componente biológico aquele paciente

bipolar, né? Porque na família tem vários casos de bipolaridade então tem provavelmente forte componente biológico ali (Tânia, preceptora).

Associado a isso, temos o fato de que a resposta de um transtorno a determinado medicamento é apontada como a prova irrefutável de um aspecto biológico desse, como tão bem resume a residente Liandra: “tanto que ele usa o estabilizador de humor e ele vai melhorar” (Liandra, residente).

Camargo Junior aponta uma divisão essencial entre o saber e o fazer médico. Ao passo que o saber pode ter bases científicas, o fazer é essencialmente clínico. Dessa forma, o saber médico discursa sobre o coletivo, mas atua no individual. Na prática clínica, a lacuna entre esses dois polos é preenchida pela experiência, aspecto subjetivo que se torna o ponto central para o fechamento de determinados diagnósticos objetivos (Camargo Junior, 2003).

Definir em uma doença psiquiátrica qual é o grau de comprometimento do funcionamento do indivíduo, qual é o nível de impedimento que ele vai ter pra exercer determinada atividade laborativa e quanto tempo vai durar, isso é uma coisa que realmente se embasa na experiência histórica que a gente tem, na prática, que fica muito mais clara pra alguns do que pra outros (João, preceptor).

Grob & Horwitz apontam, inclusive, uma “cientifização da prática clínica como ‘ameaça’ à medicina e sua qualidade baseada na experiência e habilidade” (Grob & Horwitz, 2009). Ao médico, assim, cabe uma conduta individualizada em sua prática clínica, ou seja, não passível da reprodutibilidade que é essencial à ciência com seus pressupostos de verificabilidade empírica (Camargo Júnior, 2003).

Camargo Junior aponta que há uma “epistemologia intuitiva dos clínicos” na qual a prática médica é influenciada pelo conhecimento/ciência que muda com o passar do tempo (Camargo Junior, 2003).

A clínica não é uma ciência e jamais o será... A clínica é inseparável da terapêutica e a terapêutica é uma técnica de instauração ou restauração do normal, cujo

fim escapa à jurisdição do saber objetivo (Canguillem, apud Bonet, p. 84).

Desvinculados esses aspectos do saber/fazer da medicina e tendo problematizado as questões quanto à medicina na presente discussão, vou ao encontro da afirmação de que a concepção da medicina como ciência é uma construção em muito baseada em uma crença. Nesse sentido, Camargo Júnior aponta que o saber médico é fundamentado pela Epidemiologia e Estatística – disciplinas consideradas não científicas - a partir dos quais se realizam, muitas vezes, transformação de inferências em “verdades”. Ao mesmo tempo, as áreas médicas tendem a apresentar um descaso com a contribuição da Epidemiologia e pouca informação para analisar dados estatísticos (Camargo Junior, 2003). O autor aponta uma relação de interdependência entre Epidemiologia e clínica na qual “uma depende da outra para elaboração de seus objetos, ao mesmo tempo que essa dependência é negada pela naturalização desses mesmos objetos” que criam (Camargo Junior, 2003, p. 95).

Diante desse quadro, torna-se conveniente questionar se o que é entendido enquanto cientificidade da prática médica não estaria no nível de um sistema de crenças, crenças essas que funcionariam como mecanismos que obscurecem a forma pela qual os conhecimentos são produzidos e possibilita a naturalização dos conhecimentos adquiridos (Camargo Junior, 2003). Para Bittencourt, o conhecimento biomédico, especialmente na área de psiquiatria, é constituído muitas vezes relacionado a outras esferas de conhecimento ou mesmo de interesses, como, por exemplo, a presença maçante da indústria farmacêutica (com considerável fator econômico envolvido) não apenas na confecção, mas na popularização de doenças e medicamentos (Bittencourt, 2010).

Latour (2000) chama a atenção de que a ciência não é uma entidade dada, mas construída constantemente na prática imediata dos cientistas. A ciência não se encontra em um local privilegiado e destacado do mundo, mas imerso nele de tal forma que os discursos e práticas político-econômicas delimitam também sua ação (Latour, 2000). Como é também resultado de valores de sua época, não poderia efetuar a pretensa verdade neutra e universal que propõe. Isso equivale a dizer que, enquanto ciência, a medicina está sujeita à sua própria condição histórica.

Temos, assim, um quadro interessante de argumentação: a psiquiatria se embasa na objetividade científica da biomedicina, mas não apenas a biomedicina não poderia ser considerada 100% ciência quanto a própria ciência em si é descaracterizada enquanto sua objetividade e neutralidade primárias. Nada disso vem a ser, no entanto, um argumento de ineficácia. Mesmo não efetivando a correlação científica em sua excelência, a medicina consegue sem dúvida respostas e tratamentos eficazes. O que trago em discussão aqui é que apenas suas explicações não são tão claras quanto se gostaria que fossem. Os discursos de veracidade e legitimidade são deslocados, assim, muito mais para a prática que constitui esse conhecimento e não suas diretrizes.

Mas que espaço teria a medicina e mais especificamente a psiquiatria em nossa sociedade se essas apenas corroborassem com uma perspectiva não científica? A ilusão de uma cientificidade é o que permite o regime de produção de verdades dessas disciplinas, é o que permite que, na prática, essas tenham o alcance e controle que desempenham atualmente. Tendo em mente tal perspectiva, Amarante problematiza como ocorre, por um lado, a procura de afirmação da psiquiatria enquanto ciência e, por outro, inúmeras críticas de sua não cientificidade (e autenticidade) por parte tanto da medicina como por áreas não médicas (Amarante, 1996).

Serpa Júnior efetua uma análise do que considera os pilares teóricos que sustentam, no campo da genética e das neurociências, o discurso da psiquiatria biológica e discute como as descobertas nessas áreas são fragmentadas, não havendo uma teoria biológica consistente e unificada sobre os transtornos mentais, como a psiquiatria biológica supõe (Serpa Júnior, 1998). Aguiar (2004) também efetua uma crítica aos fundamentos da psiquiatria biológica e aponta que, embora os psiquiatras estejam longe de “ter uma neurobiologia realista das síndromes clínicas” (Aguiar, 2004, p. 11), o discurso da psiquiatria biológica triunfa mesmo assim, fundamentando-se precariamente através de hipóteses e teorias isoladas.

A psiquiatria biológica se caracteriza por conseguir articular uma prática bastante concreta em um campo de hipóteses extremamente vagas, mas que são tomadas como se fossem conhecimentos estabilizados (Philippe Pignare, apud Aguiar, 2004, p. 12).

Ou seja, essas diversas críticas atentam para o fato de que, mesmo quando voltada para seu viés mais biológico, a psiquiatria não encontra ainda o almejado respaldo de ciência. Mesmo que o saber médico pudesse ser considerado estritamente científico, não o seria a sua prática. Nas palavras de Aguiar: “na realidade, a biologia que sustenta a psiquiatria biológica é ainda um sonho a ser alcançado” (Aguiar, 2004, p. 11).

Castel (1978) discute que a psiquiatria pode ser considerada uma ciência em crise quanto às suas bases epistemológicas. Para Bonet, a crise é constituinte da realidade biomédica e se torna mais explícita em momentos em que o discurso biomédico é contraposto a sua prática, como é feito muitas vezes num espaço de residência (Bonet, 2004). Para esse autor, o processo de produção e transmissão de conhecimento em biomedicina é permeado por dicotomias como profissional/humano, racional/subjetivo, entre outras (Bonet, 2004). De modo geral, esse autor nos leva a pensar também nas dicotomias estruturantes da biomedicina: a primeira delas, a oposição entre saúde e doença. Quando há doença, a segunda dicotomia é instaurada na oposição médico/paciente. O médico é dividido, por sua vez, entre o humano e o profissional. E o profissional, por fim, depara-se com a divisão causas biológicas/causas psicológicas ou de outra ordem.<sup>47</sup>

Na prática clínica, todas essas dicotomias apareceriam explícita ou implicitamente e seriam base das principais decisões de diagnósticos e tratamentos. Sob essa perspectiva, a psiquiatria seria essencialmente uma disciplina de contrastes, dicotomias controversas procurando uma convivência harmônica.

Meio a essas discussões, podemos perceber que a psiquiatria considera não científico os conhecimentos outros que lhe escapam, os tendo enquanto abjetos<sup>48</sup> de um abjeto – a própria psiquiatria. Camargo Júnior discorre como é a necessidade de se sentir inclusa na ciência que faz com que a psiquiatria compartilhe seus abjetos ao mesmo tempo que cria os seus próprios ao se

---

<sup>47</sup> Estou me apropriando das ideias de Bonet (2004) para fazer um pequeno esquema aqui:  
Saúde/doença

Doença= paciente/médico

Médico = humano/profissional

Profissional: causas biológicas/ causas

biológicas.

<sup>48</sup> Butler & Spivak, 2007.

afirmar pelo que não é. E é a mesma desqualificação que lhe é aplicada pelas demais especialidades médicas que é atribuída a outras áreas da saúde mental pela psiquiatria: “as contribuições advindas de outras áreas são decorrentes da completa ausência de parâmetros científicos para julgar a positividade do saber psiquiátrico ou versar sobre a natureza da doença mental” (Amarante, 1996, p. 33).

A medicina geral, por sua vez, não vê com simpatia a pretensão desta co-irmã – a medicina mental -, em tomar parte do mesmo campo científico, tamanha a sua carência de bases concretas e positivas que justifiquem tal incorporação (Amarante, 1996, p. 37).

Ou seja, não importa quão árduo sejam os esforços: questionada em suas bases de saberes, dificilmente a psiquiatria será considerada “tão” médica quanto às outras especialidades - ou “menos” médica que outras disciplinas da saúde mental.

Essas dualidades na qual se insere tornam a psiquiatria ímpar em sua abrangência. Isso porque não parece se tratar de uma simples inabilidade de escolher um lado ou outro para se embasar fielmente; quando apoiada pelos dois discursos, mesmo que precariamente, a disciplina encontra uma ampliação de sua esfera de atuação e do controle social que exerce – aspecto que esteve junto à disciplina desde seu começo e do qual não parece disposta a abrir mão. Assim, cria muito mais intimamente sujeitos de seu saber quanto maior for o alcance desse saber.

## *Considerações finais*

No decorrer do presente trabalho procurei abordar alguns aspectos da formação em psiquiatria na residência de Psiquiatria do IPq/SC tomando como foco a questão de ensino e prática de diagnóstico na disciplina e procurando estabelecer um diálogo sobre o contexto atual em que a psiquiatria brasileira está envolvida, temática que se mostrou também presente nos relatos dos sujeitos dessa pesquisa. Também procurei pensar aqui um pouco a formação em psiquiatria em um contexto mais amplo de formação em saúde mental no Brasil, nesse momento específico que procurei discutir aqui.

Nessas breves considerações, gostaria de retomar alguns pontos que se mostraram essenciais na análise.

Em primeiro lugar, a centralidade do hospital psiquiátrico na formação em uma sociedade em que esse foi abolido por uma lei federal, como foi aqui tema de discussão, chama a atenção para diversas questões sobre o que está sendo pensado em ensino e prática de psiquiatria atualmente. Se o ensino é geralmente pensado com o objetivo de qualificar profissionais para o que há de mais novo em uma prática, quando se dá sob velhas estruturas temos uma indicativa de que há pelo menos uma contradição séria aí. A vigência de uma mesma prática que abrange duas formas de políticas públicas - o ensino de psiquiatria e as novas políticas de assistência em saúde mental - indo em direções tão opostas e irreduzíveis entre si mostra não apenas as incongruências no que se refere às políticas de saúde mental, mas também uma ausência de tentativa de diálogo que pode não ter dado sinal de maiores problemas ainda, mas que, ao que tudo indica, pode explodir a qualquer momento. Uma indicativa disso são os debates tão acirrados que se tem realizado sobre o tema em diversas áreas da chamada saúde mental.

Outro aspecto central nesse trabalho diz respeito à importância do diagnóstico na formação e como esse pode ser problemático, repleto de ressalvas e marcado pela tentativa da dissolução conflitiva que poderia ter entre as abordagens biológica e psicodinâmica.

Mesmo que por vezes uma abordagem psicodinâmica seja relatada como dotada do mesmo status que a abordagem biológica, percebemos que isso não é bem o que está implicado

discursivamente e os esforços para garantir uma “neutralidade teórica” e a busca de respaldo científico nas últimas versões do DSM ilustram bem o que está sendo priorizado na prática psiquiátrica. Como vimos, mesmo que o diagnóstico seja pensando de forma mais abrangente na prática e sobretudo no ensino, esses manuais técnicos ainda são a base do aprendizado e jurisdição da profissão.

Além disso, como discutimos aqui, o enfoque nos diagnósticos remete a uma visão de saúde mental que é extremamente individualizada e não parece considerar amplamente os aspectos psicossociais com os quais estaria comprometida.

E isso leva a outro ponto problemático, que é a centralidade do uso de medicamentos nas terapêuticas – às vezes mesmo quando o psiquiatra entende que esse não é sinônimo de cura, servindo como uma medida paliativa, limiar mínimo e máximo da ação do psiquiatra. Como pontuou tão bem o preceptor Ivan, “a indicação medicamentosa às vezes é só o que nos resta fazer” frente à ausência de recursos para atuar de outra forma no setor público.<sup>49</sup> Além disso, os medicamentos também são utilizados como substitutos da internação, tendo papel central nas novas políticas de assistência em saúde mental.

Nesse sentido, outro ponto que chama a atenção diz respeito a um despreparo político na discussão institucional da residência. Como mostram alguns estudos recentes – alguns dos quais abordamos aqui - esse não é um problema específico da psiquiatria, mas também de áreas que classicamente estão mais envolvidas com as militâncias antimanicomiais e com a Reforma Psiquiátrica, como a enfermagem e a psicologia.

Essas discussões de caráter mais político e contextual, embora ausentes nas discussões e temáticas abordadas no programa de residência aqui estudado, foram contempladas em vários relatos de preceptores e residentes com que conversei. De modo geral, percebi que muitos desses sujeitos com quem conversei se mostraram interessados pela temática e efetuaram críticas substanciais a temas como a biologização da psiquiatria e a manipulação realizada pelas indústrias farmacêuticas, por exemplo.

---

<sup>49</sup> Essa justificativa não se aplicaria ao setor privado, mas também é contemplada na discussão no que se refere aos convênios particulares. As pessoas que falaram sobre o tema nessa pesquisa referiram uma imposição de atendimentos mais rápidos, por exemplo, o que não possibilitaria outra abordagem terapêutica que não a com enfoque medicamentoso.

Os residentes, em especial, também se mostraram preocupados com o bem-estar e o lado social do acolhimento dos pacientes, embora às vezes sem uma maior problematização do alcance do problema. De qualquer maneira, é notável que esses temas tenham sido enfatizados mesmo não sendo os aspectos que se preconiza ensinar na residência. Suponho que trazer esses temas para dentro dos debates vinculados à residência auxiliaria em muito a preparação de profissionais mais críticos e aptos a lidar com seus pacientes multidisciplinarmente, além de manter um diálogo mais autêntico com outras áreas.

Acredito que a ausência dessas discussões seja reflexo da ideia de que aspectos políticos possam ser algo que se possa separar do exercício técnico da profissão, o que está longe de ser realidade. Como alguns autores<sup>50</sup> tem discutido já há algum tempo, regimes de formação discursivos tem características ideológicas que incutem na prática imediata biomédica e em especial na psiquiatria, na qual estão envolvidas questões mais ligadas à subjetivação dos indivíduos, através dos processos diagnósticos que impõem vidas subjetivas, e também através das políticas de contenção (seja física ou química) que também efetuam produções de subjetividades e sujeição dos indivíduos por elas acometidos.

Uma criação de sujeitos a partir das premissas psiquiátricas pode também ser percebida quando voltamos o olhar para as práticas mais cotidianas em saúde que, embasadas sob esse viés das classificações diagnósticas, delimitam o campo de ação e o caráter dessas práticas. Nesse sentido, a associação prévia de determinados problemas de acordo com etnia, idade ou gênero, por exemplo, é em si uma postura política que passa despercebida e não problematizada, mas cuja prática infere nos casos individuais sob o qual se aplica e também sob toda a sociedade. Um exemplo seria a distinção de “grupos de risco” para depressão, nos quais os sujeitos mais suscetíveis ao “contágio” são definidos por fatores estabelecidos previamente. Essa delimitação pode muito bem servir como um direcionamento do olhar dos profissionais em saúde, abrindo precedentes para que o diagnóstico seja mais frequente nesses sujeitos estabelecidos como “grupo de risco”, sujeitos

---

<sup>50</sup> Como Foucault (1994; 2008) e Aguiar (2004).

diagnosticáveis que estão sendo criados nesse processo e cujo diagnóstico para determinado transtorno reifica a posição inicial de onde se parte, endossando as estatísticas que, por sua vez, tornam a legitimar a existência desses riscos e recaem novamente nas situações de classificação diagnóstica individuais, se constituindo em um ciclo sem fim. E são sob esses corpos que pesa um controle biopolítico (Foucault, 2006), na delimitação prévia de pessoas em grupos de maior ou menor risco que são reificados nos atendimentos em saúde, quando os números universais se individualizam em pessoas doentes. E essas são todas questões políticas: seja no pensar implicações subjetivas de um diagnóstico e pensar nas reverberações que um atestado tem na vida desses sujeitos, seja quanto a “simples” escolha de um medicamento (ou qual indústria) mais adequado, nada disso tem um viés puramente técnico ou puramente político. Em saúde mental nada é simples e nada é puramente técnico, toda e qualquer tomada de decisão tem um viés implícito que é preciso deixar claro se quiser começar a se pensar em como agir mais a fundo nos problemas individuais e sociais relacionados a essa área.

A psiquiatria tem se sustentado, tal como as ciências biomédicas, sob a argumentação de ser o saber autorizado por excelência sobre o assunto, deslegitimando os demais saberes que são produzidos. Como procurei discutir no capítulo quatro, essa posição é infundada de um ponto de vista estritamente científico e também em um ponto de vista político, uma vez que interesses diversos perpassam epistemologicamente a disciplina.

Tem-se apontado de que, em saúde, os saberes acumulados devem ser avaliados pelos efeitos que causam ao longo do tempo (Oliveira, 2010) e que, em psiquiatria, os saberes técnicos produzidos tem forte reverberação negativa na sociedade, sendo responsáveis pela segregação e sujeição de muitos indivíduos ao longo da história. Dentro dessa perspectiva, os movimentos antimanicomiais procuram uma superação dos conhecimentos psiquiátricos em nome da política. Ou seja: o esforço que a psiquiatria tradicional tem em deslegitimar formas outras de conhecimento que não a sua se encerram na perspectiva de que uma técnica leva à política, ao passo que as demais áreas da saúde mental e uma ala crítica dentro da psiquiatria (e demais áreas que têm estabelecido esse diálogo crítico com a psiquiatria) tendem a deslegitimar a prática psiquiátrica em defesa da ideia de que a

política deve levar à técnica, uma vez que essas são intrínsecas. Fica realmente difícil imaginar um diálogo, um ponto de conversão em que essas teorias possam trabalhar bem juntas – não é de se estranhar, assim, as dificuldades de um trabalho multidisciplinar e, também, as ressalvas que os profissionais têm apontado.

Além disso, as áreas que se colocaram historicamente à esquerda da psiquiatria já mostraram que fazer parte do *mainstream* da luta é ter também uma postura de captura e que não basta inverter essa fórmula, é preciso repensá-la: e esse é um esforço que não deve acabar nunca.

As lutas antimanicomiais – que considero legítimas e fundamentais para a reconfiguração do cenário da saúde mental – se dão no âmbito de procurar instituir direitos desse grupo de indivíduos junto ao Estado. Uma vez instituídos, esses direitos passam a ter característica de leis que são colocadas em prática. Mas a prática se confronta com a dinâmica da realidade, e essa, como não poderia deixar de ser, traz a tona elementos que não eram previstos pela teoria. Torna-se necessário adequar, repensar, rever não apenas esses direitos, mas todo o novo quadro que a prática desses causa na realidade.

E acredito que as ferramentas que a antropologia dispõe podem ser uma chave para se pensar os entraves desse contexto no qual a saúde mental está inserida atualmente. Primeiro, porque a antropologia tem em sua história a clássica incursão à alteridade, a proposta de uma escuta plena. Segundo, porque essa disciplina está vinculada intrínseca e epistemologicamente à questões políticas que lhe afetam direta ou indiretamente (enquanto disciplina, entre os pares, ou através e com os seus nativos).

Essa questão de pensar a importância da presença da antropologia em diálogos na saúde mental tem sido problematizada por alguns autores. Os princípios epistemológicos e éticos da antropologia (na maior parte das vezes intrinsecamente relacionados) de se chegar o mais próximo possível do outro em sua plena alteridade se contrastam com a máquina de produção de sujeitos colocadas em ação muitas vezes pelas áreas da saúde.

Nesse sentido, Oliveira discute como um viés puramente “técnico” pode ser simplório quando no cuidado em saúde mental e coloca a questão sobre como um olhar para a alteridade pode ser complexo e desafiador: ao propor encarar tal empreitada, o profissional precisa se despir momentaneamente de tudo aquilo que

o profissionaliza, arcar com as consequências de se ver o outro, e isso é algo que não se ganha com técnica e mesmo com experiência, mas com um esforço contínuo e incessante. E esse é um aspecto que precisa ser pensado tanto em relação à prática das profissões em saúde mental quanto na formação desses profissionais.

Em suma, as discussões aqui apresentadas levam a pensar sobre a necessidade de pensar uma formação e prática em psiquiatria que se volte para especificidades de uma discussão mais politizada, que priorize habilitar seus profissionais não apenas a exercer as “técnicas” de sua profissão mas que também possibilite que esses possam compreender seus pacientes de um ponto de vista sociopolítico mais amplo e que estejam aptos a exercer um diálogo mais efetivo com as políticas e contextos nos quais estão inseridos.

## Referências

ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria). **Portal da Psiquiatria**. Disponível em: <http://www.abp.org.br/portal/>. Acesso em novembro de 2012.

\_\_\_\_\_. **Aprovados os 3 anos de Residência Médica em Psiquiatria**. Disponível em: <http://www.abpbrasil.org.br/newsletter/rm3/interna1.htm>. Acesso em novembro de 2012a.

AGUIAR, Adriano Amaral de. **A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência**. Rio de Janeiro (RJ): Relume Dumara, 2004.

AGAMBEN, Giorgio. **Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua I**. Belo Horizonte: UFMG, 2002.

\_\_\_\_\_. O que resta de Auschwitz: o arquivo e o testemunho. In: **Homo Sacer III**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2008, 175 p.

AMARANTE, Paulo. **O Homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Ed. Fiocruz: Rio de Janeiro, 1996.

\_\_\_\_\_. Algumas observações críticas sobre a formação em saúde mental. In: LOBOSQUE, Ana Marta (ORG). **Caderno Saúde Mental v. 3- Saúde Mental: Os desafios da formação**, Belo Horizonte: ESP-MG. 2010.

ANDRADE, Ana Paula Müller. **Sujeitos e(m) movimentos: uma análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira na perspectiva dos experientes**. (Tese) Orientadora: Sônia Weidner Maluf. Co-orientador: Selvino José Assmann. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2012.

AZIZE, Rogério Lopes. Uma neuro-weltanschauung? Físicalismo e subjetividade na divulgação de doenças e medicamentos do cérebro. **Mana**, vol.14 no.1 Rio de Janeiro Apr. 2008.

\_\_\_\_\_. O cérebro como órgão pessoal: uma antropologia de discursos neurocientíficos. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 3, p. 563-574, nov.2010/fev.2011.

\_\_\_\_\_. Notas de um “não-prescritor”: uma etnografia entre os estandes da indústria farmacêutica no congresso brasileiro de psiquiatria. In: In: MALUF, Sônia Weidner e TORNQUIST, Carmem Susana (orgs). **Gênero, saúde e aflição**: abordagens antropológicas. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.

BARONI, Daina Paula Milani; VARGAS, Rômulo Fabiano Silva & CAPONI, Sandra Noemi. Diagnóstico como nome próprio. **Psicologia & Sociedade**, 2010, pp. 70-77.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

BITTENCOURT, Silvia Cardoso. **A Bíblia da farmacologia e os antidepressivos**: análise do livro texto de Goodman e Gilman - as bases farmacológicas da terapêutica de 1941 a 2006. 352 p. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Ciências Humanas, Florianópolis, 2010.

BONET, Octavio. **Saber e sentir**: uma etnografia da aprendizagem na biomedicina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

BUTLER, Judith & SPIVAK, Gayatri. **Who Sings the Nation-State?** Language, Politics, Belonging. Calcutta, New York, Oxford: Seagull Books, 2007.

CAMARGO JUNIOR, Keneth Rochel de. **Biomedicina, saber e ciência**: uma abordagem crítica. Editora HUCITEC: São Paulo, 2003.

CAPONI, Sandra. As classificações psiquiátricas e a herança mórbida. In: **Scientiæ Zudia**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 29-50, 2011.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Luis Roberto. Pesquisa em versus Pesquisas com seres humanos. In: VICTORA, Ceres Gomes et all (ORG).

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA. **Antropologia e ética: o debate atual no Brasil**. Niterói: EDUFF 2004. 207 p.

CASTEL, Robert. A instituição psiquiátrica em questão. In: FIGUEIRA, Sérvulo A. (org). **Sociedade e doença mental**. Ed. Campus. Rio de Janeiro, 1978.

\_\_\_\_\_. A antropologia e seus compromissos ou responsabilidades éticas. In: FLEISCHER, Soraya & SCHUCH, Patrice (ORG). **Antropologia, ética e regulamentação**. Brasília: Letras Livres; Editora Universidade de Brasília, 2010.

CFM (Conselho Federal de Medicina). **RESOLUÇÃO CFM Nº 1.973/2011**. Disponível em: [http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2011/1973\\_2011.htm](http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2011/1973_2011.htm). Acesso em novembro de 2012.

\_\_\_\_\_. **CFM nº 8.589/10 – PARECER CFM nº 1/11**. Disponível em: <http://abp.org.br/2011/images/CFM%20n%C2%BA%208.589.pdf>. Acesso em novembro de 2012a.

CNRM (Comissão Nacional de Residência Médica). **Resolução CNE/CES nº 2, de 17 de maio de 2006**. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CCQQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.abruc.org.br%2Fsites%2F500%2F516%2F00000364.doc&ei=q76rUI76NZKY8gSamIDQDQ&usg=AFQjCNFyJBzIh8zN3smqYCuM12IkRFb90Q>. Acesso em novembro de 2012.

DEBERT, Guita Grin. Ética e as novas perspectivas da pesquisa antropológica. In: VICTORA, Ceres Gomes et all (ORG). ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA. **Antropologia e ética: o debate atual no Brasil**. Niterói: EDUFF 2004. 207 p.

DELEUZE, Gilles. **Conversações: 1972-1990**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

DERRIDA, Jacques. **Força de lei: o "fundamento místico da autoridade"**. São Paulo: WMFM Fontes, 2007.

DIAS DUARTE, Luiz Fernando. Ética de pesquisa e “correção política” em antropologia. In: VICTORA, Ceres Gomes et all (ORG). ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA. **Antropologia e ética: o debate atual no Brasil**. Niterói: EDUFF 2004. 207 p.

\_\_\_\_\_. O nervosismo como categoria nosográfica no começo do século XX. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.17, supl.2, dez. 2010, p.313-326.

DIEHL, Eliana, MANZINI, Fernanda e BECKER, Marina. “A minha melhor amiga se chama Fluoxetina”: consumo e percepções de antidepressivos entre usuários de um centro de atenção básica à saúde. In: MALUF, Sônia Weidner e TORNQUIST, Carmem Susana (orgs). **Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.

**DSM IV**: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4. ed. Porto Alegre: Artes Medicas, 1995.

FIGUEIREDO, Vilma. ÉTICA E CIÊNCIA: COMISSÕES DE ÉTICA EM PESQUISA CIENTÍFICA. In: VICTORA, Ceres Gomes et all (ORG). ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA. **Antropologia e ética: o debate atual no Brasil**. Niterói: EDUFF 2004. 207 p.

FLEISCHER, Soraya & SCHUCH, Patrice (ORG). **Antropologia, ética e regulamentação**. Brasília: Letras Livres; Editora Universidade de Brasília, 2010.

FONSECA, Claudia. **O anonimato e o texto antropológico**: Dilemas éticos e políticos da etnografia ‘em casa’. Palestra proferida em 9 de novembro de 2007 na Mesa: Ética e pesquisa etnográfica, durante o Seminário do NACi (Núcleo de Antropologia e Cidadania da UFRGS): Experiências, dilemas e desafios do fazer etnográfico contemporâneo. Porto Alegre. 2007.

\_\_\_\_\_. **Refletindo sobre o método etnográfico**. Palestra realizada em 22 de novembro de 2007e promovida pelo Programa de Pós-

Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2007a.

\_\_\_\_\_. Que ética? Que ciência? Que sociedade? In: FLEISCHER, Soraya & SCHUCH, Patrice (ORG). **Antropologia, ética e regulamentação**. Brasília: Letras Livres; Editora Universidade de Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_. Ciência, poder e ética: implicações e desdobramentos antropológicos. In: **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 17, n. 35, p. 7-23, jan./jun. 2011.

FONSECA, Tania Mara Galli et. all. **Rizomas da reforma psiquiátrica: a difícil conciliação**. Porto Alegre: Sulina / UFRGS, 2007.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 9. ed. Rio de Janeiro (RJ): Graal, 1990.

\_\_\_\_\_. **O nascimento da clínica**. 4.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

\_\_\_\_\_. **Historia da loucura na idade classica**. 4. ed. São Paulo (SP); Perspectiva, 1995.

\_\_\_\_\_. Aula de 17 de Março de 1976. **Em Defesa da Sociedade**. Curso no Collège de France. São Paulo, Martins Fontes, 2002.

\_\_\_\_\_. **O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974)**. São Paulo (SP): Martins Fontes, 2006.

\_\_\_\_\_. Aula de 14 de março de 1979; Aula de 21 de março de 1979. In: FOUCAULT, Michel. **Nascimento da Biopolítica**. Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FREITAS, Fernando Ferreira Pinto de. A história da psiquiatria não contada por Foucault. História, Ciências, Saúde. **Manguinhos**, vol. 11(1): 75-91, jan.-abr. 2004.

GAMA, Jairo Roberto de Almeida. A constituição do campo psiquiátrico: duas perspectivas antagônicas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, jan.-mar. 2012, p.139-155.

GOLDMAN, Márcio. Os Tambores dos Mortos e os Tambores dos Vivos. Etnografia, Antropologia e Política em Ilhéus, Bahia. IN: **Revista de Antropologia** (São Paulo), São Paulo, v. 46, n. 2, p. 445-476, 2004.

\_\_\_\_\_. Os Tambores do Antropólogo: Antropologia Pós-Social e Etnografia. IN: **Ponto Urbe**. Revista do Núcleo de Antropologia Urbana da USP, v. 3, p. 1-11, 2008.

\_\_\_\_\_. O fim da antropologia. In: **Novos estud.** - CEBRAP no.89 São Paulo Mar. 2011.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. 5.ed. São Paulo: Perspectiva, 1996.

GOLDIN, João Roberto. Ética e pesquisa em Antropologia. In: VICTORA, Ceres Gomes et all (ORG). Associação Brasileira de Antropologia (ABA). **Antropologia e ética: o debate atual no Brasil**. Niterói: EDUFF 2004. 207 p.

GROB, Gerald & HORWITZ, Allan. **Diagnosis, Therapy and Evidence: Conundrums in Modern American Medicine**. New Brunswick, New Jersey and London: Rutgers University Press, 2009.

GROSSI, Miriam; PORTO, Rozeli e TAMANINI, Marlene. **Novas tecnologias reprodutivas** conceptivas: questões e desafios. Brasília: Letras Livres, 2003.

HACKING, Ian. The social construction of what? Cambridge: Harvard University Press, 1999.

HEILBORN, Maria Luiza. Antropologia e Saúde: considerações éticas e conciliação Multidisciplinar. In: VICTORA, Ceres Gomes et all (ORG). ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA. **Antropologia e ética: o debate atual no Brasil**. Niterói: EDUFF 2004. 207 p.

IPq/SC. Histórico do serviço. Disponível em: Disponível em: <https://sites.google.com/site/residenciapsiquiatriasc/hist%C3%B3rico>. Acesso em outubro de 2012.

KAFKA, Franz. **O castelo**. São Paulo (SP): Companhia das Letras, 2008. 365p.

KUHN, Thomas S. **A estrutura das revoluções científicas**. 3. ed. São Paulo: Perspectiva, 1989.

LATOUR, Bruno. **Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora**. São Paulo (SP): E. UNESP, 2000.

\_\_\_\_\_. **Jamais fomos modernos: ensaio de antropologia simétrica**. 2. ed Rio de Janeiro (RJ): Editora 34, 2009.

LANGDON, Esther Jean; MALUF, Sônia Weidner & TORNQUIST, Carmen Susana. Ética e política na pesquisa: os métodos quantitativos e seus resultados. In: GUERRIERO, Iara; ZICKER, Fabio; SCHMIDT, Maria Luisa Sandoval. (Org.). **Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2008.

LOBOSQUE, Ana Marta. A formação em saúde mental: ousemos avançar. In: LOBOSQUE, Ana Marta. **Caderno Saúde Mental v. 3- Saúde Mental: Os desafios da formação**, Belo Horizonte: ESP-MG. 2010.

MALUF, Sônia Weidner. Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais. In: MALUF, Sônia Maluf. & TORNQUIST, Carmen Susana (ORG). **Gênero, saúde e aflição**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.

\_\_\_\_\_. A medicalização do sofrimento e a perda da tristeza. II Congresso Catarinense de Saúde Coletiva. Florianópolis, 2008.

\_\_\_\_\_. A antropologia reversa e “nós”: alteridade e diferença. In: **Ilha: Revista de Antropologia**, vol. 12 n. 01, pp. 39-56. Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis, 2011.

MALUF, Sônia Weidner & TORNQUIST, Carmen Susana (ORG). **Gênero, saúde e aflição**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.

MARTINEZ, José Roberto Barcos. **Metapsicopatologia da psiquiatria: uma reflexão sobre o dualismo epistemológico da psiquiatria clínica entre a organogênese e a psicogênese dos transtornos mentais**. Tese (Doutorado em Filosofia) - Universidade Federal de São Carlos. Orientador: Richard Theisen Simanke. 2006.

MEC (Ministério da Educação). Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=12263&ativo=507&Itemid=506](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12263&ativo=507&Itemid=506). Acesso em novembro de 2012.

MERHY, **Emerson Elias** . Desafios de desaprendizagens no trabalho em saúde: em busca de anômalos. In: LOBOSQUE, Ana Marta (ORG). **Caderno Saúde Mental v. 3** - Saúde Mental: Os desafios da formação, Belo Horizonte: ESP-MG. 2010.

MONTEIRO, Marina. Relatos de mulheres com diagnóstico de depressão residentes no bairro Monte Cristo, em Florianópolis, SC. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) orientado por Sônia Maluf, 2010.

NETO, Antonio Joaquim Fernandes. Judicialização da saúde. In: SANTOS, Adriana (ORG). **Caderno Mídia e Saúde Pública**, vol.II: Comunicação em saúde pela paz. Belo Horizonte, ESP- MG, 2007. Disponível em: <http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2009/06/caderno-midia-e-saude-publica-2.pdf#page=49>. Acesso em 14 de setembro de 2012.

TORNQUIST, Carmen Susana; MÜLLER, Ana Paula Andrade; MONTEIRO, Marina. Velhas Histórias, Novas Esperanças. In: MALUF, S. & TORNQUIST, C.S. (ORG). **Gênero, saúde e aflição**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.

OLIVEIRA, Marcus Vinicius de. A instituição do novo: preparando o trabalho com a coisa mental. In: LOBOSQUE, Ana Marta. **Caderno Saúde Mental v. 3**- Saúde Mental: Os desafios da formação, Belo Horizonte: ESP-MG. 2010.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório Mundial da Saúde. **Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Direção-Geral da

Saúde, 2002. Disponível em: [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_djmessage\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf). Acesso em dezembro de 2011.

\_\_\_\_\_. **What is depression?** Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/). Acesso em maio de 2012.

ORNELAS, Cirlene. A invenção coletiva da Saúde Mental. In: LOBOSQUE, Ana Marta. **Caderno Saúde Mental v. 3-** Saúde Mental: Os desafios da formação, Belo Horizonte: ESP-MG. 2010.

PELBART, Peter Pál. Manicômio mental — a outra face da clausura. In: Lancetti, Antonio (org.). **Saúde Loucura 2.** São Paulo: Hucitec, p. 130-138, 1992.

PEPE, Vera Lúcia Edais; FIGUEIREDO Tatiana de Aragão; SIMAS, Luciana; OSORIO-DE-CASTRO Claudia Garcia Serpa; VENTURA, Míriam. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.15 no.5 Rio de Janeiro Aug. 2010.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. In: **Ciênc. saúde coletiva** vol.16 no.12. Rio de Janeiro, dez. 2011.

PORTAL DA SAÚDE. **Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=29797&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797&janela=1). Acesso em novembro de 2012.

\_\_\_\_\_. **O que é Reforma Psiquiátrica**. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=33929](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33929). Acesso em novembro de 2012a.

RODRIGUES, Silvia Maués Santos; SOUZA, Airle Miranda de & PEDROSO, & Janari da Silva. Diagnóstico psiquiátrico: evolução histórica, conceitos e vicissitudes. **Revista Paraense de Medicina**. Belém: Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, 2008. 57-62. ISBN/ISSN: 0101-5907.

ROEDER, Maika Arno. Serviço Residencial Terapêutico – Morada do Gênero. In: MALUF, Sônia Weidner e TORNQUIST, Carmem Susana (orgs). **Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.

SERPA JÚNIOR, Octávio Dumont. **Mal-estar na natureza: estudo crítico sobre o reducionismo biológico em psiquiatria**. RJ: Te Corá Ed., 1998.

SOAE FILHO, Ercy José. Psiquiatria e pensamento complexo. In: **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, vol.25 no.2 Porto Alegre, Aug. 2003.

TENÓRIO. Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, vol.9. Rio de Janeiro Jan./Apr. 2002.

TORNQUIST, Carmen Susana. “Salvar o dito, honrar a dádiva – dilemas éticos do encontro e da escuta etnográfica”. **Impulso** 14(35): 63-73, 2003.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. O nativo relativo. IN: **Mana**, vol.8 no.1 Rio de Janeiro Apr. 2002.

\_\_\_\_\_. Perspectivismo y multinaturalismo en la América indígena. In: Adolfo Chaparro; Christian Schumacher. (Org.).

**Racionalidad y discurso mítico.** Bogotá: Centro Editorial Universidad del Rosario/ICANH, 2003.

ROCHE Brasil. Disponível em: <http://www.roche.com.br/portal/roche-brazil/inicio>. Acesso em 15/10/2012

WAGNER, Roy. Are there Social Groups in the New Guinea Highlands? In: LEAF, Murray J. (Ed.). **Frontiers of Anthropology: An Introduction to Anthropological Thinking.** New York: D. Van Nostrand Company, 1974. p. 95-122.

## *Anexos*

Para facilitar a visualização e preservar as características documentais, os anexos aqui apresentados, originalmente em folha tamanho A4 e a maior parte em formato PDF, foram salvos como imagens e estão sendo apresentados em seus formatos originais, mas reduzidos do tamanho original para o presente formato A5. Essa redução se operou na imagem como um todo, preservando a proporcionalidade original dos documentos.

Optei por anexar não todos, mas “somente” os documentos mais importantes que foram solicitados/confeccionados no processo junto aos Comitês de Ética e quando na realização dessa pesquisa.

Anexo 01 – Aprovação do CEP/SH (CEP/UFSC) para o projeto  
Gênero, subjetividades e ‘saúde mental’.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação  
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos  
Fone: (048) 3721-9206 - Fax: (048) 3721-9599

### DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins e efeitos legais que o  
projeto 355/06, intitulado como “Gênero, subjetividade e saúde mental.”, foi aprovado  
pelo comitê de ética em pesquisa com seres humanos.

Florianópolis, 20 de abril de 2007.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Washington Portela de Souza', written in a cursive style.

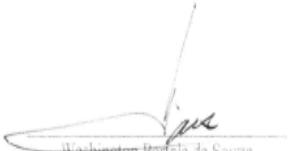
*Prof. Washington Portela de Souza*  
Washington Portela de Souza  
Coordenador do CEP/UFSC

## Anexo 02- Declaração provisória de aprovação do projeto CEP/UFSC

### DECLARAÇÃO

Eu, Washington Portela de Souza (CPF n.º069375514-87), coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, declaro que a pesquisa intitulada **Estudo sobre ensino e prática de psiquiatria a partir de pesquisa com residência em psiquiatria no Hospital Universitário/ UFSC e no Hospital das Clínicas/UNICAMP** das pesquisadoras Sônia Weidner Maluf e Marina Monteiro se encontra em situação regular e aprovada pelo presente Comitê e que apenas não foi devidamente protocolada enquanto tal via Plataforma Brasil devido a impedimentos burocráticos em decorrência da greve que se encontra nossa universidade.

Coloco-me a disposição para eventuais esclarecimentos da situação.



Washington Portela de Souza  
portela@ccb.ufsc.br

## Anexo 03 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Final)

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

(de acordo com a resolução 196/96 do Ministério da Saúde)

Vimos através desse convidar o/a senhor/a a participar da presente pesquisa coordenada pela Profa. Dra. Sônia Weidner Maluf, professora do Programa de Pós Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e realizada por Marina Monteiro, mestranda do Programa de Pós Graduação em Antropologia Social (PPGAS) da UFSC. Tal pesquisa foi aprovada pelo CNPq, pela Universidade Federal de Santa Catarina e pelo Comitê de Ética de pesquisa na UFSC e da UNICAMP e tem como objetivo central pesquisar e refletir sobre as práticas e discursos da Psiquiatria através do estudo das peculiaridades que envolvem a formação psiquiátrica nos programas de residência médica em psiquiatria da UFSC (Florianópolis, SC) e da UNICAMP (Campinas, SP).

Nesse sentido, estamos lhe consultando para saber se você concorda em participar da nossa pesquisa permitindo que realizemos observações no cotidiano dessa Instituição e através de conversas e entrevistas relacionadas ao tema da pesquisa.

Essa pesquisa não acarreta nenhum risco às pessoas que dela participam, sendo que as mesmas, ao concordarem em participar, nos auxiliarão a compreender melhor de que forma certos transtornos são representados e tratados pela população e para entender o que se passa nos serviços de saúde para, quem sabe, colaborar na melhoria desses serviços.

Ressaltamos que a identidade das pessoas entrevistadas será mantida em sigilo absoluto e que não utilizaremos, nos relatórios e nas eventuais publicações com os resultados, nenhuma informação que possa identificá-las. Disponibilizamos abaixo nosso endereço eletrônico e telefones, para o caso de desistência de sua parte de participar da pesquisa pelo período de até 3 (três) meses da realização da entrevista.

Professora Sônia Weidner Maluf  
Departamento e Programa de Pós Graduação em Antropologia Social na UFSC  
[maluf@ch.ufsc.br](mailto:maluf@ch.ufsc.br) (48) 32345743

Pesquisadora: Marina Monteiro  
Endereço e telefone: [mm.monteiro@rvhoo.com.br](mailto:mm.monteiro@rvhoo.com.br) (48) 99479022

CONCORDO EM PARTICIPAR DA PESQUISA, NOS TERMOS COLOCADOS NO PRESENTE DOCUMENTOS

Nome da/o entrevistada/o:

Contato:

Local:

Data:

Assinatura

Anexo 04 - Folha de rosto do formulário enviado à Plataforma Brasil-



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

PROJETO DE PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

Projeto de Pesquisa: Estudo sobre ensino e prática de psiquiatria a partir de pesquisa com residência em psiquiatria no Hospital Universitário/UFSC e no Hospital das Clínicas/UNICAMP

**Informações Preliminares**

Responsável Principal

CPF: 44718098068	Nome: Sônia Weidner Maluf
Telefone: 4837219714	E-mail: soniawmaluf@gmail.com

Instituição Proponente

CNPJ: 83.899.526/0001-82	Nome da Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina
--------------------------	---

É um estudo internacional? Não

■ Assistentes

CPF	Nome
307.327.428-82	Marina Monteiro

■ Equipe de Pesquisa

CPF	Nome
30732742882	Marina Monteiro

Área de Estudo

Grandes Áreas do Conhecimento (CNPq)

- Grande Área 7. Ciências Humanas

Título Público da Pesquisa: Estudo sobre ensino e prática de psiquiatria a partir de pesquisa com residência em psiquiatria no Hospital Universitário/UFSC e no Hospital das Clínicas/UNICAMP

Acrônimo do Título

Expansão do Acrônimo do

Contato Público

CPF	Nome	Telefone	E-mail
30732742882	Marina Monteiro	4899479022	mm_mmonteiro@yahoo.com.br

Contato: Marina Monteiro

Desenho de Estudo / Apoio Financeiro

Desenho do Estudo:

Condições de saúde ou problemas

Condição de saúde ou Problema
-------------------------------

Descritores Gerais para as Condições de

CID-10: Classificação Internacional de Doenças

Código CID	Descrição CID
------------	---------------

DeCS: Descritores em Ciência da Saúde

Código DECS	Descrição DECS
-------------	----------------

Descritores Específicos para as Condições de Saúde

CID-10: Classificação Internacional de Doenças

Código CID	Descrição CID
------------	---------------

DeCS: Descritores em Ciência da Saúde

Código DECS	Descrição DECS
-------------	----------------

Tipo de Intervenção:

Natureza da Intervenção

Descritores da Intervenção

Descritores da Intervenção

Intervenções
--------------

Lista de CID

Código CID	Descrição CID
------------	---------------

Lista de DECS

Código DECS	Descrição DECS
-------------	----------------

Fase

\*

Haverá uso de placebo ou a existência de grupos que não serão submetidos em nenhuma intervenção:

Haverá aplicação de washout:

Desenho:

No presente projeto de pesquisa apresento a proposta de estudar como vem sendo realizada a formação e a prática psiquiátricas em universidade (s) brasileira (s) a partir de pesquisa a ser realizada no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/ UFSC) no Hospital das Clínicas da UNICAMP. O problema de pesquisa aqui apresentado tem como principal consideração o ensino e prática de residência psiquiátrica em um contexto em que a Reforma Psiquiátrica está em processo de implementação no país. Além disso, também pretendo discutir sobre como a Psiquiatria se constitui enquanto campo de conhecimento a partir da discussão sobre o processo de consolidação da Psiquiatria enquanto disciplina científica e prática político-discursiva.

Palavras-chave

Antropologia da ciência; Psiquiatria; Formação biomédica

Apoio Financeiro

CNPJ	Nome	E-mail	Telefone	Tipo
33.654.831/0001-36	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico ((CNPq))			Institucional Principal

Palavra Chave

Palavra-chave
Antropologia da Ciência
Psiquiatria
Formação Biomédica

### Introdução:

A proposta trata de uma pesquisa de mestrado a ser realizada por Marina Monteiro, sob a orientação de Sônia Weidner Maluf, junto ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina. O objetivo é de abordar o ensino e a prática de psiquiatria em residências públicas no Brasil, principalmente no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) buscando prosseguir o diálogo entre antropologia e o campo da saúde mental que vínhamos desenvolvendo em pesquisas anteriores e no Trabalho de conclusão de Curso (TCC) da discente Marina Monteiro. Nesse trabalho foi pesquisado relatos de mulheres que moravam em um bairro popular de Florianópolis/SC com diagnóstico de depressão e outras das chamadas psicopatologias. Após analisar esses relatos concluímos que na maior parte dos casos, a causa de seus transtornos, eram associadas diretamente com problemas de ordem financeira, afetiva ou social pelas mulheres pesquisadas e que havia uma sobreposição de lógicas a buscar cura e/ou alívio em medicamentos mas também em outras terapêuticas, principalmente com vínculo religioso. Como conclusão, apontamos que para as mulheres com quem conversei, a depressão surgiu muito mais como uma forma de subjetivação do que enquanto doença. Se no referido TCC procuramos entender algumas questões da dita saúde mental a partir do ponto de vista de sujeitos diagnosticados com depressão, nessa pesquisa atual partimos de uma outra perspectiva e, se formos considerar o dualismo que funda a biomedicina (BONET, 2004; FOUCAULT, 1994; 1990), através do qual a saúde se opõe à doença e o médico se opõe ao paciente, a pesquisa que venho realizando tem como enfoque discutir o outro lado da questão, ou seja, o ponto de vista biomédico e, mais especificamente, da psiquiatria. Questões como o perfil sócio-cultural dos residentes em psiquiatria, o ensino, a formação e a transmissão do conhecimento psiquiátrico, a prática cotidiana da residência em hospitais universitários, sobretudo em relação a aspectos como aprendizado do diagnóstico, da relação terapêutica, entre outros, serão abordados. A pesquisa está sendo orientada, assim, para as particularidades discursivas que fundamentam a prática e regime de construção de saberes biomédicos. As residências tem a particularidade de serem campo de formação de profissionais aptos a atuar na área (BONET, 2004) e, enquanto tal, pode propiciar questões interessantes sobre como vem sendo pensada e ensinada a psiquiatria hoje, quais suas premissas e apostas, como um tratamento é pensado, etc. - em suma, como vem sendo constituída essa ciência hoje em dia e como ela se relaciona com práticas político-discursivas.

### Resumo:

No presente projeto de pesquisa apresento a proposta de estudar como vem sendo realizada a formação e a prática psiquiátricas em universidades públicas brasileiras a partir de pesquisa a ser realizada no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). O problema de pesquisa aqui apresentado tem como principal consideração o ensino e prática da realização de diagnóstico nas residências psiquiátricas em um contexto em que a Reforma Psiquiátrica está em processo de implementação no país. Além disso, também pretendo discutir sobre como a Psiquiatria se constitui enquanto campo de conhecimento a partir da discussão sobre o processo de consolidação da Psiquiatria enquanto disciplina científica e prática político-discursiva.

### Hipótese:

Considerando a psiquiatria enquanto instituição legitimadora de saberes e uma ciência que se consolida em sua prática (AGUIAR, 2004; FOUCAULT, 1994), partimos da hipótese de que a formação médica em psiquiatria em residências públicas traz um aspecto que se insere duplamente na legitimação de discursividades envolvendo saúde mental, a legitimidade da psiquiatria enquanto ciência produtora de saberes e sua soberania na prática de saúde mental, exercendo assim seu caráter biopolítico (FOUCAULT, 1990). No entanto, algumas pesquisas recentes (AGUIAR, 2004; BONET, 2004) têm apontado a medicina como uma ciência em crise por não conseguir levar a cabo amplamente a dicotomia (objetividade/subjetividade) na qual encontra suas bases. Indo ao encontro dessa perspectiva e como resultado da reflexão sobre aspectos encontrados previamente em campo, apresento a hipótese de pensar a psiquiatria também como uma ciência em crise, bem como a procura de estudar aspectos dessa possível crise e como a antropologia poderia contribuir para um pensar sobre e com a psiquiatria.

**Objetivo Primário:**

Como objetivo geral, temos a pesquisa e reflexão sobre as práticas e discursos correntes na Psiquiatria através do estudo das peculiaridades que envolvem a formação psiquiátrica nos programas de residência médica em psiquiatria da UFSC (Florianópolis, SC) e da UNICAMP (Campinas, SP).

**Objetivo Secundário:**

Como objetivos específicos, temos: 1. Pesquisar e refletir a prática de residência em Psiquiatria a partir da problematização de aspectos como: qual público atende, como os atendimentos são organizados, como os profissionais relatam suas práticas e experiências, como se dá as relações com supervisores, relatos de casos, etc.; 2. Discutir e problematizar como os diagnósticos são pensados, realizados e instrumentalizados na prática psiquiátrica clínica, a partir da experiência e dos relatos dos residentes; 3. Pesquisar e refletir sobre como as práticas e discursos relativos à formação em psiquiatria se inserem no contexto atual de implantação da Reforma Psiquiátrica no Brasil; 4. Efetuar considerações sobre as potencialidades e possibilidades de contribuições da Antropologia em um diálogo com políticas públicas em saúde mental.

**Metodologia Proposta:**

A realização da pesquisa aqui proposta deverá utilizar como recurso metodológico ferramentas da antropologia como idas sistemáticas a campo, observação do cotidiano dos sujeitos da pesquisa, conversas formais que poderão ou não ser gravadas com auxílio de gravador e confecção de diário de campo. Estima-se que a pesquisa deverá ter duração de quatro meses a cinco meses, sendo metade desse tempo a cada uma das referidas instituições.

**Critério de Inclusão:****Critério de Exclusão:****Riscos:**

A presente pesquisa não apresenta riscos para a população.

**Benefícios:**

Os principais benefícios previstos pela presente pesquisa são: 1. Busca da realização de um diálogo em saúde mental que vise um aprimoramento das práticas públicas de saúde, prezando tanto o profissional quanto o sujeito doente; 2. Estabelecimento de um diálogo com os profissionais das residências de modo a estimulá-los a pensar nas possíveis implicações das ciências humanas e ciências da saúde; 3. Trazer para os profissionais da saúde algumas discussões importantes em saúde mental enquanto política pública mas também prática político-discursiva, de modo a auxiliar os profissionais da saúde a pensar sobre suas práticas; 4. Discussão de como a Antropologia e as ciências humanas em geral podem contribuir com áreas da saúde.

**Metodologia de Análise de Dados:**

Após coleta dos dados, esses serão catalogados e analisados tendo como ferramenta as discussões atuais em Antropologia. Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, não serão utilizados recursos outros de análise salvo em caso de alguma exceção não prevista.

**Desfecho Primário:**

Redação e defesa de dissertação de Mestrado em Antropologia Social na Universidade Federal de Santa Catarina.

**Desfecho Secundário:**

Redação e publicação de artigos e trabalhos a serem apresentados em Congressos das áreas de antropologia, saúde pública, saúde coletiva e saúde mental.

Tamanho da Amostra no Brasil: 30

Países de Recrutamento

País de Origem do Estudo	País	Nº de Sujeitos
Sim	BRASIL	30

Outras Informações

Haverá uso de fontes secundárias de dados (prontuários, dados demográficos, etc)?

Sim

Detalhamento:

Serão analisados programas de disciplinas de psiquiatria nas faculdades de medicina, o currículo dos cursos de medicina, alguns livros-textos na área.

Indique o número de indivíduos que serão abordados pessoalmente, recrutados, ou que sofreram algum tipo de intervenção neste centro:

30

Grupos em que serão divididos os sujeitos de pesquisa neste centro

ID Grupo	Nº de Indivíduos	Intervenções a serem realizadas
Hospital Universitário da UFSC	15	Entrevistas e observações da prática cotidiana de ambulatório e emergência.
Hospital de Clínicas da Unicamp	15	Entrevistas e observações da prática cotidiana de ambulatório e emergência

O Estudo é Multicêntrico no Não

Demais centros participantes no Brasil

Propõe dispensa do Não

Haverá retenção de amostras para armazenamento em banco? Não

**Cronograma de Execução**

Identificação da Etapa	Início (DD/MM/AAAA)	Término (DD/MM/AAAA)
Pesquisa no Hospital Universitário da UFSC	01/04/2012	31/05/2012
Pesquisa no Hospital das Clínicas da UNICAMP	01/06/2012	31/08/2012

**Orçamento Financeiro**

Identificação de Orçamento	Tipo	Valor em Reais (R\$)
Gastos com passagem aérea, alimentação e hospedagem durante o período de 2(dois) meses relativo à pesquisa da UNICAMP (Campinas/SP)	Outros	R\$ 9.780,00
<b>Total em R\$</b>		<b>R\$ 9.780,00</b>

Outras informações, justificativas ou considerações a critério do pesquisador:

**Bibliografia:**

AGUIAR, Adriano Amaral de. A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência. Rio de Janeiro (RJ): Relume Dumara, 2004. BITTENCOURT, Sílvia Cardoso. A Bíblia da farmacologia e os antidepressivos: análise do livro texto de Goodman e Gilman - as bases farmacológicas da terapêutica de 1941 a 2006. 352 p. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Ciências Humanas, Florianópolis, 2010. BONET, Octávio. Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem na biomedicina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. FOUCAULT, Michel. Aula de 14 de março de 1979; Aula de 21 de março de 1979. In: FOUCAULT, Michel. Nascimento da Biopolítica. Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008. FOUCAULT, Michel. História da loucura na idade clássica. 4. ed. São Paulo (SP): Perspectiva, 1995. \_\_\_\_\_. Aula de 17 de Março de 1976. Em Defesa da Sociedade. Curso no Collège de France. São Paulo, Martins Fontes, 2002. \_\_\_\_\_. O nascimento da clínica. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994. \_\_\_\_\_. Microfísica do poder. 9. ed. Rio de Janeiro (RJ): Graal, 1990. GOLDMAN, Márcio. Os Tambores do Antropólogo: Antropologia Pós-Social e Etnografia. IN: Ponto Urbe. Revista do Núcleo de Antropologia Urbana da USP, v. 3, p. 1-11, 2008. \_\_\_\_\_. Os Tambores dos Mortos e os Tambores dos Vivos. Etnografia, Antropologia e Política em Ilhéus, Bahia. IN: Revista de Antropologia (São Paulo), São Paulo, v. 46, n. 2, p. 445-476, 2004. KUHN, Thomas S. A estrutura das revoluções científicas. 3. ed. São Paulo: Perspectiva, 1989. LATOUR, Bruno. Jamais fomos modernos: ensaio de antropologia simétrica. 2. ed. Rio de Janeiro (RJ): Editora 34, 2009. \_\_\_\_\_. Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora. São Paulo (SP): E. UNESP, 2000. LANGDON, Jean; MALUF, Sônia & TORNQUIST, Carmen Susana. Ética e política na pesquisa: os métodos quantitativos e seus resultados. Disponível em: [www.antropologia.com.br/art/colab/045-Int.pdf](http://www.antropologia.com.br/art/colab/045-Int.pdf). Acesso em maio de 2011. MALUF, Sônia Maluf & TORNQUIST, Carmen Susana (ORG). Gênero, saúde e aflição. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010. MONTEIRO, Marina. Relatos de mulheres com diagnóstico de depressão residentes no bairro Monte Cristo, em Florianópolis, SC. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) orientado por Sônia Maluf, 2010. TORNQUIST, Carmen Susana; MÜLLER, Ana Paula Andrade; MONTEIRO, Marina. Velhas Histórias, Novas Esperanças. In: MALUF, S. & TORNQUIST, C.S. (ORG). Gênero, saúde e aflição. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010. Organização Mundial da Saúde (OMS) (2002). Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Direção-Geral da Saúde, 2002. Disponível em: <http://www.who>.

[int/whr/2001/en/whr01\\_djmessage\\_po.pdf](http://whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf). Acesso em setembro de 2010. \_\_\_\_\_. What is depression? Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definibon/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definibon/en/). Acesso em agosto de 2011. VIVEIROS DE CASTRO. Perspectivismo y multinaturalismo en la América indígena. In: Adolfo Chaparro; Christian Schumacher, (Org.). Racionalidad y discurso mítico. Bogotá: Centro Editorial Universidad del Rosario/CAANH, 2003. TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1960 aos dias atuais: história e conceitos. Hist. Cienc. Saúde- Manquinhos vol 9 n. Rio de Janeiro Jan/Abr. 2002. SERPA JUNIOR, Octávio Dumont. Mal-estar na natureza: estudo crítico sobre o reducionismo biológico em psiquiatria. RJ: Te Corá Ed., 1998.

**Upload de Documentos**

**Arquivo Anexos:**

Tipo	Arquivo
TCLE - Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	TCLE.docx
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO (2).jpg
Projeto de Pesquisa	PB_RELATORIO_PESQUIISA_16289.pdf

**Finalizar**

Manter sigilo da íntegra do projeto de pesquisa: Não

## Anexo 05 - Primeiro Parecer do CEP/UFSC

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

### PROJETO DE PESQUISA

**Título:** Estudo sobre ensino e prática de psiquiatria a partir de pesquisa com residência em psiquiatria no Hospital Universitário/ UFSC e no Hospital das Clínicas/UNICAMP  
**Área Temática:**

**Pesquisador:** Sônia Weidner Mairuf

**Versão:** 1

**Instituição:** Universidade Federal de Santa Catarina

**CAAE:** 01628912.2.0000.0121

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**Número do Parecer:** 37690

**Data da Relatoria:** 28/05/2012

#### Apresentação do Projeto:

O Projeto de Dissertação de Mestrado do Programa de Pós Graduação em Antropologia Social da UFSC Intituido Estudo sobre ensino e prática de psiquiatria a partir de pesquisa com residência em psiquiatria no Hospital Universitário/ UFSC e no Hospital das Clínicas/UNICAMP

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Geral

Pesquisar e refletir sobre as práticas e discursos correntes na Psiquiatria através do estudo das peculiaridades que envolvem a formação psiquiátrica nos programas de residência médica em psiquiatria da UFSC (Florianópolis, SC) e da UNICAMP (Campinas, SP).

##### 3.2 Específicos

¿¿Pesquisar e refletir a prática de residência em Psiquiatria a partir da problematização de aspectos como: qual público atende, como os atendimentos são organizados, como os profissionais relatam suas práticas e experiências, como se dá as relações com supervisores, relatos de casos, etc.;

¿¿Descobrir e problematizar como os diagnósticos são pensados, realizados e instrumentalizados na prática psiquiátrica clínica, a partir da experiência e dos relatos dos residentes;

¿¿Pesquisar e refletir sobre como as práticas e discursos relativos a formação em psiquiatria se inserem no contexto atual de implantação da Reforma Psiquiátrica no Brasil;

¿¿Efetuar considerações sobre as potencialidades e possibilidades de contribuições da Antropologia em um diálogo com políticas públicas em saúde mental

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não haverá riscos aos sujeitos do estudo nem a população em geral. Os principais benefícios previstos pela presente pesquisa são: 1. Busca da realização de um diálogo em saúde mental que vise um aprimoramento das práticas públicas de saúde, prezando tanto o profissional quanto o sujeito doente; 2. Estabelecimento de um diálogo com os profissionais das residências de modo a estimulá-los a pensar nas possíveis implicações das ciências humanas e ciências da saúde; 3. Trazer para os profissionais da saúde algumas discussões importantes em saúde mental enquanto política pública mas também prática político-discursiva, de modo a auxiliar os profissionais da saúde a pensar sobre suas práticas; 4. Discussão de como a Antropologia e as ciências humanas em geral e a saúde mental

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa apresenta-se organizado em todas as fases de seu desenvolvimento faz a introdução do tema e justifica o contexto e a necessidade da pesquisa. Do ponto de vista metodológico será uma pesquisa qualitativa que utilizará o instrumental próprio da pesquisa antropológica e a etnografia utilizará as técnicas de trabalho de campo, observação, entrevista e

diários de campo.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Em relação a documentação para submissão e aprovação ao CEP/SH UFSC foram apresentados: Projeto, Folha de Rosto, TCLE, Cronograma Orçamento. Apresentada apenas a Declaração da Instituição UFSC faltou a Declaração da Instituição UNICAMP

**Recomendações:**

Em relação ao projeto no seu todo ficam algumas dúvidas, a pesquisadora cita que serão utilizados outros documentos como Prontuários mas não refere em nenhum momento no Projeto de Dissertação quanto ao seu uso, apenas na cópia relatório CONEP, como também não explicita os cuidados éticos com o uso do prontuário e a autorização da instituição, tendo em vista que o prontuário é de de propriedade exclusiva do paciente. Outra dúvida a pesquisadora fará observação nas consultas, as pacientes será solicitada a autorização TCLE para gravação da sessão. Solicito que encaminhe seus esclarecimentos. O texto do TCLE apresentado não apresenta-se com uma redação clara está um pouco confusa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Concluo no aguardo das ponderações e recomendações como também da Declaração da segunda Instituição ou das reformulações do projeto

**Situação do Parecer:**

Pendente

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Nada a acrescentar.

**Na data de emissão desse parecer estavam pendentes os pareceres de algumas co-participantes. As mesmas deverão ser apresentadas antes do início do projeto.**

FLORIANOPOLIS, 17 de Junho de 2012

---

Assinado por:  
Washington Portela de Souza

**PROJETO DE PESQUISA**

**Título:** Estudo sobre ensino e prática de psiquiatria a partir de pesquisa com residência em psiquiatria no Hospital Universitário/ UFSC e no Hospital das Clínicas/UNICAMP

**Área Temática:**

Área 9. A critério do CEP.

**Versão:** 2

**CAAE:** 01628912.2.0000.0121

**Pesquisador:** Sônia Weldner Mauf

**Instituição:** Universidade Federal de Santa Catarina

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**Número do Parecer:** 108.388

**Data da Relatoria:** 24/09/2012

**Apresentação do Projeto:**

O Projeto de Dissertação de Mestrado do Programa de Pós Graduação em Antropologia Social da UFSC Intitulado Estudo sobre ensino e prática de psiquiatria a partir de pesquisa com residência em psiquiatria no Hospital Universitário/ UFSC

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo da Pesquisa:**

Geral

Pesquisar e refletir sobre as praticas e discursos correntes na Psiquiatria através do estudo das peculiaridades que envolvem a formacao psiquiatrica nos programas de residencia medica em psiquiatria da UFSC (Florianopolis, SC) e da UNICAMP (Campinas, SP).

3.2 Especificos

¿ Pesquisar e refletir a pratica de residencia em Psiquiatria a partir da problematizacao de aspectos como: qual publico atende, como os atendimentos sao organizados, como os profissionais relatam suas praticas e experiencias, como se da as relacoes com supervisores, relatos de casos, etc.;

¿ Discutir e problematizar como os diagnosticos sao pensados, realizados e instrumentalizados na pratica psiquiatrica clinica, a partir da experiencia e dos relatos dos residentes;

¿ Pesquisar e refletir sobre como as praticas e discursos relativos a formacao em psiquiatria se inserem no contexto atual de implantacao da Reforma Psiquiatrica no Brasil;

¿ Efetuar consideracoes sobre as potencialidades e possibilidades de contribuicoes da Antropologia em um dialogo com politicas publicas em saude mental

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Não haverá riscos aos sujeitos do estudo nem a população em geral. Os principais benefícios previstos pela presente pesquisa são: 1. Busca da realização de um diálogo em saúde mental que vise um aprimoramento das práticas públicas de saúde, prezando tanto o profissional quanto o sujeito doente; 2. Estabelecimento de um diálogo com os profissionais das Residências de modo a estimulá-los a pensar nas possíveis implicações das ciências humanas e ciências da saúde; 3. Trazer para os profissionais da saúde algumas discussões importantes em saúde mental enquanto política pública mas também prática político-discursiva, de modo a auxiliar os profissionais da saúde a pensar sobre

**Endereço:** Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-900  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

suas práticas.4. Discussão de como a Antropologia e as ciências humanas em geral e a saúde mental

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto de pesquisa apresenta-se organizado em todas as fases de seu desenvolvimento faz a introdução do tema e justifica o contexto e a necessidade da pesquisa. Do ponto de vista metodológico será uma pesquisa qualitativa que utilizara o instrumental próprio da pesquisa antropológica e a etnografia utilizara as técnicas de trabalho de campo, observação, entrevista e diários de campo.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Em relação a documentação para submissão e aprovação ao CEP SH UFSC foram apresentados: Projeto, Folha de Rosto, TCLE, Cronograma Orçamento. Apresentada apenas a Declaração da Instituição UFSC a Instituição UNICAMP não participará mais da avaliação das Residência em Psiquiatria de acordo documento enviado pelo pesquisadora Dra Sônia Maluf

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A pesquisadora apresentou toda a documentação e atendeu todas as solicitações recomendadas no primeiro parecer quanto ao TCLE e as implicações éticas e bioéticas do uso do prontuário o qual foi retirado dos dados a serem coletados ficando apenas a coleta através da entrevista e dos painos e programas de ensino.

**Recomendações:**

Recomendo a aprovação

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Concluo encaminhando para aprovação do projeto no CEP SH UFSC

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

FLORIANOPOLIS, 26 de Setembro de 2012

---

Assinado por:  
Washington Portela de Souza

## Anexo 07 - Parecer do CEP/UNICAMP

FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS - UNICAMP (CAMPUS  
CAMPINAS)



### PROJETO DE PESQUISA

**Título:** Estudo sobre ensino e prática de psiquiatria a partir de pesquisa com residência em psiquiatria no Hospital Universitário/UFSC e no Hospital das Clínicas/UNICAMP

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 01628912.2.0000.0121

**Pesquisador:** Sônia Weidner Maluf

**Instituição:** Universidade Federal de Santa Catarina

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP Elaborado pela Instituição Coparticipante

**Número do Parecer:** 83927

**Data da Relatoria:** 26/09/2012

#### Apresentação do Projeto:

##### Resumo

No presente projeto de pesquisa apresento a proposta de estudar como vem sendo realizada a formação e a prática psiquiátrica em universidades brasileiras a partir de pesquisa a ser realizada no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) no Hospital das Clínicas da UNICAMP. O problema de pesquisa aqui apresentado tem como principal consideração o ensino e prática de residência psiquiátrica em um contexto em que a Reforma Psiquiátrica está em processo de implementação no país. Além disso, também pretendo discutir sobre como a Psiquiatria se constitui enquanto campo de conhecimento a partir da discussão sobre o processo de consolidação da Psiquiatria enquanto disciplina científica e prática político-discursiva.

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Geral

Pesquisar e refletir sobre as práticas e discursos correntes na Psiquiatria através do estudo das peculiaridades que envolvem a formação psiquiátrica nos programas de residência médica em psiquiatria da UFSC (Florianópolis, SC) e da UNICAMP (Campinas, SP).

##### Específicos

- Pesquisar e refletir a prática de residência em Psiquiatria a partir da problematização de aspectos como: qual público atende, como os atendimentos são organizados, como os profissionais relatam suas práticas e experiências, como se dá as relações com supervisores, relatos de casos, etc.;
- Discutir e problematizar como os diag são pensados, realizados e instrumentalizados na prática psiquiátrica clínica, a partir da experiência e dos relatos dos residentes;
- Pesquisar e refletir sobre como as práticas e discursos relativos à formação em psiquiatria se inserem no contexto atual de implantação da Reforma Psiquiátrica no Brasil;
- Efetuar considerações sobre as potencialidades e possibilidades de contribuições da Antropologia em um diálogo com políticas públicas em saúde mental.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não prevê riscos à população.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de mestrado apresentado em 2011 com defesa para dezembro de 2012.

A realização da pesquisa aqui proposta deverá utilizar como recurso metodológico idas sistemáticas a campo, observação do cotidiano dos sujeitos da pesquisa, conversas formais que poderão ou não ser gravadas e confecção de diário de campo. Estima-se que a pesquisa deverá ter duração de quatro meses a cinco meses, sendo metade desse tempo a cada uma das referidas instituições.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-867

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS - UNICAMP (CAMPUS  
CAMPINAS)



Por se tratar de uma pesquisa na área de saúde, a observação do cotidiano dos profissionais só poderá ocorrer mediante autorização do Comitê de Ética das referidas universidades. Contudo, caso esse não seja concedido, a pesquisa deverá seguir tendo como base relatos e conversas com profissionais da residência e residentes.

A observação de campo prevê a presença de pacientes ( durante atendimento)? E quanto a momentos a serem gravados, seriam apenas com os profissionais ou incluem atendimentos?

Cita inclusive nome de residentes que entrevistou?

Tamanho amostral: 15 profissionais ( residentes e supervisores) em cada Universidade, para entrevistas e observações da prática cotidiana de ambulatório e emergência.

O projeto não esclarece como será a consulta e análise dos programas de disciplinas de psiquiatria nas faculdades de medicina, o currículo dos cursos de medicina, alguns livros-textos. área.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O orçamento não refere patrocinador, mas o TCLE refere aprovação do CNPq. Esclarecer.

TCLE confuso e incompleto. Não informa os objetivos, o método e como será a participação. Não há informação sobre os CEPs. Não prevê 2 vias.

Há carta de aceitação das duas Instituições autorizando a coleta de dados após aprovação do CEP. Ambas de maio de 2012.

**Recomendações:**

Consultar página do CEP da FCM-UNICAMP para adequar projeto e TCLE.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Fica claro que o trabalho, ou parte dele, já foi realizado, sem aprovação de nenhum dos CEPs. É importante salientar que sem uma avaliação e aprovação do projeto nem mesmo os dados já coletados ( relatos e entrevistas com os profissionais) poderão ser utilizados.

O projeto refere sigilo dos dados de identificação, mas no próprio projeto cita inclusive nome de residentes que entrevistou e seus comentários.

Como este é um projeto de mestrado, a pesquisadora responsável deve ser a aluna de mestrado, não sua orientadora. Inclusive na página de rosto.

"Nas conversas com os residentes dos referidos hospitais, alguns pontos quanto a formação e atuação do profissional de psiquiatria me chamaram a atenção. Em relação a formação médica universitária realizada na UFSC e na UNICAMP, os profissionais com quem conversei apontaram.."

**Situação do Parecer:**

Não Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O projeto foi discutido em plenária durante a reunião ordinária do CEP em 28/08/2012. Foi mantido o parecer de não aprovação do relator, embasado no descumprimento do artigo IX.2 letra "a" da resolução 196/96 e na carta circular 122/2012 da CONEP que possibilita apenas que o CEP da co-participante emita parecer de aprovação ou não aprovação, não sendo mais possível parecer de pendência.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8938

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS - UNICAMP (CAMPUS  
CAMPINAS)



CAMPINAS, 28 de Agosto de 2012

---

Assinado por:  
Carlos Eduardo Steiner

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-487  
UF: SP Município: CAMPINAS  
Telefone: (19)3521-4938 Fax: (19)3521-7187 E-mail: osp@fcm.unicamp.br

## Anexo 08 – Carta-resposta enviada ao CEP/UFSC

Ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina  
Resposta ao parecer n.º 37890

Vimos, por meio desta, responder e esclarecer os itens solicitados pelo parecer n.º 37890, datado em 17 de junho de 2012.

Primeiramente, com relação à pesquisa em prontuários: devido aos fatores éticos e metodológicos implicados no acesso e uso dos prontuários dos pacientes esses não constarão como material de pesquisa. Esse item, assinalado erroneamente, já se encontra reformulado no relatório para o CONEP. Os documentos a serem analisados deverão ser basicamente aqueles referentes ao ensino de psiquiatria, como ementas de disciplinas, por exemplo, de caráter público.

Em segundo lugar, a observação nas consultas deverá ser realizada apenas mediante o consentimento por escrito e devidamente assinado (através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) e não será gravada. As gravações só serão realizadas em entrevistas com os profissionais e também apenas mediante aprovação por escrito e assinada (através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

Por fim, o texto do TCLE foi reformulado e consta em um dos anexos (arquivo com o nome TCLE 2)

Agradecemos as considerações realizadas e ficamos aguardando novo parecer.

Cordialmente,

Prof.ª Dr.ª Sônia Weidner Maluf  
Mestranda Marina Monteiro

## Anexo 09- Ofício para solicitação de entrada no IPQ

### OFÍCIO

Ao Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina - IPq/SC  
Ao Diretor Geral Dr. Paulo Márcio de Souza

Marina Monteiro, brasileira, solteira, inscrita no CPF sob o n.º 307327428-62, residente à Av. César Seara, 356, na cidade de Florianópolis/SC, mestranda em Antropologia Social pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) vem solicitar a permissão de visitar e realizar pesquisa de campo junto ao Instituto de Psiquiatria no período de junho e julho de 2012 por ocasião da realização da pesquisa intitulada **Estudo sobre ensino e prática de psiquiatria a partir de pesquisa com residência em psiquiatria no Hospital Universitário/ UFSC e no Hospital das Clínicas/UNICAMP**, aprovado pelo Comitê de Ética da UFSC com o número CAAE 01628912.2.0000.0121. As visitas ao Instituto de Psiquiatria visa o conhecimento de sua estrutura interna e realização de entrevistas com profissionais relacionados ao Serviço de Residência Médica em Psiquiatria do IPq/SC da SES/SC.

Relato já estar em contato com a coordenadora da residência, Dra. Ana Michels, que já avaliou o projeto e deu permissão para a realização da referida pesquisa na Universidade Federal de Santa Catarina.

Grata pela atenção.

Cordialmente,

Marina Monteiro

Florianópolis, -- de junho de 2012

Anexo 10 - Autorização do Departamento de  
Psiquiatria/UNICAMP

Autorização para Coleta de Dados

Eu, Renata Cruz Soares de Azevedo responsável pela Unidade/Órgão Ambulatório de Psiquiatria do HC da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, declaro estar ciente aos requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas Complementares autorizando a coleta de dados do projeto intitulado “Estudo sobre ensino e prática de psiquiatria a partir de pesquisa com residência em psiquiatria no Hospital Universitário/ UFSC e no Hospital das Clínicas/UNICAMP”, sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) Marina Monteiro a partir da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa-Unicamp.

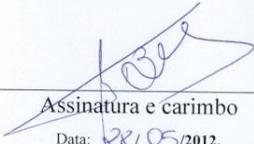
  
Assinatura e carimbo

Data: 16/05/2012.

## Anexo 11 - Autorização da direção do Hospital das Clínicas/UNICAMP

### Autorização para Coleta de Dados

Eu, **Manoel Barros Bertolo** responsável pelo Unidade/Órgão **Hospital das Clínicas** da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, declaro estar ciente aos requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas Complementares autorizando a coleta de dados do projeto intitulado “**Estudo sobre ensino e prática de psiquiatria a partir de pesquisa com residência em psiquiatria no Hospital Universitário/ UFSC e no Hospital das Clínicas/UNICAMP**”, sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) **Marina Monteiro** a partir da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa-Unicamp.

  
Assinatura e carimbo  
Data: 28/05/2012.

PROF. DR. MANOEL BARROS BÉRTOLO  
Superintendente  
Hospital de Clínicas / UNICAMP  
Matr. 66.915 - CRM 43.638

Anexo 12 - Autorização da direção do Hospital  
Universitário/UFSC



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: Estudo sobre Ensino e Prática de Psiquiatria e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 07.05.12.....

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'F. Felício', written over a vertical line.

Profº Felipe Felício  
Diretor Geral HU/UFSC