

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSOFIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

MARCIO LOYOLA DE ARAUJO

A FORMAÇÃO MÉDICA
NA PRODUÇÃO DE AUTONOMIA
ATRAVÉS DA GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO

NITERÓI

2020

MARCIO LOYOLA DE ARAUJO

**A FORMAÇÃO MÉDICA
NA PRODUÇÃO DE AUTONOMIA
ATRAVÉS DA GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Ciências Humanas e Filosofia da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. EDUARDO PASSOS

Coorientador: Prof. Dr. ALUÍSIO DA SILVA JR.

NITERÓI

2020

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Eduardo Passos (orientador)
Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr. Alúcio da Silva Júnior (coorientador)
Universidade Federal Fluminense

Profa. Maria Elizabeth Barros de Barros
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Cristhian Sade
Universidade Federal Fluminense

Profa. Ana Karenina

Dra. Letícia Renault

AGRADECIMENTOS

Aos **Participantes da pesquisa**: pesquisadores da graduação em medicina e psicologia, usuários e trabalhadores do Ambulatório de Saúde Mental de Pendotiba, por sua disponibilidade, por consentirem no uso do material criado para pesquisa acadêmica e, principalmente, por contribuírem na produção de todo o percurso desta intervenção, na formação em saúde pública.

Ao CNPQ e à CAPS, pelo apoio e investimento na pesquisa qualitativa, em busca de aumentar a participação da Universidade na construção da educação em saúde, através do conhecimento científico, mas em prol da autonomia da população.

Ao ORIENTADOR, por sua dedicação à pesquisa sobre o cuidado e a produção de conhecimento, na formação médica, e na transformação da realidade dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde públicos.

Ao COORIENTADOR, por sua dedicação à formação em saúde, dentro dos princípios do SUS e da Educação Permanente, trazendo as questões mais relevantes para o desenvolvimento da pesquisa na graduação da UFF.

Ao GRUPO DE ORIENTAÇÃO que teve sempre acolhimento na leitura do texto, muitas vezes difícil, fazendo discussões coletivas ricas e apontamentos importantes.

Ao GRUPO ENATIVOS, pelo apoio precioso no percurso da pesquisa de campo e dos desdobramentos problemáticos, que envolveram a relação entre produção de conhecimento e cuidado, no grupo GAM e na formação dos pesquisadores.

À BANCA por sua disponibilidade e sagacidade. Agradeço a parceria durante todo o processo desde a qualificação à Beth Barros e Cristhian Sade, que souberam fazer as críticas necessárias e apontar os

caminhos possíveis para a construção da pesquisa e escrita desta tese. À Leticia que acompanhou e trouxe muitas contribuições, em todo o percurso, no grupo Enativos. E à Ana Karenina que participou de um grupo com os pesquisadores da graduação em medicina na UFF, fazendo considerações fundamentais sobre a GAM na formação em saúde.

À EQUIPE DE PESQUISADORES da graduação: Carla, Lia, Mateus, Anna, Ricardo, Vitor, Sara, Samia, Carolina e Marina: todos alunos da graduação em medicina da UFF (menos Lia, já egressa da UFF). E André, mestre em psicologia pela UFF, Eric, aluno da graduação em psicologia da UFF, Julia, aluna da graduação em psicologia da FAMATH.

Aos meus filhos, Luiza e Lucca, que sempre acreditaram, e me fizeram acreditar, que outros modos de existir são possíveis, menos individualistas. Assim impulsionando nossa relação na construção de redes coletivas de cuidado, mais democráticas e antifascistas.

RESUMO

A pesquisa de doutorado, que originou a escrita desta tese, se refere aos efeitos da estratégia de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) na formação médica, problematizando a medicalização do cuidado com um grupo de alunos da graduação em medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF). Mais Especificamente, a pesquisa analisa como a estratégia de cogestão de psicofármacos impacta no tratamento com os usuários da saúde mental, colhendo os efeitos dessa intervenção na formação dos pesquisadores da graduação envolvidos. Neste sentido procuramos desenvolver formas de resistência na formação médica aos processos de medicalização do campo do cuidado em saúde, em busca de intervir no crescimento da produção de diagnósticos psiquiátricos e do consumo de psicotrópicos. Para atingir esse objetivo foi proposto a criação de um grupo de intervenção com alunos de medicina e psicologia da UFF, e este grupo construiu uma pactuação com um grupo de usuários e trabalhadores no ambulatório de saúde mental de Pendotiba, na cidade de Niterói-RJ. Os acontecimentos deste segundo grupo, no referido serviço de saúde, foram utilizados como analisadores do processo de intervenção na formação dos pesquisadores da graduação em medicina e psicologia.

PALAVRAS-CHAVE: cogestão, participação, medicalização, formação em saúde e autonomia.

ABSTRACT

The doctoral research, which originated the writing of this thesis, refers the effects of the Autonomous Medication Management Strategy (GAM) in medical training, problematizing the medicalization of care with a group of undergraduate medical students Fluminense Federal University (UFF). More specifically, analyzes how the co-management strategy of psychotropic drugs impacts the treatment of

mental health disorders, reaping the effects of this intervention in the training of the undergraduate researchers involved. In this sense, we seek to develop forms of resistance in medical training, to the processes of medicalization in the field of health care, seeking to intervene in the growth of the production of psychiatric diagnoses and the consumption of psychotropic drugs. To achieve this objective, it was proposed to create a group of intervention with medical and psychology students from UFF, and this group built in an agreement with a group of users and workers at the Pendotiba mental health clinic, in the city of Niterói-RJ. The events of this second group, in the referred health service, were used as analyzers of the intervention process in the training of undergraduate researchers in medicine and psychology.

KEYWORDS: co-management, participation, medicalization, health training and autonomy.

Ficha catalográfica automática - SDC/BCG
Gerada com informações fornecidas pelo autor

A658f Araujo, Marcio Loyola de
A Formação Médica na Produção de Autonomia Através da
Gestão Autônoma da Medicação / Marcio Loyola de Araujo ;
Eduardo Henrique Passos Pereira, orientador ; Aluísio Gomes
da Silva Junior, coorientador. Niterói, 2020.
222 f.

Tese (doutorado)-Universidade Federal Fluminense, Niterói,
2020.

DOI: <http://dx.doi.org/10.22409/PPGP.2020.d.01284632792>

1. Formação em Saúde. 2. Medicalização. 3. Pesquisa
intervenção. 4. Gestão Autônoma da Medicação. 5.
Produção intelectual. I. Pereira, Eduardo Henrique Passos,
orientador. II. Silva Junior, Aluísio Gomes da, coorientador.
III. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Psicologia.
IV. Título.

CDD -

INTRODUÇÃO	1
1- A MEDICALIZAÇÃO DA VIDA	
1.1- A Prescrição Farmacológica	13
1.2- Medicalização dos Desvios de Comportamento	21
1.3- Biopolítica e a Medicalização na Psiquiatria	29
1.4- Como Nascem as Verdades na Medicina Mental?	42
1.5- Como Nascem os Transtornos Mentais no Século XX?	53
2- A MEDICALIZAÇÃO NA FORMAÇÃO MÉDICA	
2.1- Formação de Médicos para o SUS ou para o Mercado de Consumo?	64
2.2- A Participação dos Alunos na Formação para o SUS	76
2.3- A Mudança na Formação Médica e a Transformação da Assistência em Saúde	84
2.4- História do Hospital na Formação Médica	93
2.5- Como Nascem os Transtornos Mentais no Século XXI?	104
3- TRABALHO NO CAMPO	
3.1- A Pesquisa na Formação Médica com a GAM	117
3.2- O DIFOME e seus Desdobramentos	125
3.3- Desafios no Manejo: a experiência do erro	138
3.4- O Contágio na Experiência de Formação	147
3.5- Disciplina de Iniciação Científica	167
3.6- Análise do Percorso da Pesquisa na Formação em Medicina	191
4- INCONCLUSÃO	203
5- BIBLIOGRAFIA	215

INTRODUÇÃO

O objetivo desse trabalho é problematizar a reprodução da medicalização na formação médica e tentar construir modos de resistência no seu percurso, através da estratégia metodológica participativa junto a graduação em medicina na Universidade Federal Fluminense. A proposta desta pesquisa-intervenção envolveu o questionamento da relação da formação médica com a medicalização no campo da saúde mental, problematizando-se o modelo de transmissão tradicional do saber psiquiátrico durante a graduação, e a criação de um grupo de intervenção na formação médica (DIFOME).

A medicalização do cuidado em saúde é uma temática central na formação em saúde, na medida em que dificulta a criação de processos de autonomia, inerente a relação médico-paciente e ao processo de construção do cuidado pelos profissionais da saúde. Ao estudarmos a medicalização produzida pela aplicação do saber psiquiátrico, identificamos práticas de individualização do transtorno mental, articuladas a estratégias políticas de medicalização da vida, efetivadas por mecanismos de controle biopolítico dos modos de subjetivação (FOUCAULT, 2002). Logo no início desta pesquisa, junto do grupo de supervisão Enativos: conhecimento e cuidado, no Instituto de Psicologia da UFF, levantamos questões sobre como a saúde individual e coletiva estariam sujeitas ao impacto do uso do conhecimento biomédico, na composição de saberes, técnicas e intervenções sobre o corpo social. O controle biomédico de condutas desviantes poderia trazer embutido uma estratégia política de controle social, associada a uma sujeição voluntária em modelos diagnósticos e prescrições de condutas, por vezes, travestidas em novidades terapêuticas, propagandeadas pela indústria farmacêutica.

Os pressupostos acima deram base à construção da parte crítica e conceitual deste trabalho, na articulação entre a formação em medicina e a criação de formas de resistência à medicalização, utilizando o viés político participativo preconizado nas diretrizes da formação em serviço. Para tanto, também foi realizado um trabalho de campo, junto aos pesquisadores da UFF, acreditando-se que, ao produzir uma intervenção participativa na formação, seria possível uma atitude crítica à medicalização, principalmente, no campo da saúde mental. Mas para atingir este objetivo, tornou-se necessário um processo de análise sobre como interesses econômicos e políticos influenciavam na medicalização dos modos de viver, relacionados à produção de saúde e

ao processo de formação em medicina. O processo de engajamento dos alunos nesta pesquisa será relatado através da narrativa dos encontros do grupo de pesquisa, alicerçando o caminho metodológico utilizado e, ao mesmo tempo, articulando-o à sustentação conceitual desta experiência na formação.

Portanto, a metodologia de pesquisa desta tese envolveu duas formas de construção. A primeira refere-se aos dois primeiros capítulos, em que é estruturada uma revisão narrativa, referente à literatura publicada em livros, artigos científicos e revistas impressas ou eletrônicas. A revisão narrativa não utiliza critérios explícitos e sistemáticos na busca e na análise crítica da literatura, não se pautando em estratégias sofisticadas de exploração de grande conteúdo da temática investigada (CORDEIRO, et al., 2007). Desta forma, na seleção dos estudos e na interpretação das informações da literatura, buscou-se oferecer uma base teórica e conceitual para a experiência do trabalho de campo.

Os dois primeiros capítulos nos ofereceram subsídios qualitativos para a escrita do terceiro capítulo, que aborda a experiência empírica da pesquisa junto à formação médica. No primeiro capítulo, levantamos aspectos relacionados à temática da medicalização da vida, referente à epidemia de diagnósticos de transtornos mentais e, conseqüentemente, ao aumento das prescrições de psicofármacos, nos serviços de saúde. O que nos chamou a atenção, sobre o processo de medicalização do comportamento humano, foi sua relação com o incremento do consumo de medicamentos psiquiátricos pela população. Depois, no segundo capítulo, foi trabalhada a temática da estratégia de formação em serviço, dentro das diretrizes do Sistema Único de Saúde, através da indução de transformações na Educação Médica. Nesta parte problematizou-se a produção de conhecimento especialista, principalmente na disciplina de psiquiatria, em torno de como a formação médica poderia estar implicada na reprodução da medicalização do cuidado, no campo da saúde mental.

Na segunda etapa da pesquisa, ocorreu a escrita do trabalho de campo, cuja estratégia narrativa foi basicamente construída junto aos pesquisadores da graduação. Nesta etapa, destacou-se a criação do grupo de pesquisa na faculdade de medicina da Universidade Federal Fluminense. Neste grupo, durante um período em torno de nove meses, debatemos sobre como a formação médica poderia estar envolvida na medicalização do cuidado. A problematização envolveu aspectos relacionados aos processos de trabalho em saúde mental e às dificuldades da participação do médico, no trabalho interdisciplinar, dentro da equipe de multiprofissionais. Depois deste período, os pesquisadores da graduação propuseram a formação de outro grupo, no referido

ambulatório, para leitura conjunta do guia de Gestão Autônoma da Medicação (GAM). Nesse segundo grupo (GI-GAM) foi pactuado com usuários e trabalhadores do ambulatório de Saúde Mental de Pendotiba a cogestão do tratamento psiquiátrico. A pesquisa resultou em um rico material, relacionado aos trabalhos desenvolvidos pelos dois grupos, que revelaram as transformações no processo de cuidado e sua repercussão na formação dos pesquisadores envolvidos. Nosso desafio vem a ser o transmitir esta experiência, numa cartografia do processo empírico dessa intervenção. Assim, os eventos ou acontecimentos, narrados nesta pesquisa, deixaram de ser parte de uma vivência restrita à formação tradicional dos médicos e puderam ser tomados como analisadores do processo de formação dos pesquisadores.

O trabalho empírico de pesquisar com humanos necessitou da autorização das instituições participantes: os Institutos de Saúde Coletiva e de Psicologia da UFF e a Coordenação de Saúde Mental do Município de Niterói, além do aceite do comitê de ética da Plataforma Brasil da UFF. A principal proposta do projeto, enviado às instituições supracitadas, foi de refletir sobre os efeitos da utilização da estratégia de Gestão Autônoma de Medicamentos (GAM) na formação dos pesquisadores, numa interlocução com a formação em serviço. Portanto, problematizou-se como a intervenção produzida no ambulatório afetaria a medicalização dos processos de trabalho e seus efeitos na formação dos pesquisadores da graduação em medicina.

Pelos motivos expostos, queremos criar formas de enfrentar a relação da indústria farmacêutica com a produção de conhecimento médico, especificamente na sua formação e transmissão na graduação médica. O que vem sendo trazido como conflito de interesses: no patrocínio de formadores de opinião que participam da elaboração dos diagnósticos em psiquiatria e o CMI (complexo médico industrial). Portanto, nesta pesquisa-intervenção se propõe acompanhar o processo de formação de um grupo de alunos de medicina da UFF, principalmente, na possibilidade de produção de conhecimento e na criação de formas de resistência à medicalização nela atualizada ou reproduzida. A indústria farmacêutica construiu uma política de informação, aos estudantes de medicina, médicos e professores, que pode levar ao entendimento de que os psicofármacos são a principal terapêutica. A estratégia dos laboratórios de aumentar o consumo de medicamentos, pode acabar reduzindo o entendimento da terapêutica dos problemas mentais à sua prescrição, criando muitas dificuldades na construção do cuidado de forma integral.

Não nos posicionamos contra a necessidade de conhecimentos especialistas ou farmacológicos, nem desfazer de sua participação no projeto terapêutico dos usuários da saúde mental, mas problematizar, junto aos pesquisadores da graduação em medicina, o aumento progressivo de sua utilização e seus efeitos no cuidado em saúde.

Vamos focar na formação médica, mas a medicalização não depende exclusivamente dela, e sim da capilaridade produzida pelo conhecimento biomédico em todas as formações em saúde. O saber biomédico desenvolvido na disciplina de psiquiatria é utilizado na formação de todos profissionais que atuam na área da saúde, o que pode ser comprovado pela larga utilização do CID-10 (OMS, 1993) e do DSM IV-TR (2003), em vias de serem superados pelo questionado DSM-V e pelo CID-11 (esse último, ainda não foi publicado).

É pela formação de médicos e de profissionais de saúde para atuarem, na mesma lógica aprendida, em qualquer unidade de saúde, que a medicalização se distribui no tecido social. Neste sentido, ao questionarmos a transmissão da técnica do exame psiquiátrico na graduação em medicina, dentro da regulação biopolítica da espécie, estamos trazendo o problema de insinuação capilar que ultrapassa os limites de uma época e do espaço hospitalar. Não queremos dizer que os dispositivos disciplinares deixaram de existir, mas que eles entram em ação de modo bem diferente.

O processo de medicalização, problematizado no grupo de pesquisa com a graduação, particularmente no que diz respeito às consequências na produção de subjetividade dos pesquisadores da graduação e dos usuários, contrapunha-se à estratégia do SUS de indução do cuidado integral, como proposto pela política de educação permanente. Os diversos atores envolvidos trouxeram relatos sobre os efeitos da experiência no curso de formação e da possibilidade de construção de processos de cogestão no tratamento psiquiátrico. Cada fase da graduação em medicina foi apontada, junto a possibilidades de mudança nas rotas de formação dos pesquisadores, principalmente, pela fundação coletiva desta experiência de produção de conhecimento aliada ao cuidado. E assim a participação dos graduandos, nas análises da tensão entre os sentidos da racionalidade biomédica e da formação em serviço, possibilitou o questionamento de automatismos antagonistas e verdades instituídas na prática da medicina.

A formação em medicina, geralmente se divide num ciclo básico, no qual os alunos devem se dedicar à anatomia do corpo, seus mecanismos orgânicos, fisiológicos,

bioquímicos e, depois, aos desvios definidos como patológicos. E outro momento, onde os alunos são levados para o hospital universitário para conhecer as especialidades médicas, no qual aprendem a dividir o corpo de conhecimento biomédico em disciplinas.

No Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) os professores relacionam as teorias apreendidas à prática de examinar o corpo, transcrevendo o padecimento, identificado pelo olhar aparelhado da ciência, na produção de um caso clínico. Durante a faculdade cada aluno deve ser preparado para apresentação de um caso, mesmo que ainda não esteja apto para proceder ao diagnóstico correto e tampouco ao tratamento mais eficaz. Nesse percurso, aqueles que conseguirem articular os conhecimentos até ali aprendidos, relacionando a anamnese e o exame físico ao discurso científico, estará apto para a última fase de sua formação, o Internato. Neste período o interno passa a ser responsável por alguns pacientes em enfermarias e nos ambulatórios de especialidades, nesse hospital-escola anexo à faculdade de medicina da UFF. Nele os professores avaliam a habilidade dos internos em articular os sintomas da doença ao diagnóstico e este, enfim, ao tratamento mais recomendado para cada caso. No percorrer deste processo, no qual aprende a fazer diagnósticos e propor tratamentos, seguindo a conduta de seus mestres, lhe é transferida uma técnica a ser aplicada nos pacientes. Desta forma, passa a acreditar numa técnica de observação do corpo e do comportamento humano, aumentando, progressivamente, sua segurança para vir a prescrever correções terapêuticas.

No regime imposto pelo rodízio em especialidades, vamos nos ater à transmissão de conhecimento na disciplina de psiquiatria do currículo da graduação. Durante as aulas e, depois no internato, o professor titular ensinava que os desvios dos fluxos nas sinapses cerebrais seriam responsáveis pelos sintomas psiquiátricos, identificados nas condutas dos pacientes. Reparem que mesmo não sendo um especialista em psiquiatria, o aluno de graduação é treinado a identificar os desvios de conduta ou de comportamento, como efeito de alterações na bioquímica cerebral. A verificação e descrição dos sintomas, ou dos desvios de comportamento, reunidos no manual estatístico do DSM e/ou na classificação da CID-10, permitem a qualquer médico vir a produzir um diagnóstico de um transtorno mental. O exame psiquiátrico, ensinado em sala de aula, e em seguida aplicado nas aulas práticas, é a técnica capaz de identificar um transtorno mental no comportamento do paciente. Esta técnica é transmitida do preceptor ao aprendiz, aparelhando o olhar dos alunos na articulação dos sintomas psicopatológicos ao diagnóstico psiquiátrico, porém não de uma doença como as outras. Em psiquiatria o que

possibilita um diagnóstico é a capacidade do profissional de identificar sinais e sintomas, mas sem o auxílio de exames de imagem ou laboratoriais.

Identificamos esta operação como um procedimento de medicalização, produzido por uma apropriação dos desvios à norma de conduta socialmente aceita. Os estudos sobre este fenômeno apontam para a insinuação e intervenção política da medicina sobre corpo social, impondo normas morais de conduta e prescrição de comportamentos, que nos tornam dependentes de conhecimentos criados pelos profissionais “educativo-terapêuticos” (GAUDENZI e ORTEGA, 2011, p.1).

Durante a graduação os professores buscam ensinar aos alunos como articular uma doença ao corpo, pela observação da manifestação física da doença, seja através do exame físico ou pelos exames laboratoriais e técnicas de imagem. Todavia, como a medicina pôde articular a um indivíduo uma doença, para a qual não existe exame físico, nem mesmo nenhum método de investigação laboratorial ou de imagem, que comprove sua etiologia cerebral? Como a psiquiatria consegue definir que um transtorno mental seja de propriedade de um indivíduo? E de que maneira, ao longo da história do saber da psiquiatria, ela pôde fundamentar seu conhecimento para estar dentro das especialidades ditas médicas?

Na intenção de compreender melhor como se produz um diagnóstico psiquiátrico e se define a correção dos desvios do comportamento humano, geralmente se procura uma formação especializada ou a residência em psiquiatria. Se o hospital geral parecia não responder a estas questões, o Instituto Philippe Pinel, sediado em Botafogo na cidade do Rio de Janeiro, me parecia ser o local adequado a uma especialização nos transtornos mentais no período de minha formação. Já cursando a pós-graduação em psiquiatria, pude identificar que a maioria absoluta dos pacientes era submetida à relação com um médico-residente, na dinâmica daquele hospital, seja na enfermaria ou no ambulatório. O diagnóstico mais frequente dos pacientes, que ficavam internados mais tempo e retornavam num menor intervalo de internação, era de transtorno esquizofrênico. Um grupo intermediário em relação ao tempo de permanência na enfermaria era o de psicose maníaco-depressiva, depois denominado de transtorno de humor bipolar, e um grupo de pacientes que apresentavam transtorno depressivo unipolar. Outro grupo de pacientes com diagnóstico de distúrbio de ansiedade, ainda associado às neuroses de ansiedade, aderiam ao tratamento basicamente no ambulatório e tinham passagens menos

frequentes em internações. Contudo, chamou-nos a atenção um pequeno grupo de pacientes que, além de se consultar individualmente na enfermaria e no ambulatório, frequentava uma pequena sala do hospital-dia. Nela se produziam trabalhos com argila, pintura, ou o que se quisesse fazer com o material oferecido. Naquele momento, a psiquiatra Nise da Silveira inspirava aos profissionais na possibilidade de cuidar de outras formas, além do saber psiquiátrico, com atividades chamadas de expressivas. Naquele local, o tratamento não estava somente centrado no controle dos sintomas ou na relação individual com o médico, o processo de tratamento se dava no encontro com materiais (papel, tinta, argila, etc.) e numa dinâmica de grupo.

Em outubro de 1992, os residentes em psiquiatria, do então Hospital Philippe Pinel, foram convidados para conhecer um novo trabalho que estava sendo desenvolvido na cidade de Santos-SP. No período de uma semana foi oferecido a oportunidade de conhecer a Rádio TAM-TAM e o projeto dos Núcleos de Atenção Psicossociais (NAPS), incluídos no processo de desinstitucionalização da Casa de Saúde de Anchieta. Intrigados com a possibilidade de tratamento que não se baseasse na relação individual com o profissional de saúde, e na prática do saber psiquiátrico, tive a oportunidade de participar da formação do CAPS Simão Bacamarte em Santa Cruz, onde atuei entre 1997 e 2001. Os CAPS (centros de atenção psicossocial) são serviços de assistência em saúde mental, muito semelhantes aos que havíamos conhecido em Santos. Tanto os NAPS como os CAPS tinham como objetivo principal serem substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos. Nestes serviços, uma equipe multidisciplinar prestava o cuidado aos pacientes, no território em que moravam, diferentemente do modelo individual preponderante nos ambulatórios da rede pública e dos consultórios particulares.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, desde 1997 no Rio de Janeiro, questionava a internação como instrumento central de tratamento e o saber psiquiátrico como principal abordagem com seus usuários. Neste sentido, se problematizava a lógica que colocava o transtorno mental como um perigo social, enfrentando sistematicamente a internação dos usuários em instituições fechadas. A lógica manicomial não se restringia à internação psiquiátrica, mas em se delegar ao saber da medicina a principal intervenção terapêutica, sobre a suposta periculosidade referida à doença mental. A desinstitucionalização da doença mental, segundo Basaglia (1979), não deveria ser reduzida à desconstrução dos estabelecimentos manicomiais, mas deveria se ampliar para “outro tipo de manicômio: o manicômio político” (p.44).

O manicômio político, ou uma espécie de lógica manicomial, se reproduz nas práticas institucionais de objetificação do transtorno mental, entendendo a doença mental como propriedade do seu portador e, ao mesmo tempo, por um risco para toda comunidade. Deve-se deixar claro que as práticas de individualização e universalização da doença mental não são exclusividade da psiquiatria contemporânea. Segundo as análises de Foucault (2002), todas as ciências com radical “psico” têm seu “lugar” nesse processo de individualização produzido na modernidade.

Desta forma, estamos abordando a centralidade do conhecimento especialista, no diagnóstico e na intervenção terapêutica dos usuários, na atuação dos médicos e outros profissionais da saúde e não apenas do psiquiatra. Nossa intenção, na crítica à psiquiatria contemporânea, nomeada por biológica, foi de refletir sobre a transmissão deste conhecimento na graduação médica, problematizando como a formação e a transmissão de conhecimento da psiquiatria interferem na medicalização do cuidado em saúde.

Como abordamos no início desta introdução, o desafio inicial se pautava na criação de formas de resistência à medicalização, intervindo no processo de formação em medicina. Em suma, vamos desenvolver no primeiro capítulo elementos para refletir sobre como a psiquiatria produziu uma modulação¹ da medicalização da loucura imbricada com interesses biopolíticos (FOUCAULT, 1999). Um ponto importante a ser destacado, como uma das consequências deste processo no tratamento psiquiátrico, é a compreensão de que o uso de psicofármacos seria a única possibilidade de reaver a “autonomia” de pessoas diagnosticadas com transtornos mentais.

A gravidade do processo de medicalização também se deve a uma espécie de expropriação da saúde do senso comum, de um saber tradicional definido como popular, na medida em que legitima apenas o conhecimento científico e desqualifica os demais como práticas alternativas (SILVA Jr., PONTES, HENRIQUES, 2006). No entanto, segundo os especialistas, o aumento do número de diagnósticos e mais acesso ao tratamento psiquiátrico estariam relacionados a melhor capacidade de identificação dos

¹As diversas formas de captura na sociedade capitalista implicam relações de poder, nas quais podemos identificar diferentes formas ou modos do seu exercício, o que designamos como modulações.

transtornos mentais, na atualidade. Portanto, haveria uma demanda reprimida que não era diagnosticada antes. E, assim, ter-se-ia a impressão da existência de um objeto natural, sendo que o “olhar médico”, finalmente, estaria mais capacitado a identificá-lo e indicar a melhor intervenção. Além disto, segundo os especialistas em psiquiatria, o avanço no conhecimento sobre os mecanismos cerebrais e da ação dos psicofármacos possibilitou maior controle e entendimento sobre os sintomas psicopatológicos dos pacientes.

Diferente dessa perspectiva de neutralidade e hierarquia na produção de conhecimento, preponderante no modelo de ensino da medicina, baseado na heteronomia do saber biomédico, buscou-se produzir narrativas mais participativas com os alunos da medicina. Ou seja, na intenção de construir práticas de conhecimento mais coletivas, pretendeu-se lateralizar posições díspares na hierarquia do discurso da política científica hegemônica. Na política envolvida na formação dos médicos, muitas vezes, se privilegia o corpo biológico individualizado, determinado por um olhar objetivo, sem se levar em consideração a complexidade do paciente. Este problema, referente ao modo de reprodução do conhecimento na formação médica, baseia-se na heteronomia da produção e transmissão do conhecimento médico. Além desta forma de conhecimento heteronômico, que privilegia os aspectos biomédicos envolvidos no adoecimento mental, os acadêmicos de medicina, frequentemente, aprendem a se relacionar com os usuários através de um roteiro rígido de sinais e sintomas a ser aplicado no paciente, dificultando a criação de projetos terapêuticos com viés na autonomia.

Em consequência dessas modulações do conhecimento sobre a etiologia da doença mental e seu tratamento deram-se as condições necessárias à psiquiatria para direcionar sua intervenção não mais em direção à cura, mas ao controle do comportamento. A primeira forma de medicalização no Brasil se deu pelo poder de colocar o doente dentro do hospital psiquiátrico, confiando que esse ato seria terapêutico. Já na modulação da medicalização produzida no neoliberalismo, o poder psiquiátrico vai atuar não tanto pelo aprisionamento de todo o corpo do indivíduo, e sim pelo controle bioquímico do cérebro. Em outras palavras, a recuperação da razão, que antes se dava por um retorno a consciência moral do paciente, passa a ser entendida como uma espécie de reequilíbrio entre os neurotransmissores cerebrais (ARAÚJO, 2003).

A instituição a ser colocada em questão não deve ser apenas o estabelecimento hospitalar, mesmo porque ele sobrevive fazendo parte de uma engrenagem que capilariza a medicalização no tecido social, através do saber extraído da observação dos pacientes

internados. O que se interroga é a instituição de uma forma de medicalização: individualizante e universal, atuante num domínio cada vez maior, levando ao aumento de diagnósticos psiquiátricos e ao uso crescente de psicotrópicos. E este modelo de produção de conhecimento, repetidamente, se atualiza no ensino da psiquiatria na graduação em medicina.

A amplitude dessa modulação da medicalização contemporânea se revela no conflito de interesse entre o complexo médico industrial e a produção do diagnóstico psiquiátrico, na obstinação da indústria farmacológica em articular os transtornos mentais ao uso de “novos” psicofármacos. Algumas pessoas, inclusive, vão ao médico com o diagnóstico pronto e a mais moderna medicação a ser prescrita. A informação referente a como fazer o diagnóstico e a medicação mais recente para aquele transtorno mental se encontra na mídia ou divulgada diretamente pelas empresas farmacológicas. Não se pode, portanto, reduzir a medicalização apenas ao aumento do consumo de medicamentos psiquiátricos, mesmo que esse seja um grave efeito desse processo. A gravidade está no controle da medicina sobre a vida e na maneira como o tratamento medicamentoso passa a fazer parte desta estratégia.

Sendo assim, o saber psiquiátrico não pode ser tomado como uma forma conhecimento imune às artimanhas de interesses econômicos e políticos de cada época. Num campo minado, como o da saúde mental, por tantos interesses em se relacionar qualquer desvio de comportamento a um diagnóstico de transtorno mental, para aumentar o consumo de medicamentos, como criar condições de gerar autonomia junto aos usuários?

Neste sentido, o campo do diagnóstico e do tratamento psiquiátrico não será analisado como algo puramente científico, pois estão envolvidos diversos tipos de interesse: estímulo ao consumo, mercado e lucro. O poder econômico influencia, de forma decisiva, o campo do diagnóstico e do tratamento psiquiátrico, no domínio dos laboratórios farmacêuticos sobre a conduta do especialista em psiquiatria (CAPONI et al., 2010; FREITAS; AMARANTE, 2015; WHITAKER 2017). Podemos identificar como os efeitos desse domínio na produção do saber psiquiátrico acabam sendo absorvidos pelos alunos de medicina como o que haveria de mais científico e atual.

Pode-se dar a entender, de forma precipitada, que se houver uma boa utilização do conhecimento psiquiátrico, respeitando a prática da autonomia profissional, qualquer

médico seria capaz de produzir um diagnóstico psiquiátrico e propor o tratamento mais adequado. Por outro lado, respeitando-se a autonomia do paciente, na consulta com o médico, este também pode vir a adquirir uma autonomia pela consciência de seu problema mental e a, assim, aceitar uma prescrição para ser seguida. Mas, nessa pesquisa, não é essa autonomia a pretendida. O processo de produção de autonomia deve incluir um viés político diferenciado. Em contraposição ao modelo heteronômico de produção e de transmissão de conhecimento, propomos construir junto com os pesquisadores da graduação em medicina da UFF, outras possibilidades de relação com os usuários, através do percurso de sua formação. Nossa aposta está na criação de um plano de constituição, através da cogestão de todo processo, no qual o conhecimento e o cuidado viabilizem processos de produção de autonomia, pelo saber que emerge desta experiência.

Utilizarmos essa referência, no campo do cuidado em saúde, certamente abrangeria mais do que simplesmente ser o profissional de saúde a dar autonomia ao usuário. Nessa investigação pretende-se construir instrumentos que viabilizem processos de autonomização, mas não como propriedade de um indivíduo, seja ele usuário ou profissional de saúde. A produção de autonomia se baseia na cogestão do tratamento psiquiátrico, numa interrelação entre práticas de cuidado e políticas, na medida em que permite tanto a construção de autonomia compartilhada, dimensão clínica, quanto a experiência comum a ambos, profissional e usuário, do exercício da cidadania, dimensão política. Certamente, por esse motivo, a estratégia GAM, assumiu “o desafio de propor-se como prática cogestiva do cuidado, compatibilizando o exercício da autonomia, o direito dos usuários e seu protagonismo com o funcionamento das instituições de saúde mental e a cultura organizacional desses equipamentos” (PASSOS et al., 2013, p.26).

A dimensão coletiva desta tarefa, de gestão autônoma da medicação psiquiátrica junto da formação médica, impossibilita tornar-se uma atribuição de especialistas, na medida em que se efetiva por meio do compartilhamento de poder e saber. Tece uma rede em que, entre os diferentes atores, convergem poderes parciais e se considera os interesses coletivos sem desprezar a singularidade de cada participante. A fecundidade da estratégia de cogestão incide diretamente na relação hierárquica, que caracteriza historicamente a assistência à saúde, enfatizando a potencialidade produtiva e emancipatória da participação dos usuários, inclusive na atenção a suas necessidades sociais (CAMPOS, 2000). Aliás, essa tarefa de compartilhamento de poder, é recomendada pela Política Nacional de Humanização como “inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão”

(BRASIL, 2009, p.25). Essa atitude tem a finalidade de ampliar a implicação do profissional de saúde e do usuário, no cuidado em saúde, além de permitir a produção de responsabilidade compartilhada no tratamento psiquiátrico. A partir dessa forma de gestão do cuidado, a produção de saúde se dará por cooperação, pelo envolvimento de todos os atores, e não pela imposição daquele que deteria o poder na forma de conhecimento especializado.

1- A MEDICALIZAÇÃO DA VIDA

1.1- A Prescrição Farmacológica

“Os médicos continuam a ser responsáveis pelo diagnóstico de doenças e prescrição de tratamentos, sendo que os outros profissionais atuarão unicamente dentro do escopo de suas respectivas legislações, conforme jurisprudência dos Tribunais Superiores” (CFM, 2013).

O Conselho Federal de Medicina é a instituição que regula e autoriza a prática do profissional de medicina, através de suas respectivas unidades regionais, ao emitir um número de CRM para os profissionais que se formam em cada estado da nação. A normativa, acima, se refere à decisão judicial sobre o ato médico, na qual explicita que unicamente médicos estão autorizados a produzirem diagnósticos e prescrições de tratamentos. Nosso objetivo em trazer esta decisão é, apenas, o de colocar em questão como se constrói, e transmite, este tipo de procedimento na formação profissional, para poder analisar alguns efeitos no cuidado em saúde.

Em geral, na formatura dos médicos, os professores e familiares, convidados para a cerimônia, os parabenizam por terem professado o juramento de Hipócrates, num suntuoso ritual acadêmico.

Neste evento, talvez, o momento mais esperado é do juramento médico, quando um representante dos formandos declara publicamente uma norma ética a ser seguida no exercício da profissão. Neste ritual a sociedade, através da faculdade de medicina, concede a utilização de determinado tipo de conhecimento técnico no cuidado da população. Mas o que muda após este juramento na subjetividade dos formandos? Que tipo de poder este saber produz naquele que aceita a responsabilidade de cuidar da saúde concedendo a exclusividade em diagnosticar e prescrever condutas terapêuticas?

Segundo seu primeiro mentor, o juramento seria uma forma de contrato social, “contrato por juramento”, através do qual, voluntariamente, implica sua própria vida “em benefício dos doentes e seu próprio bem, mas nunca para prejuízo deles ou com malévolos propósitos” (RIBEIRO Jr., CAIRUS, 2005, p. 152). Mesmo que instado, não deve jamais “dar droga mortífera”, nem mesmo a aconselha-la como um “abortivo às mulheres”

(idem). Em outras palavras, também atribuída a Hipócrates: *primum non nocere*, por um princípio de não maleficência, comprometendo-se em não causar mal ao paciente, assim como nunca, em qualquer hipótese, se utilizar do sofrimento alheio para próprio benefício.

Seguindo este preceito, refletimos se haveria algum tipo de malefício envolvido na produção de diagnósticos psiquiátricos e prescrição de psicotrópicos? Não nos parece que Hipócrates sofria as mesmas pressões como as que um médico, atualmente, experimenta em uma unidade de saúde. No entanto, podemos inferir que “aconselhar” ou dar uma “droga mortífera”, já era um perigo inerente à prática médica. Desta forma, mesmo se reduzirmos a autonomia ao aspecto da autoridade técnica do profissional, no sentido de, através da sua formação, ser-lhe concedida autonomia de diagnosticar e prescrever, não seria possível desconectar este ato dos efeitos deste procedimento no cuidado em saúde. Portanto, torna-se necessário considerar, na construção do cuidado com, e não sobre, os usuários, os efeitos produzidos na condução do processo de cuidado, em sua relação com a autonomia que emerge deste encontro.

Não queremos no processo de cuidado produzir sujeitos autônomos, mas provocar processos de autonomização no ato de cuidado e não uma atitude apenas referente à condução do tratamento sobre o usuário. Ou seja, por uma relação de heteronomia no cuidado em saúde, reduzindo o processo a protocolos diagnósticos e prescrição de condutas terapêuticas, contaminando as possibilidades de participação dos usuários no cuidado de si. Se acompanharmos as recomendações de Hipócrates podemos identificar que recomendava uma dietética na relação com a produção de saúde. Em sintonia com os estudos de Foucault, sobre a questão da dietética, quando traz a importância atribuída ao regime na prática médica, citando o tratado de Medicina Antiga de Hipócrates (1998). Em suas análises, Foucault se refere à medicina ter surgido de uma preocupação “primeira e essencial com o regime” (idem, p.91). Entretanto, este regime não deveria ser apenas entendido como uma dieta alimentar, mas como uma “arte de viver”, ou de um “conjunto de regras” para se conduzir na vida: incluindo exercícios físicos, hábitos, sexo e uso de substâncias, como um conjunto de técnicas envolvidas no “cuidado de si” (idem).

Esta problematização nos parece fundamental para questionar a função do diagnóstico e da prescrição, que pode ou não incluir uma receita de psicotrópicos. Principalmente, se pretende-se intervir na formação de um grupo de alunos de medicina, em sua relação com os usuários da saúde, envolvendo a todos na produção de processos

de autonomia. O plano utilizado em psiquiatria para produção de diagnósticos e prescrição de medicamentos, se refere à questão da indicação terapêutica na correção de suposto descontrole de si, remetido ao portador de um transtorno mental. Assim, se não questionarmos como somos formados para este ato, corre-se o risco de desprezar o caráter dietético envolvido na prescrição ou o problema da condução do cuidado do outro. Trata-se, portanto, de refletirmos sobre a maneira como o profissional de saúde interfere no modo como o usuário irá se conduzir, no seu viver, em relação às normas sociais, referidas ao cuidado em saúde. Devemos pensar sobre os riscos associados ao adoecimento mental, que ameaçam a autonomia ou a capacidade de juízo crítico, no cuidado de si mesmo e, conseqüentemente, a sua possibilidade de participar do contrato social.

Resgatando-se a questão da dietética, na condução do processo de cuidado, pretendemos interrogar o caráter heteronômico envolvido no diagnóstico e na prescrição, caso a produção deste ato seja unilateral, tanto na relação com a equipe de saúde mental quanto com o usuário. Devemos estar atentos para não cairmos na tentação de acreditar que apenas o uso de um psicofármaco, numa prescrição unilateral, traria de volta alguém à normalidade mental. Como se resgatar a autonomia ou a saúde mental de alguém fosse conduzi-lo à normalidade, tão esperada pelos seus familiares, dando-se simplesmente pela sua readaptação à norma de conduta, previamente pactuada entre os cidadãos. A autonomia pretendida, no caso da relação de tratamento, deve ser entendida como efeito da relação de cuidado, e por isso mesmo, construída neste encontro entre os profissionais de saúde e os usuários.

Em outras palavras, podemos pensar que no ato de produzir um diagnóstico e de prescrever uma conduta terapêutica, deve se incluir uma atitude crítica na condução do processo de cuidado, colocando em questão como nos conduzimos. Nesta perspectiva, torna-se necessário nos interrogarmos sobre o modo de condução do cuidado, e os efeitos de redução do processo diagnóstico e terapêutico, sobre a autonomia que pode emergir desta relação. O que implica na relação entre a autonomia do profissional na condução do tratamento - prescrição de uma conduta a ser seguida, e a produção de autonomia com, e não sobre, o usuário, como processo que emerge no próprio ato de cuidado.

No dicionário da língua portuguesa prescrever significa: ordenar de maneira explícita, previamente; indicar com precisão, determinar, fixar e preceituar; indicar como remédio ou receitar, e cair em desuso (FERREIRA, 1996). Fazer uma prescrição se refere à uma ordem expressa, indicar uma norma de tratamento, um preceito ou uma regra, determinando uma conduta a ser seguida. Sem entrar em todos os sentidos da prescrição,

ou da ação de se prescrever um medicamento (ato exclusivo do médico), a indicação do uso de um determinado medicamento envolve sua produção pela indústria, o conhecimento do profissional que o prescreve e a forma como determinado paciente entende os motivos de utilizá-lo, e por quanto tempo (CALIMAN, PASSOS, MACHADO, 2016).

Dentro da racionalidade médica, no campo da especialidade da psiquiatria, o ato de prescrever determinado medicamento inclui o objetivo terapêutico: controle dos sintomas ou dos desvios de comportamento referidos a pessoas diagnosticadas como portadoras de transtornos psiquiátricos. Tal procedimento interfere, decisivamente, na condução da vida do usuário quando é identificado como esquizofrênico, deprimido, drogadito, borderline, entre tantos possíveis. Quando é prescrito um medicamento psiquiátrico, frequentemente, não se leva em consideração que sua indicação se faz junto a disputas intensas da indústria farmacêutica, na busca por convencer os médicos, e a sociedade, de ser este tipo de tratamento o mais eficaz para retornar à uma certa forma de normalidade aquele que desvia do comportamento esperado socialmente. Na formação em medicina não se discute estes problemas relativos à autonomia, na forma de produzir os diagnósticos ou condutas psicofarmacológicas no exercício profissional. Sobre este aspecto, o que vai importar ao aluno, geralmente, será adquirir uma determinada forma de autonomia profissional para poder identificar um diagnóstico fidedigno e prescrever a melhor conduta a ser seguida pelo paciente.

Devemos estar atentos ao processo de transmissão deste tipo de conhecimento na formação em saúde, referente à produção do diagnóstico, na medida em que vai possibilitar a decisão sobre a melhor conduta terapêutica. Nesse sentido, é válido perceber que o processo de formação não pode ser reduzido à técnica de produção de diagnósticos psiquiátricos. Devido a sua relação direta com a indicação de condutas terapêuticas na composição do processo cuidado em saúde. Protocolos diagnósticos, seguidos de prescrição unilateral de procedimentos, são métodos heteronômicos que podem limitar a produção de processos de autonomia para ambos, nesta oportunidade de encontro entre os trabalhadores e os usuários.

Lia - pesquisadora de medicina da UFF e participante do grupo construído, durante esta pesquisa - utilizou a expressão: “o poder do carimbo” num dos encontros do DIFOME. Logo no início da pactuação com os alunos de medicina, quando debatíamos sobre a proximidade da conclusão da graduação, Lia chamou à atenção sobre a estreita relação entre o poder de usar o carimbo e a obtenção de autonomia profissional. Segundo

suas análises do processo de formação, esta forma de autonomia referente ao ato de diagnosticar e prescrever, se equivaleria à transmissão de um poder concentrado no carimbo.

Segundo Lia, a autonomia do médico e a do paciente parecia que se contrapunham ou que seriam inversamente proporcionais. Justamente pelo paciente não conhecer as doenças que podem acometê-lo e, muito menos, poder nelas intervir. Contudo, podemos pensar de outra forma, se nos ativermos à relação de heteronomia ocasionada pela sujeição ao que é prescrito, como uma norma a ser seguida. Qual seria, então, o grau relativo de autonomia de quem produz os diagnósticos e a prescrição de condutas, se o conhecimento lhe é transferido no processo de formação, para ser aplicado sobre o paciente? A heteronomia pode se revelar tanto no encaminhamento da formação, para adquirir a chamada autonomia profissional, quanto na assistência em saúde, se entendida como um resgate da autonomia do usuário, principalmente, quando diagnosticado com um transtorno mental.

Como nos conduzir na formação médica, no campo do cuidado em saúde mental, no que concerne à produção de autonomia construída com o paciente dito psiquiátrico?

Segundo Kinoshita (1996) a autonomia do usuário da saúde mental se revela pela possibilidade de estabelecer relações sociais, e de não ser “excessivamente” dependente de poucas relações familiares e comunitárias. O maior grau de dependência se encontraria na internação manicomial, na qual o indivíduo passa a depender da instituição que o enclausurou, retirando suas possibilidades de construir relações sociais. E o maior grau de autonomia pode ser produzido quanto mais dependências se construir socialmente, no sentido de ampliar possibilidades de “novos ordenamentos para a vida” (idem, p.57).

A autonomia, nessa forma de concepção, não deve ser confundida com a liberdade de fazer o que quiser e quando quiser, ou de não precisar de ninguém, ou de uma economia de livre de mercado. É, antes, um valor construído pelas possibilidades políticas, econômicas e sociais de cada pessoa de estabelecer relações, ou de contratações, em seu meio social. Importa como a sociedade oferece possibilidades de vínculos como: relações familiares, acesso à saúde, educação, cultura e moradia. Enfim, a qualidade na produção de autonomia é equivalente à construção de mais possibilidade de criação de laços sociais (BASAGLIA, 2010). Na reforma psiquiátrica e nos serviços substitutivos da saúde mental, chega-se mesmo a tomar a produção da autonomia como uma noção de ideal de cura. A autonomia, muitas vezes, passa a ser, inclusive, o objetivo mais relevante

na atenção psicossocial ou da clínica ampliada no cuidado em saúde mental (LEAL, 2006).

Autônomo vem do grego: *autos* - tendo o significado de si mesmo – e *nomos* – a possibilidade de criar norma ou regra - representando a capacidade de um indivíduo construir uma norma para si ou se conduzir na vida. Sendo assim, a pessoa capaz de produzir autonomia pode se autodeterminar ou “dirigir” a si mesma. Não se deve confundir autonomia com individualismo ou individualidade biológica, na medida em que a própria noção de indivíduo (mesmo pelo viés do corpo físico como unidade biológica) também é construída socialmente. E, além do mais, ser independente de forma absoluta seria uma abstração da modernidade. No entanto, temos o problema de querer propor a produção de autonomia não só a pessoas que ainda não se formaram - e que, portanto, não têm a autonomia dita profissional - como também a usuários de psicotrópicos, entendidos pela psiquiatria como pessoas incapazes de gerirem suas vidas sem auxílio de outro.

É importante entender de que forma iremos utilizar o conceito de autonomia, neste trabalho. A questão da autonomia, na formação do profissional de saúde, se refere à condução de si, na produção de conhecimento a ser utilizado no cuidado em saúde e à maneira como se constrói a condução do cuidado com o usuário. O trabalho de campo revelou que a autonomia tem a ver com a problematização da medicalização que, por sua vez, estava relacionada ao processo de formação dos alunos de medicina. Mas como propor a produção de conhecimento para alunos da graduação, se ainda estavam sendo conduzidos no processo de adquirir conhecimento? Sendo assim, eles estavam ainda apreendendo os conhecimentos necessários para virem a se conduzir no cuidado do outro. Além do mais, estavam sendo provocados a refletir sobre como os usuários de saúde mental são conduzidos no processo de cuidado, numa proposta de produção de autonomia. Enfim, como os alunos desenvolviam o conhecimento, ou o poder do carimbo, para indicarem uma conduta a ser seguida pelo usuário, reduzindo o tratamento à prescrição de medicamentos?

Justamente para provocar uma crítica à medicalização, e, conseqüentemente, à medicamentação, necessitou-se incluir o aluno de medicina como pesquisador deste processo que é inerente à sua própria formação acadêmica.

No campo da saúde mental, observou-se que, nos últimos vinte anos, houve um aumento progressivo de diagnósticos e, paralelamente, redução do cuidado ao uso de

drogas prescritas, que definimos por medicamentação (CALIMAN, PASSOS, MACHADO, 2016).

Deve-se levar em consideração que este tipo de problema não ocorre apenas na especialidade da psiquiatria, pois se encontra emaranhado na capilaridade do tecido social, levando à redução das possibilidades de tratamento em saúde mental ao uso de medicamentos psiquiátricos. Na intenção de intervir neste processo, a formação médica acabou sendo problematizada, principalmente, quanto ao fenômeno da medicalização, e de um dos seus efeitos na redução do tratamento à medicamentação, não apenas no campo da psiquiatria, mas no cuidado em saúde.

O caminho parecia ser a identificação da heteronomia, não só na transmissão de conhecimento, como também na hierarquia da relação do professor com o aluno. A direção buscada era a da construção de conhecimento conjunto, através da estratégia de cogestão do processo de pesquisa (CAMPOS, 2000). E, ao mesmo tempo, havia o desejo de rever a heteronomia na produção de conhecimento, aplicada na assistência especializada, representada pela hierarquia deste saber sobre o paciente. A expectativa seria a do aumento do protagonismo do usuário na condução do cuidado de si (PASSOS et. al, 2013). Não devemos entender a produção de autonomia como um fenômeno de aquisição definitiva, de poder vir a cuidar de si mesmo, ou de saber se conduzir na produção de conhecimento. Queremos tomar o processo de produção de conhecimento para o cuidado em saúde, por uma tensão, sempre em busca de autonomia como um modo crítico de posicionar-se, em contraponto ao modelo de formação e de assistência médica mais tradicionais e hegemônicos.

Foucault (1990), ao refletir sobre a autonomia, numa Conferência no Japão, em 27 de maio de 1978, abordou sobre os limites do conhecimento. Ele afirmava que, em relação autonomia, tratava-se mais de uma questão de atitude. Se fosse “preciso colocar a questão do conhecimento na sua relação com a dominação, seria de início e antes de tudo a partir de uma certa vontade decisória de não ser governado” (idem, p.38). Segundo suas análises, sobre o que ele refletia ser a crítica Kantiana, sobre o “esclarecimento” (*Aufklärung*), compreendemos ser uma atitude necessária para se sair da menoridade, uma certa coragem de servir-se de teu próprio entendimento. A coragem em Kant, segundo Foucault, consistia em se reconhecer as fronteiras, ou os limites do que pode ser conhecido para se arriscar, utilizando-se do que lhe seria possível conhecer. Nos fazendo pensar que a atitude, relacionada à autonomia, não seria simplesmente uma oposição à

obediência, ou de se revoltar contra determinada autoridade, mas podendo ser solicitada voluntariamente ao mestre ou ao médico.

A atitude necessária para sair da menoridade, em Foucault lendo Kant, estaria menos em ter coragem de servir-se do próprio entendimento, do que numa crítica diante do ato de conhecer. É interessante perceber que o conhecimento não é uma coisa a ser descoberta por cientistas, prescrita por um médico ou determinada por um orientador. Caso entendamos o que Foucault quer indagar, teremos que pensar: a) se os conteúdos enunciados pela ciência médica seriam verdadeiros ou falsos; b) ter noção dos limites da ciência para, então, decidir como agir, ao servir-se do próprio entendimento. O entendimento do princípio de autonomia, trazido por Foucault, não é simplesmente uma escolha individual, mas envolve uma atitude crítica daquele que ousa saber, ou se conduzir na produção de conhecimento, em seus próprios limites.

Em paralelo com a seara filosófica, o conceito de heteronomia, na área médica, pode ser pensado como uma ação referente àqueles que seguem um conhecimento ou uma prescrição de uma autoridade, sem crítica. No caso desta pesquisa, este tipo de conduta pode ser exemplificado quando alunos seguem a protocolos diagnósticos, exatamente como transmitidos por um professores ou por seus preceptores. E, também, quando os usuários da saúde seguem, sem questionamentos, a prescrição de condutas oriundas de seus médicos e reafirmada por outros profissionais de saúde, ou mesmo, por imposição de seus familiares. No entanto, devemos, também, considerar que médicos e professores podem estabelecer consigo mesmo uma relação heteronômica, quando seguem determinado conhecimento, artigo científico ou livro de referência, em sua conduta sem crítica. Desta forma, dificultam-se processos de autonomia, seja pela absorção de conteúdo, sem aproveitar o que poderia ser construído de conhecimento junto ao aluno, como induzindo ao aluno sua aplicação, também heteronômica, nos pacientes. Assim, descuidando-se do poderia emergir dessas relações, nas quais conhecimento e cuidado se produzem e geram protagonismos distribuídos, no próprio processo de sua produção.

Em contraponto, sem desprezar o conhecimento produzido por médicos, pesquisadores ou professores, queremos pensar numa outra atitude neste plano de constituição de cuidado e conhecimento, que permita a emergência de um *ethos* de autonomia. Mas este tipo de atitude não se produz ao se conduzir sozinho nesse processo, apenas pelo seu próprio entendimento, mas por um modo de condução agonista, ou por uma atitude que permita um modo de exercitar a “arte de inservidão voluntária” ou uma “indocilidade reflexiva” (idem, p. 39).

Queremos utilizar estas análises para criar possibilidades de processos de autonomia, em contraposição a duas formas de lidar com a heteronomia. A primeira vertente é epistemológica e refere-se à produção de relações recíprocas entre saber e poder, já na segunda, com viés mais político, prepondera nas tecnologias envolvidas no “cuidado de si”. Contudo, devem ser tomadas dentro de uma mesma estratégia, como a utilizada pelo saber psiquiátrico, na prescrição de protocolos diagnósticos e procedimentos, a serem seguidos pelos profissionais de saúde sobre os indivíduos, “para fixar sua identidade, mantê-la ou transformá-la em função de alguns fins, e graças a relações de autodomínio ou autoconhecimento.” (FOUCAULT, 2018, p. 274)

No caso específico desta pesquisa, estas questões envolveram a construção de um modo de agir na produção de conhecimento, por dentro do processo de formação em medicina. Dependendo do modo como nos conduzimos na formação, sem ser na aquisição de conhecimento, apenas para aplicá-lo nos usuários, há possibilidade de gerar protagonismos distribuídos numa reciprocidade entre o cuidado e sua formação em serviço. Pensávamos se a produção de conhecimento, junto ao cuidado, poderia trazer elementos que pudessem contribuir na produção de autonomia com os usuários e pesquisadores da graduação. Neste desafio, além de não podermos ter descuido, com os efeitos da aplicação de determinado conhecimento sobre os usuários, devemos ter o esclarecimento de que a saúde mental não é um “bem” a ser adquirido ou transmitido, mas construído num mesmo plano de constituição, no qual conhecimento e cuidado se produzem mutuamente. Quando o cuidado se produz num mesmo plano de conhecimento em saúde podemos vir a “descobrir o princípio da autonomia e que não se terá mais que escutar o obedeça; ou antes que o obedeça estará fundado sobre a autonomia mesma” (FOUCAULT, 1990, p.41). Voltaremos a estas questões no segundo capítulo, sobre a formação médica na UFF, e no terceiro capítulo, no qual trataremos o trabalho de campo com os pesquisadores da graduação.

1.2- A Medicalização dos Desvios de Comportamento

O conhecimento psiquiátrico propõe que o termo transtorno indique “a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos, clinicamente reconhecível, associado a sofrimento e interferência em funções pessoais”. No entanto, continuando sua definição, se houver “desvio ou conflito social, sem disfunção pessoal,” não poderá ser definido por

um transtorno mental (CID-10, OMS, 1993, p.5). Deve-se considerar que a noção de disfunção pessoal compreende o transtorno mental como algo interior ao indivíduo, mas pelo entendimento de que uma alteração bioquímica cerebral seja responsável por determinado transtorno mental (ARAUJO, 2003). Este termo se refere à existência de um transtorno, parecendo se tratar de uma entidade nosológica independente do seu hospedeiro, mas não como um agente externo, como um vírus, e nem interno, como um tumor cerebral ou uma doença autoimune.

Nesta forma de construção produzida pela racionalidade médica moderna, pelo viés do corpo biológico, a doença mental é redefinida como um transtorno que se origina de uma patogenia intrínseca à bioquímica cerebral. Em psicopatologia descritiva, se acredita que o transtorno mental seja influenciado pela cultura, mas sua patogenia se origine na genética da espécie. Desta forma, o conceito de patoplastia de um transtorno mental se refere ao contexto de emergência sintomática, mas por efeito de uma base genética hereditária da espécie; ou seja, a patologia mental sendo influenciada pela cultura, em sua apresentação e expressão sintomática. O que explica, por exemplo, a manifestação psicopatológica, em alguns transtornos mentais, como delírios com conteúdo distinto em diferentes contextos culturais. Reforçando a hipótese, tomada como mais provável, de haver uma causalidade genética por trás das alterações bioquímicas do cérebro e, estas, estariam diretamente relacionadas aos sintomas dos transtornos mentais. Por este motivo se define por patogenia as alterações na bioquímica da neurotransmissão cerebral, provavelmente produzida por uma predisposição genética, inerente à espécie: *homo sapiens*, independentemente da cultura (DELGALARRONDO, 2008).

Se as alterações genéticas levam a alterações bioquímicas no cérebro, em qualquer cultura, a autonomia ou a capacidade de se autodirigir socialmente pode ser questionada por um desvio do funcionamento cerebral e o conhecimento médico respaldar a melhor forma de intervenção. Queremos questionar como paciente psiquiátrico é arguido quanto a sua capacidade de participar do contrato social, justamente por estar mentalmente, ou bioquimicamente comprometido, incapaz de se conduzir adequadamente na norma social. Atualmente, como dissemos acima, esta forma de conhecimento baseia-se na suposição de que haveria uma origem genética, como substrato da patogenia envolvida nas alterações bioquímicas, responsáveis pelos sintomas dos transtornos mentais. Este tipo de entendimento, referente ao desvio comportamental ser de propriedade de um indivíduo, coloca em questão a maneira como o médico entende o indivíduo acometido, principalmente, em sua incapacidade de se conduzir no contrato social.

Como se constrói este saber que abstrai, através do exame psíquico, uma entidade nosológica com existência à parte de quem a vive? A esquizofrenia é uma entidade clínica que invade o hospedeiro, como um parasita, ou é insidiosa (fragilidade genética), gerando um modo de ser definido como esquizofrênico?

Vamos abordar agora como se forma a construção deste conhecimento e, depois, o modo como este tipo de conhecimento é transmitido durante a graduação em medicina, no próximo capítulo. Por enquanto, vamos nos deter na construção deste tipo de procedimento que coloca como propriedade de um indivíduo, formando uma espécie de “eu” cerebral transtornado, uma patologia que o impede de se conduzir nas regras sociais. Na história do conhecimento psiquiátrico, podemos identificar este modelo de produção de conhecimento na criação de diagnósticos como da demência precoce (KRAEPELIM, 1907), de origem orgânica cerebral e hereditária, depois rebatizada de esquizofrenia (BLEULER, 1971). Neste segundo modo de fazer diagnóstico, a demência precoce passa a ser entendida como efeito de conflitos inconscientes. Mas, na atualidade, o transtorno do espectro da esquizofrenia passa a ser descrito como alterações nos receptores cerebrais e neurotransmissores, oriundo de alterações genéticas (KAPLAN et al, 2003).

Por enquanto, queremos destacar que, se entendermos o sentido da autonomia como apenas delegada ao médico, por um mandato social, dando-lhe a capacidade de produzir diagnósticos e prescrever condutas terapêuticas, ele estará autorizado a aplicar este modelo de conhecimento no usuário. De posse deste mandato social, ou do poder do carimbo, entenderá que o diagnóstico e a intervenção medicamentosa terão como objetivo o resgate da autonomia do paciente. Portanto, sua confiança, oriunda do seu saber especializado, o fará acreditar que tem o poder de resgatar o transtornado, devolvendo-lhe sua capacidade de se conduzir socialmente.

Devemos refletir sobre este modelo de produção de conhecimento heteronômico ou, melhor, a forma como ele interfere na formação médica e a reproduz na medicalização e medicamentação dos comportamentos das pessoas. Queremos intervir nesta forma de produção de conhecimento, durante a formação dos pesquisadores da graduação, almejando atingir sua relação com os usuários da saúde.

Vamos primeiramente focar em como se forma este tipo de conhecimento na graduação médica, principalmente, na produção do diagnóstico dentro da racionalidade médica, na disciplina de psiquiatria.

A “Racionalidade médica” é um termo originário de um Projeto coordenado pela professora Madel Luz, e desenvolvido no Instituto de Medicina Social da UERJ. Sua complexidade se constitui por um sistema composto por cinco elementos:

1. anatomia humana; 2- fisiologia humana; 3- sistema de diagnóstico; 4- sistema terapêutico; 5- doutrina médica.

No âmbito da prática profissional, adquirida após a formação médica, estes elementos integram a racionalidade, ou uma cosmologia, trazendo sentido ao fazer médico, a partir da modernidade. Uma das racionalidades estudadas, nesse projeto, é a medicina ocidental, definida por “Biomedicina”, com especial interesse na formação do conceito de doença como entidade biológica, com os aspectos a ela relacionados na produção dos diagnósticos e do tratamento (CAMARGO Jr., 2005, p. 178). Dentro das análises feitas por Camargo Jr., sobre o processo histórico de construção do conceito de doença, em sintonia com as análises de Foucault no *Nascimento da Clínica* (2001a), se constitui na expressão de lesões celulares identificadas no corpo do doente. Nessa transformação do conhecimento médico, que ocorre até meados do século XIX, o hospital, antes de passar a ser uma “máquina de tratar”, funcionava, através da concentração de doentes e de corpos para necropsias, como “máquina de pesquisa e ensino” (CAMARGO Jr., 2005, p.180). Esta questão será trabalhada na forma como o ensino da psiquiatria será iniciado e desenvolvido no Brasil, no segundo capítulo. No momento, o aspecto mais importante se refere a como o conceito de doença vai permitir a construção da doutrina médica, e na qual a doença tem uma “existência autônoma” (Idem, p.181). Nesta forma de construção do conhecimento médico, o sistema de diagnóstico é dirigido para a identificação de doenças como objetos a serem combatidos pelo tratamento. O que se quer destacar é a importância da medicalização produzida pelo hospital, tanto na construção da história natural da doença, dentro do positivismo naturalista, quanto como máquina de ensinar.

Contudo, na psiquiatria a medicalização se faz de forma muito curiosa, principalmente pela maneira como o tratamento medicamentoso entra na medicalização, ou seja, a forma como sua intervenção utiliza de um modelo diferente do originado pela História Natural da Doença. No modelo da história natural, utilizado até meados do século XIX, na catalogação feita na medicina geral, buscava-se a entidade mórbida num objeto definido pelo método positivista de neutralidade científica. Neste modelo, o hospital vai possibilitar uma melhor observação e identificação da entidade mórbida, pelo desenvolvimento do saber anátomo-clínico, e, em seguida, para o equilíbrio dos órgãos; depois, finalmente, para a homeostase do funcionamento bioquímico (CAMARGO Jr.,

2005). Neste modelo de conhecimento, curiosamente, o hospital ainda se mantém como instituição privilegiada de formação médica: ao mesmo tempo em que produz o saber da doença também o transmite para os alunos. Contudo, não se consegue seguir, na produção do diagnóstico e do exame psiquiátrico, o mesmo modelo de produção do objeto: doença mental, muito menos pelo conceito de transtorno.

A transmissão da racionalidade médica na formação revela que, no entendimento oriundo da clínica geral, há algo externo ao corpo, mas, no caso da psiquiatria, essa ameaça externa passava para o cérebro e dele para sua prole pelo princípio da hereditariedade. O caminho que levou a produção de conhecimento da psiquiatria à patogenia da doença mental, pode ser feito ao observarmos a forma como os psiquiatras brasileiros incorporaram o conceito de degenerescência de Morel (ARAÚJO, 2003; BECHERIE, 1989). E Morel vai influenciar toda a geração de médicos no Brasil, no que diz respeito à construção do conceito de demência precoce de Kraepelin, no início do ensino de psiquiatria nas faculdades brasileiras e nos altos escalões do saber psiquiátrico (SERPA, 1998). O que importa é que o conceito de degenerescência vai mudar maneira como o ensino da psiquiatria se faz no Rio de Janeiro, no mesmo momento em que o Hospício Pedro II é rebatizado, próximo à Proclamação da República, em Hospício Nacional de Alienados. No novo hospital, medicalizado, cem anos depois do processo de medicalização Europeu, a mudança de regime político acontece no mesmo momento em que a produção do conhecimento da psiquiatria se concretiza no Brasil (ENGEL, 2001).

As figuras centrais desta transição de regime político, em sintonia com a produção de conhecimento e de sua transmissão no hospício medicalizado, são: primeiro, Teixeira Brandão, no final de século XIX; depois, com Juliano Moreira, no início do XX. O Hospício passa a ter lugar central na produção e tratamento da doença mental, mas sua tecnologia, após ser transmitida, através da formação de médicos e psiquiatras, vai permitir também sua atuação em todo território nacional. É o que podemos acompanhar através da evolução profissional de Dr. Teixeira Brandão, nomeado, em abril de 1880, professor catedrático de psiquiatria da Faculdade Nacional de Medicina, e, em seguida, Diretor do Hospício Pedro II, em 31 de janeiro de 1885. Finalmente, alguns anos mais tarde, foi nomeado Diretor Geral da Assistência Médico Legal, em 15 de fevereiro de 1890 (*Revista Brasileira de Saúde Mental*, 1955). Nesse momento, em que se dá uma transição política de império para república, a psiquiatria passa atuar no hospício de outra forma. A clínica, na medicina hospitalar, significa: “organização do hospital como lugar de formação e transmissão de saber” (FOUCAULT, 1996, p.111). No mesmo momento

em que se questiona a assistência médica nas Casas de Caridade ou Santas Casas, nasce a doença mental no Brasil, sendo retirada da mistura da cidade do Rio de Janeiro e colocada dentro de manicômio, no momento da Proclamação da República, no Brasil (ENGEL, 2001).

No caso desta pesquisa, há uma sincronia temporal entre o início da psiquiatria, como campo de conhecimento médico, e de sua transmissão, na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), onde começa o ensino da psiquiatria no Brasil, na década de 1890. Nesta transição para o regime republicano, também germina e prospera a do conhecimento psiquiátrico, com destaque para sua transmissão na formação de médicos no Brasil. O papel do hospital psiquiátrico, nesta transição de regime político, permite entender como ele se articula com a produção e transmissão do conhecimento psiquiátrico. O saber psiquiátrico vai se modificando de acordo com a política, em épocas distintas, em relação ao seu lugar na prescrição de procedimentos para tratamento e o seu ensino iniciado na graduação em medicina. Vamos focar apenas em dois momentos precisos da medicalização: primeiro no Hospício Nacional, em torno de 1890 e, depois, na medicalização contemporânea, em céu aberto, que se inicia em 1980.

O que se quer destacar é a importância que o hospício passa a ter na produção de conhecimento, além de seu papel na transmissão do saber nele construído para a formação dos médicos. O estabelecimento definido como hospício vai funcionar inicialmente como laboratório (ambiente controlado) para a investigação de doenças mentais. Contudo, após um tempo, os profissionais formados dentro deste laboratório, criado para observação e tratamento dos doentes mentais, poderão levar o conhecimento consigo para aplicá-lo na medicalização da vida das pessoas, na identificação dos desvios de comportamentos, ou nos sintomas definidos como psicopatológicos, em todo território brasileiro.

Queremos destacar dois momentos históricos, em que se articulam política e produção de conhecimento, na medicalização dos desvios de comportamento no Brasil, mas, principalmente, seus efeitos na formação médica. O primeiro momento vai permitir a mudança do termo alienação para o de doença mental e, depois, deste para transtorno mental. Inicialmente, na transição de regime do império para a república na década de 1890, posteriormente, o momento da república para o neoliberalismo, na década de 1980. Com estas colocações queremos chamar a atenção do leitor para a forma como o conhecimento se organiza na formação de médicos, indo da medicalização hospitalar para, em seguida, poder atuar também em céu aberto.

Destacamos que, por volta da década de 1890, na cidade do Rio de Janeiro, houve a criação da disciplina psiquiátrica na formação dos médicos, capacitando os graduandos para atuar tanto em hospitais como em espaços cada vez mais amplos. Já em torno de 1980, no regime biopolítico (FOUCAULT, 1999), a medicação vai entrar de outra forma na prescrição médica, através de novos poderes articulados a estratégias da indústria farmacológica, na produção de conhecimento psiquiátrico (ARAUJO, 2003).

O impacto desta mudança de importância da medicação psiquiátrica na formação em medicina, na forma de produção de conhecimento, permitiu se definir um transtorno mental, identificando-se o remédio tanto na origem do diagnóstico quanto, curiosamente, no tratamento, numa relação bem problemática. É o que pode ser constatado, na transição do uso do termo *neuroléptico* para de *antipsicótico* em torno de 1980. *Neuroléptico* é uma definição que se refere a ação de determinados psicofármacos no cérebro, que pode ser sinônimo de *antipsicótico típico*, por seu efeito colateral, denominado de *impregnação neuroléptica* ou *síndrome extrapiramidal* como: a *distonia*, o *parkinsonismo* e a *acatisia*. Todos estes efeitos extrapiramidais são relacionados aos primeiros *neurolépticos* ou *antipsicóticos típicos* como: o *haloperidol* e a *clorpromazina*. Já o termo *antipsicótico* se refere ao efeito sobre a diminuição de sintomas psicóticos, entre eles os *delírios* e as *alucinações auditivas*, mais relacionadas aos transtornos *esquizofrênicos*.

Os estudos farmacológicos da ação destes psicofármacos levaram ao entendimento de que os efeitos *antipsicóticos* se diferenciavam dos efeitos *neurolépticos* por sua ação nos receptores das *dopaminas* e em outros receptores cerebrais. O desenvolvimento da indústria farmacêutica buscou a criação de medicamentos que pudessem ter menos efeitos *neurolépticos*, e mais efeitos *antipsicóticos*, aumentando os efeitos sobre os sintomas produtivos das *psicoses*, tentando diminuir os efeitos *extrapiramidais* ou *neurolépticos*. Os novos medicamentos foram denominados de *antipsicóticos atípicos* por sua menor ação *neuroléptica* e menor perfil de efeitos colaterais indesejáveis. Entre os *antipsicóticos atípicos*, podemos citar a *risperidona* e a *clozapina*, dentre os que têm maior utilização na atualidade, devido ao menor efeito de *impregnação neuroléptica*. Não queremos dizer que os novos *antipsicóticos* sejam mais eficazes, no controle dos sintomas psicóticos, mas que apresentam menor risco de efeitos *neurolépticos* nos pacientes que os utilizavam.

Não queremos entrar nos detalhes da psicofarmacologia, no tratamento psiquiátrico. Nosso intuito, ao trazer a diferença entre os termos, é de apenas destacar um suposto entendimento de que a *psicose* pode ter um remédio contrário à sua causa, no entanto, definida pela própria ação do medicamento. A indústria farmacêutica vai

participar do diagnóstico e do tratamento, destacando-se na produção de artigos científicos, divulgados para os médicos, ávidos por não ficarem de fora das novas terapêuticas farmacológicas. Neste campo de conflito de interesses, entre a saúde como uma construção coletiva e o incremento no consumo de medicamentos pela população, se não entendermos as forças envolvidas nas produções científicas, podemos apenas aplicar o conhecimento na medicalização da vida das pessoas. Sem nos darmos conta de que podemos, assim, reduzir o cuidado e as possibilidades de tratamento à prescrição de medicamentos psicotrópicos. Desta forma, corremos o risco de, ao sermos formados nesta tecnologia biomédica, atuarmos na medicalização dos desvios de comportamento das pessoas, seja em hospitais e consultórios, na rede pública e privada, ou mesmo nos serviços criados pela reforma psiquiátrica.

Respectivamente, antipsicótico e antidepressivo fazem parecer que exista uma pessoa depressiva ou tenha uma doença definida por depressão, e que exista alguém esquizofrênico ou psicótico, ou portador de uma entidade autônoma, definida por esquizofrenia ou psicose. Na atualidade, esta forma particular de entendimento científico origina-se a partir do entendimento da bioquímica cerebral, justamente, pelo estudo de onde atuam os psicofármacos no cérebro.

O medicamento “descobriu” a doença e trata do que “inventou”?

Não há neste método o mesmo procedimento da “história natural da doença”, utilizado pela clínica médica geral, como a produzida pela infectologia, na qual haveria uma entidade invasora em determinado hospedeiro (CAMARGO Jr., 2005, p. 187). Ou seja, não é pelo mesmo método científico que a psiquiatria e a medicina geral se constituíram, principalmente após as descobertas de Pasteur sobre os micróbios, no mesmo período em que se propõe a modernização hospitalar e o controle dos hospitais pelos médicos, no Brasil (ENGEL, 2001).

Desta forma, a medicina moderna (como também a psiquiatria) sintoniza-se com os aspectos biológicos da vida, estruturando um saber, no qual a resolutividade médica se apóia na intervenção sobre o corpo biológico individualizado, mas também como perigo para toda a espécie. Na psiquiatria, de forma distinta à produzida pela revolução de Pasteur, o desenvolvimento do conhecimento se produz graças à evolução da teoria da degenerescência. A degenerescência cerebral evolui até permitir a definição da demência precoce como uma degeneração cerebral, originária da hereditariedade (KRAEPELIM, 1907). Não podemos esquecer que tratamentos como lobotomia e choque insulínico foram recomendados, no mesmo momento em que se propunha o uso de medicações para

intervir nas doenças mentais, dentro dos hospitais psiquiátricos. Sendo assim, na racionalidade médica até 1980, o medicamento não era tão prescrito como hoje, estando inserido entre outras intervenções definidas como orgânicas cerebrais (ARAUJO, 2003).

O processo medicalização, relativo aos transtornos mentais na atualidade, se produz tanto pela identificação dos mecanismos cerebrais, supostamente envolvidos no adoecimento mental, como pelo predomínio deste entendimento no tratamento do sofrimento ou dos desvios de comportamento das pessoas. Denominamos de “medicamentação” a centralização do cuidado na prescrição de psicofármacos, se constituindo como “nó cego” da reforma psiquiátrica no Brasil (CALIMAN, PASSOS, MACHADO, 2016, p. 21).

1.3- Biopolítica e a Medicalização na Psiquiatria

Conrad define a medicalização como um processo em que problemas não médicos são entendidos como “doenças ou desordens” (2007, p.4). A medicalização, nesta concepção, seria produzida pelo entendimento científico de tomar aspectos da vida e questões sociais como problemas médicos. Neste sentido, toma-se a doença como algo individualizado e a terapêutica como uma ação normalizadora de problemas relativos à existência e de conflitos que emergem na vida social. Podemos entender este processo em várias situações, como por exemplo: na prática da cesariana, em mulheres que poderiam ter um parto normal; na medicalização das reações de violência, provocadas pela desigualdade social inerente à sociedade capitalista; nos transtornos de aprendizado relacionados ao fracasso escolar. Muitas vezes, o que é definido como desordem, transtorno, sofrimento mental ou desvio de comportamento acaba sendo descrito, por um conjunto de sintomas, em formato de síndromes e diagnósticos como: síndrome de pânico, ansiedade generalizada, fobias e depressão. Além destes diagnósticos, podemos perceber a forma como tem aumentado a quantidade de crianças identificadas com transtornos de déficit de atenção e hiperatividade e da noção de espectros do autismo.

O problema da medicalização, no campo da saúde mental, deve ser compreendido junto com aumento dos interesses da indústria farmacêutica pela medicalização do comportamento humano e incremento da utilização de medicamentos psiquiátricos como principal instrumento terapêutico (WHITAKER, 2017). A produção de conhecimento,

em psiquiatria, implica efeitos deste tipo de saber nos modos de subjetivação, tanto em como os profissionais formam conhecimento sobre si mesmos quanto no modo de atuarem no cuidado aos usuários, ou, ainda, na maneira como as pessoas entendem o processo de saúde e doença. Devemos, ao analisar a medicalização do comportamento humano, considerar que o aumento das possibilidades de diagnósticos psiquiátricos parece fazer parte de uma estratégia de aumento de mercado de consumidores. Seguindo esta problematização da epistemologia da construção do conceito de transtorno mental, e de sua suposta origem genética, o indivíduo portador acaba sendo identificado a um “eu” neural anormal. Esta compreensão dicotômica na diferença entre a saúde e a doença, muitas vezes, leva ao entendimento, tanto dos trabalhadores como dos usuários da saúde, de que a diferença entre a normalidade e a anormalidade depende de um gradiente de harmonia/desarmônia na bioquímica cerebral. Neste tipo de entendimento, pode parecer mais coerente que o meio mais eficaz de intervenção seja através do consumo de remédios, denominados psiquiátricos, que vão atuar nos mecanismos neurais de transmissão. Portanto, para males mentais são indicados os psicofármacos, justamente porque agem nos receptores neurais e nas aminas cerebrais. O consenso entre a maioria das pessoas é de que os mecanismos cerebrais são responsáveis pelas funções mais subjetivas do comportamento humano, entre estas: sentimentos, pensamentos, capacidade de juízo crítico e autodeterminação. Em psicopatologia, a complexidade da noção de si mesmo ou “consciência do eu” está envolvida nas patologias que comprometem a construção da identidade individual. Em termos psicopatológicos, a “diferenciação entre o “Eu e não-Eu” está relacionada a funções cerebrais superiores, mas pode ser comprometida nos transtornos mentais mais graves como nos transtornos psicóticos (DELGALARRONDO, 2008, p. 245).

No entanto, este tipo de entendimento biológico, referente à evolução do cérebro humano e de seu funcionamento, definitivamente, não esgota as possibilidades de subjetivação e de individuação possíveis. Obviamente, sem excluir a biologia do cérebro e a noção de indivíduo, pelo viés do conhecimento biomédico. Nesta problematização nos interessa tanto a construção da noção de indivíduo normal como a delimitação daquele que desvia da norma. Segundo Velho (2008), a noção de indivíduo é construída de forma heterogênea em diferentes culturas, mas destaca que este processo ocorre mesmo dentro de uma mesma cultura, por uma multiplicidade de vetores: social, histórico, biológico, psicológico e político. Não devemos “confundir o indivíduo biológico, membro de uma

espécie, com a noção de indivíduo, produto particular de uma cultura que, esquematicamente, chamarei de ocidental-moderna-contemporânea” (idem, p.99).

Queremos colocar em questão o quanto a medicalização do comportamento humano está relacionada à noção universalizada de indivíduo ao componente biológico. E assim, nesta redução da subjetividade a um dos seus componentes, um desvio bioquímico do funcionamento cerebral poderia respaldar, cientificamente, a centralidade do ato de cuidado, no tratamento medicamentoso.

Não devemos esquecer que, no caso específico da medicalização produzida pelo saber da psiquiatria, este processo se instituiu de forma distinta do modelo da história natural da doença. No modelo de produção do saber psiquiátrico, há uma tática local que permite certo nível de controle individual sobre o corpo, identificado na exterioridade dos sintomas psíquicos, um transtorno oculto na interioridade biológica (primeiro na degenerescência das células e, depois, pela transmissão celular da bioquímica cerebral). A generalização deste saber implica relações recíprocas entre política e a economia, graças a condições políticas que engendraram técnicas sobre o corpo individualizado e no da população. Um dos elementos utilizados na generalização desta forma de conhecimento se produz pela noção de hereditariedade e, em seguida, pela genética, supostamente responsáveis pela etiologia das doenças mentais. A psiquiatria biológica constrói um saber na imanência da biopolítica, na medida em que articula práticas de medicalização sobre o corpo biológico individual ao risco de atingir toda a população. Ou seja, a psiquiatria contemporânea se efetiva num “duplo condicionamento”: sobre o corpo biológico individualizado e, ao mesmo tempo, nos processos biológicos da vida da espécie humana (FOUCAULT, 1999, p.95).

Queremos discutir, nesta parte da tese, que há engrenagens comuns entre as tecnologias da psiquiatria biológica e da biopolítica, na medida em que articulam técnicas de individualização e de universalização, pela noção de indivíduo reduzido ao biológico e de uma norma de comportamento para toda a população. As tecnologias de individualização se ocupam do controle do corpo individual, e as tecnologias de universalização se ocupam do corpo da espécie para o controle regulamentar da população. O que vai permitir esta dupla engrenagem é a produção e, posterior, modulação do conceito de degenerescência para bioquímica cerebral. Em outras palavras, a psiquiatria biológica pode ser compreendida como uma biopsiquiatria, ou como uma psiquiatria modulada pela biopolítica, já que articula em suas engrenagens esta tecnologia

de normalização dos desvios de comportamento, mas centrando sua intervenção na gestão do viver, na sociedade capitalista.

Neste sentido, o que queremos afirmar é que a psiquiatria não produz apenas um controle individualizado sobre o comportamento dos pacientes psiquiátricos, mas se efetiva, também, pela medicalização da vida cotidiana em nossa sociedade.

Antes de entrarmos nas considerações sobre a Biopsiquiatria, é necessário nos interrogarmos sobre as questões até agora colocadas. Como relacionar o que Foucault identifica, no final do século XIX, por biopolítica, ao processo de modulação da medicalização produzido na virada da década de 1980?

O que está em questão é o regime de poder político com suas relações na produção de conhecimento da psiquiatria e não apenas um fato histórico ocorrido no século XIX. Foucault (2002) ministra suas aulas sobre os “anormais”, em 1975, num sincronismo impressionante entre suas problematizações sobre a medicalização e o que estava ocorrendo na política, momento em que a biopolítica parecia se consolidar, no controle do viver produzido pela psiquiatria biológica. Não se pode entender o regime de poder, o que ele define como relações entre forças políticas, em sua reciprocidade com a produção de saber psiquiátrico, como um problema apenas de uma determinada época.

Neste sentido, ao utilizarmos a transmissão da técnica do exame psiquiátrico dentro da regulação biopolítica da espécie, estamos propondo a insinuação capilar de uma tecnologia de intervenção que ultrapassa os limites de uma época e do espaço hospitalar. Não queremos dizer que os dispositivos disciplinares deixaram de existir, mas que eles entram em ação de modo bem diferente. Neste sentido, os dispositivos hospitalares, destacando-se os hospitais universitários e aqueles onde se fazem as formações e especializações, passam a funcionar de outra forma, principalmente na capacitação de profissionais de saúde que não atuam apenas em hospitais, mas em qualquer lugar da rede de saúde pública e nos serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossociais.

No plano clínico-político neoliberal contemporâneo, a ingerência da psiquiatria sobre os transtornos mentais e sobre a conduta cotidiana vai incidir na codificação dos comportamentos em qualquer lugar, dentro ou fora das instituições disciplinares. Pensamos ser possível colocar em análise essa produção do diagnóstico em psiquiatria, na contemporaneidade, e o seu duplo efeito de individualização e universalização, sem que seja mais necessário qualquer tipo de fronteira institucional. E isto pode ocorrer pela formação de médicos e profissionais de saúde para atuarem na mesma lógica aprendida em qualquer unidade de saúde.

A análise do conceito de duplo condicionamento, na relação da individualização com a universalização do diagnóstico psiquiátrico, nos ajuda a identificar os efeitos do processo de medicalização, nos modos de vida cotidianos. A individualização deve ser tomada como uma “tática” local, tal qual a produzida pelo diagnóstico dos transtornos mentais; já a universalização, sendo uma “estratégia” global, prevê a internacionalização do diagnóstico psiquiátrico que possibilita o aumento do consumo de medicamentos pela população. Em poucas palavras, a psiquiatria articula uma tática local, de individualização do transtorno mental, a um “invólucro” político estratégico que possibilita o aumento da quantidade de diagnósticos psiquiátricos e o incremento no consumo de psicofármacos. Podemos pensar também de uma maneira inversa: a universalização dos diagnósticos só se torna possível graças a táticas locais que colocam o transtorno mental como um distúrbio bioquímico cerebral. Nos mecanismos implementados pela biopolítica, verifica-se que classificações individualizadas articuladas a estimativas globais têm como alvo o controle do comportamento da população (FOUCAULT, 1999). E nada disto se dá por imposição de um dominador, seja um psiquiatra ou um governante, sobre os dominados, sejam eles os pacientes ou os cidadãos.

Esta relação de poder nos coloca na encruzilhada de processos de objetificação e de sujeição, vinculados a processos de medicalização da subjetividade, em entidades diagnósticas. Vinculam-se, ainda, à busca de resolver o sofrimento pelo consumo de substâncias que atuam no cérebro. Isso não significa que, em nossa sociedade, os mecanismos de dominação e de exploração tenham-se acabado, mas que outros procedimentos revestem os anteriores, por meio da biopolítica.

A psiquiatria, através da objetificação do transtorno mental, fundamenta uma forma de conhecimento do homem que, ao mesmo tempo, produz sua sujeição política. O transtorno mental é tomado pela psiquiatria como um objeto que, a cada dia, é melhor reconhecido. Esta forma de saber sobre a vida humana, como a produzida pela psiquiatria biológica, se assenta na crença em um sujeito do conhecimento e um objeto, enquanto realidades previamente dadas. É neste sentido que se fundamentam as teorias e as práticas de medicalização da psiquiatria contemporânea.

Nos termos trazidos por Foucault, há uma sintonia entre a individualização biológica e regulamentação biopolítica atuando no controle dos desvios da nossa espécie. A psiquiatria biológica constrói uma forma de saber que pode ser utilizado tanto na individualização do transtorno mental, nos Compêndios de Psiquiatria ou das Ciências do

Comportamento Humano (KAPLAN et al, 2003) como no manual da Código Internacional de Doenças da CID-10 (OMS, 1993).

A universalização do diagnóstico é constatada quando qualquer profissional de saúde tem acesso aos manuais (e que chegaram até a mais nova versão no DSM V), para a identificação de um transtorno mental. Os manuais são instrumentos complementares, que revelam a ingerência da psiquiatria contemporânea, sintonizada com a biopolítica, na medicalização dos desvios de conduta das pessoas. No decorrer da história, a psiquiatria moderna, nas suas várias reformulações, não se furtou em buscar entender o sofrimento mental como um problema do corpo individualizado e, ao mesmo tempo, como um efeito de processos de adoecer universais. Aliás, na passagem do século XIX para o século XX, podemos acompanhar esta tentativa nos diversos tratados de Kraepelin (1907), ao abordar, principalmente, sua formulação sobre a demência precoce como um problema da espécie, e não pela via da construção social e histórica da doença mental.

A principal “novidade” do projeto da atual psiquiatria biológica está menos na sua formulação individual e universal do que na legitimidade alcançada pelo estatuto bioquímico, inferido à psicopatologia e ao tratamento da doença mental. Após o advento do psicofármaco, as pesquisas produzidas sobre o mecanismo bioquímico, envolvido na transmissão cerebral, possibilitaram definir, enfim, o *locus* do transtorno mental. A psiquiatria individualiza o portador do transtorno mental como aquele indivíduo que traz consigo um desvio bioquímico cerebral; e, por outro lado, se elabora, num consenso entre vários especialistas do mundo, na descrição dos sintomas mentais (CID-10), cuja unanimidade não tem precedentes na história da psiquiatria.

Uma coisa é a individualidade do corpo físico, aquela que nos identifica como indivíduos biológicos através, por exemplo, dos processos de sobrevivência instintivos; outra é submeter toda complexidade e multiplicidade dos vetores de produção da subjetividade ao fator biológico. Devemos ressaltar que esta individualização biológica do transtorno mental não se dá apenas pelo conhecimento da bioquímica do cérebro, nem mesmo da genética ou ainda da produção da CID-10. Mas resulta de uma estratégia política, biopolítica, que se utiliza destes conhecimentos, na medicalização dos desvios comportamento da humanidade, independentemente de sua história ou de sua cultura. O diagnóstico em psiquiatria, além de atuar na individualização do transtorno mental de forma universal, atinge o plano político da existência. No regime biopolítico, o controle alcançado pelo processo de medicalização da vida não reconhece limites espaciais ou históricos.

Desta maneira, ao estudarmos a forma de medicalização produzida na e pela psiquiatria, temos o intuito de identificar estas práticas de individualização articuladas a estratégias políticas de medicalização da vida. Nossa intenção, ao analisarmos as relações entre saber e poder, na psiquiatria, foi pensar como ela pôde se articular com a biopolítica na medicalização da vida. Vamos focar na formação médica, mas a medicalização não depende exclusivamente dela, e sim da capilaridade do conhecimento biomédico em todas as formações em saúde. O saber biomédico da psiquiatria é utilizado na formação dos profissionais que atuam na área da saúde, o que pode ser comprovado pela larga utilização do CID-10 e do DSM IV. A estratégia do manual da CID-10 é apresentar-se como uma classificação “sem teoria”, na medida em que é um consenso entre vários especialistas do mundo sobre as manifestações do transtorno mental, sem abordar aspectos da fisiopatologia ou da etiologia e muito menos da produção sempre histórica de qualquer tipo de saber (OMS, 1993).

Contudo se está definido que o transtorno da mente é uma disfunção bioquímica, poderíamos, enfim, afirmar que a diferença entre o normal e o patológico estaria localizada neste espaço virtual das sinapses?

O que vai nos interessar discutir é este “novo” ponto de incidência do poder que atua no controle: do entre as células, do mental ou dos fluxos do viver. Neste sentido, queremos dizer que a biopsiquiatria não pode ser tomada como um retorno às concepções de Kraepelin. Não seria uma espécie de “remedicalização” da psiquiatria, mas uma modulação das estratégias de poder e saber que passam a incidir sobre os processos da vida, no “puro viver”. Portanto, não é um retorno em busca de um fundamento orgânico, fisiopatológico ou etiológico, que respalde seu conhecimento. A biopsiquiatria, como tecnologia de saber, envolve estratégias políticas e se utiliza da medicalização hospitalar, principalmente pela formação de profissionais, para atuar nos fluxos do viver. Em consonância com essa estratégia, a biopsiquiatria, em vez de privilegiar sua incidência sobre o orgânico, sobre o corpo individual, ou seja, sobre a vida qualificada, numa modulação dos mecanismos de poder, passa a privilegiar sua intervenção nos processos do viver, na bioquímica do espaço entre as células e nos genes humanos.

Quando Foucault, em *A História da Sexualidade I* (1999), discorre sobre a tecnologia biopolítica, revela que sua intenção era:

... de fato, mostrar de que modo se articulam dispositivos de poder diretamente ao corpo a corpo, a funções, a processos fisiológicos, sensações, prazeres; longe do corpo ter se apagado, trata-se de fazê-lo aparecer numa análise em que o biológico e o histórico não constituam seqüência, como no evolucionismo dos antigos sociólogos, mas se liguem de acordo com uma complexidade crescente à medida em que se desenvolvam as tecnologias modernas de poder que tomam por alvo a vida (idem, p.142).

Em torno de 1980, seguindo a modulação das tecnologias de poder da sociedade capitalista, identificamos um movimento do poder que passa a incidir na vida, numa espécie de entrelaçamento do biológico com a política. Portanto, nos mecanismos biopolíticos, o controle sobre os modos de vida dar-se-á na imanência dos corpos através da construção de formas de medicalização da vida. Não há uma exterioridade do poder porque este se constitui nas relações, no “entre”: seja entre os neurônios ou entre paciente e seu médico. E não havendo exterioridade, então, nesse plano de imanência, a medicalização vai incidir sobre a vida cotidiana. A fonte e a incidência do poder não são externas ao corpo, pois, entre poder e corpo, se estabelece uma relação de imanência, na qual o biológico e o político podem ser capturados em diagnósticos psiquiátricos, como o da noção de espectro ou o de controles bioquímicos, pela psicofarmacologia.

O que está em questão é o estatuto biopolítico, que aparece na medicalização produzida na psiquiatria e seu papel na formação do conhecimento psiquiátrico, sendo transmitido para os acadêmicos de medicina e nas especializações. O estatuto do biológico da biopolítica envolve uma estratégia global que toma o homem na dimensão da espécie, no âmbito da população, com os problemas políticos e econômicos envolvidos, assim como questões relativas à saúde individual; enfim, na medicalização dos desvios “internos” do corpo individual, onde o neural se iguala ao cerebral e ao mental. A biopsiquiatria, em acordo mútuo com esta tecnologia, vai atuar no controle dos “anormais” da espécie, para a segurança da coletividade contra a suposta periculosidade dos portadores do desvio mental, com tecnologias mais “leves” do que os muros dos hospitais psiquiátricos. O aspecto biológico da biopsiquiatria não é o orgânico celular, e sim bioquímico. Bioquímico tem um estatuto bem diferente do orgânico da fisiologia clássica, na medida em que, por ser uma química intersticial, diferencia-se da fisiologia

intracelular, podendo atuar na vida, em céu aberto, nos nossos gestos e comportamentos, enfim, no processo de subjetivação.

Em sincronia com o novo postulado biológico da biopsiquiatria, na concepção bioquímica cerebral dos transtornos mentais, o controle passa a se dar no “entre” as células, na fenda sináptica. E, simultaneamente, a biopolítica passa a gerenciar a vida da população em espaços cada vez mais amplos, e utilizando instituições hospitalares de outra forma.

A biopsiquiatria e o controle bioquímico se constituem, segundo a leitura que Deleuze (2000) faz do biopoder, para além dos confinamentos disciplinares (como dos hospitais psiquiátricos e hospitais universitários - na formação médica), passando a agir também fora dos espaços de confinamento. De acordo com Deleuze, o próprio Foucault foi um dos primeiros a dizer que as sociedades disciplinares são aquilo que estamos deixando de ser: “Estamos entrando nas sociedades de controle, que funcionam não mais por confinamento, mas por controle contínuo e comunicação instantânea” (p.215). Justamente a partir dessas condições biopolíticas é que se produzem os elementos que vão permitir à psiquiatria atuar no território da vida cotidiana, tanto no território da atenção básica como nos CAPS, nos espaços intersticiais, seja o das fendas sinápticas do cérebro ou no espaço-tempo do cotidiano.

“Não cabem invocar produções farmacêuticas extraordinárias, formações nucleares, manipulações genéticas, ainda que elas sejam destinadas a intervir no novo processo. Não se deve perguntar qual é o regime mais duro, ou o mais tolerável, pois são em cada um deles que se enfrentam as liberações e as sujeições. Por exemplo, na crise do hospital como meio de confinamento, a setorização, os hospitais-dia, o atendimento a domicílio puderam marcar de início novas liberdades, mas também passaram a integrar mecanismos de controle que rivalizam com os mais duros confinamentos. Não cabe temer ou esperar, mas buscar novas armas” (idem, p.220).

Na medicalização produzida pelo diagnóstico psiquiátrico, já no final do século XX, a visibilidade do transtorno mental só veio a ser possível pela investigação do local onde atua o remédio psiquiátrico, a partir do desenvolvimento do estudo dos receptores cerebrais, mas seguido da transmissão deste conhecimento, pela indústria farmacêutica,

para propagandear sua intervenção para os médicos e para os alunos de medicina. Como dissemos, o medicamento psiquiátrico foi utilizado nos pacientes, antes do conhecimento de seu tropismo, nos receptores das sinapses cerebrais. O estudo dos medicamentos identificou o mecanismo envolvido na descrição da fisiopatologia dos transtornos mentais. A medicalização, dentro da estratégia biopolítica, envolve um conjunto de relações políticas, econômicas e clínicas, justamente para intervir nesta coprodução, clínico-política, de domínios entendidos como distintos ou externos. Por este motivo, queremos, nesta pesquisa, enfrentar a relação da indústria farmacêutica com a produção de conhecimento médico, especificamente na sua formação e transmissão. Há conflito de interesses quando o patrocínio é feito por formadores de opinião que participam da elaboração dos diagnósticos em psiquiatria e no CMI (complexo médico industrial). Conrad (2007) nos traz uma reflexão sobre os motores que impulsionam a medicalização, incluindo fortemente a relevância do CMI no conhecimento médico. Outra importante crítica à influência da indústria farmacêutica vem sendo feita por Marcia Angel (2007). Sua contribuição nos revela a participação de psiquiatras patrocinados pela indústria farmacêutica nos DSMs e no CID10, na parte relacionada aos transtornos mentais.

A solução buscada pela reforma psiquiátrica, muitas vezes, tem ido na direção de desmedicalizar a sociedade. No entanto, este enfrentamento não deveria passar por uma demonização dos medicamentos psiquiátricos, muito menos de quem os prescreve. Mas se propõe esta intervenção na formação médica, devido à forma como são utilizados na clínica e, ainda, de como o medicamento participa da estratégia política de controle dos desvios mentais. A problematização se refere ao modo como prescreve-se estas substâncias para modificar o funcionamento cerebral, responsabilizado pelos sintomas psiquiátricos, mas visando a construção de autonomia tanto para quem busca um tratamento como para quem o prescreve. A autonomia se produz na relação e não apenas por um resgate da autonomia do paciente.

E mesmo se pensamos na autonomia do paciente, não poderia se reduzir a escolher qual tratamento seguir por sua própria conta, como recomendado, algumas vezes, pela ANVISA: “se os sintomas persistirem, o médico deve ser consultado”. Além disto, na correria de consultas rápidas os médicos prescrevem um determinado medicamento apenas embasado no conhecimento transmitido pelos representantes de laboratório. Não se pode esquecer os que pesquisam o uso de psicotrópicos são os mesmos que propõem o alargamento das possibilidades de se fazer um diagnóstico de transtornos mentais e, conseqüentemente, estimulando o aumento do consumo de seus produtos.

Suspeita-se, portanto, de uma forte tendência à medicalização dos comportamentos humanos, decodificando-os em sintomas patológicos nos seus detalhes, e levando a graves consequências como: o aumento do consumo de medicamentos psicotrópicos, trazendo riscos à saúde da população, pela expansão da demanda por consultas psiquiátricas com a finalidade de ter acesso aos mesmos.

Mas como intervir na formação em medicina, se o poder da ciência, produzida pelos psiquiatras envolvidos na construção dos DSMs, relacionado às pesquisas da indústria farmacológica, encontra dois campos de atuação, ou poderíamos chamar de solos férteis? Não se pode esquecer que há carência de informação dos médicos e uma população ávida por alívio rápido de seu sofrimento. Camargo Júnior nos apresenta o conceito de “mito da mudança frequente” e a “produção épica da indústria de publicação” (2010b). O autor fala não só sobre a insegurança dos médicos, em relação ao conhecimento, como também do medo de ficarem obsoletos, diante da avalanche científica de artigos, simpósios e congressos. Além disso, na realidade brasileira, têm que acatar a demanda de atendimento crescente da população, seja nos convênios privados ou nos estabelecimentos públicos de saúde.

“Isso reforçará a sua reverência da autoridade epistêmica das pessoas que escrevem esses artigos e os tornará mais facilmente enganados pelas alegações e estratégias dos representantes farmacêuticos que circulam entorno dos consultórios médicos ou de programas de educação médica continuada que são pouco mais do que uma fachada da mesma indústria” (Idem, p. 46).

Nessas produções ditas científicas, encontramos uma tentativa de buscar a articulação de um diagnóstico preciso a um novo lançamento da indústria farmacêutica. No entanto, a história da produção deste saber nos revela as lutas, o rumo descontínuo e agitado das sucessivas tentativas do homem em definir-se numa verdade científica. Nesses movimentos da história, constatamos como as práticas relativas à loucura se transformaram de acordo com as formas como as construímos e os regimes de poder relacionados à produção do conhecimento dito científico.

No regime de poder contemporâneo, se constrói uma espécie de controle da existência num outro limiar, no comportamento cotidiano ou no próprio viver. Não estamos mais presos num lugar específico, como numa cela ou mesmo num hospital ou

numa doença. Graças ao conhecimento produzido com bases empíricas, mas influenciado por interesses comerciais, não existem mais fronteiras nem para a normalidade. Nas condições políticas e econômicas produzidas pelo capitalismo neoliberal, a psiquiatria conseguiu, enfim, realizar seu projeto científico: articular a globalização do diagnóstico psiquiátrico, através do DSM, a uma prática terapêutica de controle da vida em seus mínimos desvios.

Na tentativa de trazer como interesses econômicos e políticos estão envolvidos nas prescrições de medicamentos na sociedade, vamos trazer uma situação sobre a liberação da prescrição de tratamentos psicofarmacológicos.

O presidente da Câmara Rodrigo Maia (DEM-RJ), na condição de Presidente da República interino, aprovou a lei que autoriza a produção, comercialização e consumo de inibidores de apetite, os quais tinham sido proibidos pela ANVISA, em 2011. A nova lei 13.454/2017 é decorrente do Projeto de Lei da Câmara dos Deputados (PLC) 61/2015, aprovado no Senado, em 20 de abril, com uma emenda e reenviado à Câmara dos Deputados, onde foi votado o texto final, em 20 de junho de 2017.

Desta forma, os medicamentos: sibutramina, anfepramona, femproporex e mazindol poderão ser vendidos com receituário especial, mesmo que os últimos três deles estivessem com seus registros cancelados por falta de apresentação de estudos de eficácia e segurança atualizados. A liberação dos medicamentos é considerada benéfica por entidades médicas, como o CFM (Conselho Federal de Medicina) e a ABESO (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica). Apesar de os pesquisadores da Fiocruz e a própria ANVISA se posicionaram contra a aprovação da lei, por considerarem que os três medicamentos trariam poucos benefícios frente a riscos à saúde, principalmente por complicações cardíacas, transtornos mentais e dependência. Além da discussão sobre a segurança e a eficiência desses medicamentos, a aprovação pelo Executivo dessa lei questiona o poder da agência nacional, responsável por regular e fiscalizar a venda de remédios no país. No caso dos inibidores de apetite, a AGU (Advocacia-Geral da União) emitiu um parecer considerando a lei inconstitucional, no dia anterior à assinatura de Rodrigo Maia. Contudo, uma vez em vigor, apenas o STF pode vir a decidir sobre isso, caso alguma entidade entre com ação contrária a lei.

Os anorexígenos são medicamentos que funcionam como moderadores de apetite. A anfetamina, por exemplo, é uma substância que estimula o sistema nervoso central,

liberando neurotransmissores, reduzindo o apetite e o sono, provocando um estado de alerta ou de agitação psicomotora.

Nossa intenção foi a de trazer uma discussão sobre como muitos interesses podem influenciar na medicalização e medicamentação dos problemas relacionados à saúde. No caso específico dos inibidores de apetite, o que levaria o Congresso e o Senado Federal a se ocuparem da liberação de remédios que não foram proibidos? Segundo a ANVISA, qualquer laboratório pode pedir o registro das três substâncias, não estando protegidas por patentes. A questão é que nenhum fabricante conseguiu comprovar que seus benefícios ultrapassariam os riscos de seu uso (portal.anvisa.gov.br). O problema do uso destes medicamentos não parece ser relativo à busca do melhor tratamento para o paciente. O caso é que se deva deixar a cargo da avaliação do profissional médico, o diagnóstico e a responsabilidade da prescrição. Neste sentido questionamos a construção de autonomia apenas pelo viés da autonomia profissional.

A sociedade, ao não participar do cuidado de sua própria saúde, deixa a decisão para a autoridade médica. No caso acima, ainda respaldada pelo poder legislativo e executivo, sem valorizar a decisão do órgão que regulamenta os tratamentos no Brasil. Será que, ao deixar para legisladores, muitas vezes alheios aos critérios da ANVISA, não corremos o risco de sermos submetidos a interesses políticos e econômicos que podem estar envolvidos?

Por que deixar a cargo apenas do médico a decisão sobre a prescrição de remédios, sem nos indagar sobre os interesses e os riscos envolvidos? Desta forma, não estamos diminuindo nossa autonomia, na decisão compartilhada em relação à saúde coletiva?

A intervenção proposta pelo médico, para determinado problema de saúde, de uso de uma substância - nomeada por medicamento ou remédio - deve ser seguida? Que tipo de conhecimento autoriza seu uso para um problema de saúde? Enfim, qual é o grau de confiança que se deve ter, como usuário, na produção de conhecimento que o médico utiliza no seu diagnóstico e na prescrição?

No centro do problema ético, encontra-se o de base epistemológica e política. Sem dúvida alguma, a produção e a transmissão de conhecimento biomédico têm sua importância, para atuar nos problemas de saúde da população. No entanto, há a possibilidade de distorção e de abusos destes conhecimentos, por interesses políticos e econômicos.

1.4- Como Nascem as Verdades na Medicina Mental?

No centro do problema da medicalização do cuidado em saúde e da participação da formação, nesse processo, encontra-se o modo como o hospital funciona como laboratório e escola médica. E este problema está ficando ainda mais grave, devido à situação no campo político, pois observamos o retorno de medidas que implicam aumento dos tratamentos centrados no saber médico e o lugar do hospital psiquiátrico como dispositivo primordial, na assistência. Sem dúvida que o hospital universitário e o hospital geral também participam da medicalização do processo de saúde-doença, no entanto, nesta pesquisa, nosso maior enfoque será o hospital psiquiátrico - na medicalização da saúde mental e sua influência na formação dos médicos.

A insinuação sorrateira do saber psiquiátrico, além de instrumento de captura do desvio à norma estabelecida para saúde, determinada pela ciência moderna, acabou permitindo sua atuação em qualquer lugar ou, como ele próprio afirmou, no fenômeno da vida. Neste sentido, nossa intenção, no grupo de pesquisa, foi entender o lugar do hospital e do saber psiquiátrico nele gestado, bem como seu papel na graduação em medicina (não somente para formar especialistas em psiquiatria) na medicalização da vida.

É necessário deixar claro que estamos utilizando o fenômeno de medicalização da loucura para intervir num processo mais amplo de medicalização, que atua na produção de determinado sentido de saúde - como forma de atingir a vida de toda uma população. Daí a importância de pesquisar a formação em medicina, em seu próprio percurso. Em suma, queremos entender como a formação médica se articula à medicalização da sociedade. Colocamos em análise a história do conhecimento psiquiátrico e sua transmissão, primeiramente, na objetivação do desvio em doença mental e, depois, na modulação deste conceito em transtorno mental. Pensamos que ao identificar como se produz o diagnóstico psiquiátrico, no seu modelo de produção da verdade (diagnóstico psiquiátrico) e de sua transmissão através da graduação, poderemos intervir na formação médica e na prática de cuidado em saúde.

Utilizando um texto produzido para conferências no Brasil em 1976, Foucault (2011) nos traz a questão do papel da medicina e de como se utiliza do hospital, na produção seu saber, revelando formas de poder sobre o indivíduo e a população. Segundo ele, a maneira como se permitiu a medicalização da vida se deu por sua insinuação não apenas sobre processos patológicos, mas no modo de viver. Vamos trazer um fragmento da história de como um médico, ao buscar salvar vidas, acabou capturado pelo saber

psiquiátrico, na intenção de problematizar como se faz um diagnóstico de uma doença mental no percurso de uma vida.

L. Céline (1998) nos apresenta, em sua tese de medicina defendida em Paris no ano de 1924, a história de um médico húngaro, nascido em Budapeste, de nome Semmelweis (1818-1865), cuja formação em medicina acontece em Viena. Suas especialidades eram cirurgia e obstetrícia, sendo seu primeiro emprego o de obstetra na nova maternidade que estava sendo construída nos jardins do hospício geral de Viena, em 1846. Naquele momento, naquela instituição, onde era comum morrer de febre puerperal, só se resignavam a parir as mulheres em condições de miséria. Nestas condições, o próprio obstetra dizia, segundo Céline: “O destino me escolheu para ser o missionário da verdade quanto às medidas que se devem tomar para evitar e combater o flagelo puerperal” (idem, p.85). Devido ao alarmante fato, várias comissões investigaram a instituição de saúde, sem dar atenção ao que Semmelweis constatara: morria-se mais num pavilhão que no outro, e menos, se o parto acontecesse fora do hospital, em qualquer lugar da cidade.

Numa pura criação, nos conta Céline, nosso obstetra manda que todos lavem as mãos antes de proceder ao exame ginecológico, inclusive o chefe do serviço. Neste momento, começam seus problemas nas relações entre o poder e o saber. O mestre questiona o discípulo indisciplinado sobre seu método. Mesmo sem poder produzir uma teoria aceitável, o jovem obstetra esquece o protocolo com seu chefe e acaba por ser demitido.

Apesar do aumento da mortalidade das puérperas, nada se fazia sobre as recomendações de Semmelweis, tendo este permanecido afastado da prática até a morte de um amigo, de nome Kolletchka, que se feriu durante uma dissecação. O fato o impulsiona a retornar ao trabalho, revelando tanto um conflito entre o homem sentimental e o método experimental, quanto sua relação com o saber-poder. Em suas palavras: “Minha vida foi infernal. O pensamento da morte de meus doentes sempre me foi insuportável, sobretudo quando esta se esgueira entre duas grandes alegrias da existência, a de ser jovem e a de dar a vida” (idem, p.104).

A morte do amigo e a preocupação com as grávidas o levam à teoria do contágio: “são os dedos dos estudantes, emporcalhados durante dissecações recentes, que vão levar as partículas cadavéricas fatais para órgãos genitais das mulheres grávidas e, sobretudo, na região do colo uterino” (idem, p.105). Porém, sua constatação era frágil para a

comprovação científica possível em sua época, pois a histologia não sabia ainda colorir tais partículas para que fossem identificadas, pelo olho disciplinado, armado com o microscópio. Mesmo assim, consegue ser aceito provisoriamente como assistente, no pavilhão ao lado daquele onde trabalhara.

Mais disciplinado, ordena que após a dissecação se lave as mãos com cloreto de cal, antes do exame das grávidas, e a mortalidade cai de 27% para 12%. Tais dados o levam à seguinte conclusão: “as mãos, por seu simples contato, podem ser infectantes”, e todos, independentemente se dissecaram ou não, devem lavar as mãos. Diminuía assim, ainda mais, a mortalidade puerperal (*idem*, p.108).

O método de Semmelweis é levado para a cúpula do saber de sua geração, nas melhores maternidades do mundo, mas seus resultados não foram comprovados e as autoridades na Alemanha desaprovam sua tese. Mais uma vez, após ser desprezado pelos colegas de trabalho, é despedido, sendo expulso e mandado de volta para seu país. Na sua cidade passa frio, fome e isolamento.

Uma carta mudaria seu afastamento da luta pela verdade envolvida na causalidade das mortes. Um outro colega de trabalho, por não ter seguido o método de Semmelweis, teria levado à morte duas de suas primas grávidas. Não suportando a dor, seu amigo comete suicídio. Semmelweis encontra forças para viver, apesar das mortes, retornando à atividade numa maternidade de seu país, e escreve um livro sobre “a etiologia da febre puerperal” (*idem*, p.128). Manda-o para Paris, mas sofre outra decepção. Dizem que sua teoria, além de ter provocado tantas polêmicas em todo o mundo, encontra-se abandonada até mesmo na escola onde era professor; e ainda traz resultados problemáticos na prática (*idem*, p.134). Nem mesmo na direção da maternidade consegue que seu método seja aplicado.

Na tentativa de ser escutado, começa a espalhar panfletos pela cidade e a fazer declarações de raiva a seus colegas. Suas atitudes e sua sanidade são questionadas, sendo seu cargo posto em disponibilidade. Após tomar conhecimento de seu licenciamento, Semmelweis sai pelas ruas em direção à maternidade onde lecionara. Em meio à aula, se corta profundamente com o instrumento que estava sendo usado pelos alunos, na dissecação do cadáver. No que parecia um surto psicótico, se pensarmos que tinha alucinações, já que via o que não era ainda detectado pela ciência de sua época, ele acaba por misturar, num só gesto, a atitude dos amigos que morreram ao negligenciar seu

método e a tentativa de dar legitimidade a sua tese. Por fim, é levado para o asilo de loucos de Viena, onde morre como alguém que, na busca da verdade, tinha perdido a razão. Só “cinquenta anos mais tarde Pasteur, com uma ‘luz’ mais poderosa, iria aclarar a verdade microbiana, de modo irrefutável e total” (idem, p.147).

Semmelweis dizia a verdade, mas não estava “no verdadeiro”. E, segundo Foucault, “não nos encontramos no verdadeiro senão obedecendo a regras de uma política discursiva que devemos reativar em cada um de nossos discursos” (FOUCAULT, 1996, p.35). Não basta que se diga a verdade, é preciso criar estratégias de saber e de poder que possibilitem a emergência do objeto científico, para se estar “no verdadeiro”. Neste jogo entre o “falso” e o “verdadeiro”, o que diferenciaria Pasteur de Semmelweis? O que faz, na história do saber, um ser identificado como doente mental e o outro reconhecido como sujeito do conhecimento?

A realidade invisível da doença foi vista por ambos, mas um vê o invisível: as partículas cadavéricas “enlouquecem” Semmelweis. Já o cientista dá visibilidade ao que antes não podia ser visto. O primeiro mandava lavar as mãos, mas não se posicionava de forma a identificar o objeto a ser combatido; já o outro utilizava, de forma correta, o método científico, portanto se posiciona dentro da norma envolvida na produção discursiva, pela assertiva conceitual: micróbio. Mas Semmelweis, por não seguir o protocolo científico, ou a tecnologia de produção de conhecimento de sua época, acaba por ser capturado pela vigilância do normal e, por isso, diagnosticado como doente mental. Quem poderia supor que acabaria internado, por querer salvar vidas, no combate ao contágio do flagelo puerperal?

A vigilância do desvio à norma de comportamento, também envolvida na produção de conhecimento, permitiu sua objetificação numa doença mental, mesmo que agora saibamos ser verdadeiro, e não delírio, seu pensamento sobre a causalidade daquelas mortes. Apesar de dizer a verdade, Semmelweis se colocou de forma questionável, ao não respeitar a hierarquia de poder, na relação com seus superiores, na pirâmide científica do conhecimento médico. Podemos supor que, ao não se submeter ao regime hierárquico imposto pelos mestres, não alcançou a posição de sujeito de conhecimento necessária para estar dentro das normas do discurso científico.

E quantos continuarão a sucumbir, na tentativa de produzir conhecimento, se não forem reconhecidos por seus professores? Parece ser necessário se portar como aprendiz,

na absorção de conhecimento, mas de um mestre que segue a mesma forma de produção. Então como este tipo de relação heteronômica repercute na saúde mental das pessoas?

Queremos poder pensar em alternativas seguindo as pistas de nosso heroico obstetra. Será que seu percurso pode nos ajudar na construção de formas de produção de conhecimento, menos hierarquizadas e, nem por isso, menos verossímeis? Ele enxergava a causa morte onde ninguém a via. Semmelweis buscava definir algo ainda invisível, mas acabou sendo identificado como fora da norma científica e pelo sintoma de uma patologia mental também invisível. Seu delírio foi o de ter afirmado que o mecanismo de transmissão, que levava à morte das pacientes, se dava por contágio de “partículas cadavéricas”, nas próprias mãos dos médicos e dos aprendizes. Curioso é que Pasteur, seu contemporâneo, tivesse tido outra sorte (1822-1895), mesmo tendo nascido apenas quatro anos depois de Semmelweis.

Devemos levar em consideração que Pasteur acabou vivendo de forma saudável e quase trinta anos a mais, talvez por seguir o modelo heteronômico de produção de conhecimento, exigido pelo protocolo científico, sendo reconhecido como um dos fundadores da microbiologia. Sua capacidade de seguir o método científico lhe rendeu, por suas descobertas sobre a existência das bactérias, um Instituto com seu nome.

De forma diferenciada o destino de Semmelweis, alias como de qualquer outro desviante mental, acabou sendo pelo seu afastamento social. No entanto, seu exílio talvez tenha sido motivado menos por um erro de conteúdo do que pela insubordinação ao saber de sua época, quando comparado à conduta ilibada de Pasteur. Parece que Semmelweis não conseguiu identificar o caminho científico instituído para emitir um discurso a ser reconhecido. Mesmo tendo encontrado a verdade, desprezou o método científico, tão necessário para se estar “no verdadeiro”. Neste modelo de produção de conhecimento, Pasteur é lembrado como um homem acima da média, mais que normal, genial, mas Semmelweis esquecido pela História que privilegia os grandes feitos, os caminhos da verdade nos prontuários psiquiátricos de sua época.

Estamos entrando numa seara de difícil acesso: a verdade, no discurso científico, ou o método que diferencia o verdadeiro do falso. Mas o que oferece a condição de se diferenciar um cientista iluminado de um transtornado? O que importa é quem pode pronunciar a verdade, relação de poder, ou o conteúdo por ele enunciado, relação de saber?

A separação entre o verdadeiro e o falso, ou a política necessária para se estar “no verdadeiro”, pode criar as condições para que determinado desvio de comportamento ou de juízo, como também um erro discursivo - entendido como falso - sejam tomados como inadequados ao método científico. No limite, podem até ser capturados pela disciplina da psiquiatria. Segundo Foucault (2000), o discurso é aquilo pelo que se luta. É o que nos revela as guerrilhas cotidianas entre os que podem falar - ou pelo menos, os que são valorizados, ao emitirem um discurso - e os que são definidos como fora da verdade científica. No extremo, podem até como nosso obstetra ser diagnosticados como doente mental. Se pensarmos na atualidade, em relação ao transtorno mental, quem pode emitir o discurso científico, sem dúvida alguma, é o psiquiatra. O paciente é aquele que, em seu discurso, traz uma sintomatologia a ser verificada pelo primeiro. Neste caso, a verdade da doença é trazida pelo paciente, e quem pronuncia a norma discursiva científica, portanto, se posicionando “no verdadeiro”, é o médico, preferencialmente, quando professor universitário e/ou pesquisador.

Queremos utilizar estas análises para pensar sobre a transmissão deste tipo de conhecimento, na formação médica. De que forma o saber da psiquiatria identifica, no comportamento do paciente, determinadas patologias como espectros sintomáticos, relacionados aos transtornos mentais? Neste caso, estamos pensando sobre a medicalização do desvio do comportamento humano, especificamente, em sua metodologia de identificação das condutas e/ou discursos desviantes, descrevendo-os como sintomas psicopatológicos. No próximo capítulo, vamos colocar em questão como são transmitidos ao aluno de medicina o procedimento de medicalização psiquiátrica e o método que permite a separação entre o normal do patológico, mas em sua transmissão ao aprendiz. O professor de psiquiatria na graduação, frequentemente, transmite um raciocínio clínico, que habilita o aprendiz na produção do diagnóstico, primeiro na teoria em sala de aula e, em seguida, no paciente. Ou seja, o professor inicia seus aprendizes nos conceitos psicopatológicos, capacitando-os a constata-los nos pacientes, nos hospitais universitários e nas aulas práticas, em hospitais psiquiátricos.

Devemos levar em consideração que, no ensino da psiquiatria, não se sabe bem ao certo o que é uma pessoa normal, pelo fato de que a própria definição da anormalidade possibilita se determinar quem estaria na normalidade, tendo em vista um amplo leque de inúmeras possibilidades de comportamento. “Não há, portanto, nenhum paradoxo em

dizer que o anormal, que logicamente é o segundo, é existencialmente o primeiro” (CAMGUILHEM, 2017, p.193).

A partir dos pressupostos acima, refletimos como se dá a partilha entre quem poderia estar dentro da política científica da verdade: Pasteur ou Semmelweis? Como diferenciar o verdadeiro do falso, quando a verdade de agora pode vir a ser o mais recente erro? Se o psiquiatra é o único que identifica os sintomas de um transtorno, não pode haver erro, em seu conhecimento ou em sua habilidade diagnóstica, em definir a presença ou ausência de um transtorno mental. O risco, envolvido neste ato, pode ser o de acabar confundindo a lucidez de Pasteur, reconhecido como cientista, com a alucinação de partículas invisíveis, imputada a Semmelweis. Se, no limite da capacidade de nosso juízo, entendemos qual foi o erro que levou à demência precoce o heroico médico, devemos ficar mais atentos, aos seus diferentes destinos, nas condutas dos especialistas da mente. O grave erro, na história de uma vida como a do nosso querido obstetra, envolve, na análise de Foucault, sobre a diferenciação entre o normal e o patológico, um “risco permanente em torno do qual se enrolam a história da vida e dos homens” (FOUCAULT, 2011, p. 439). Um erro de juízo, relativo à conduta e ao discurso não científico de Semmelweis, levou não apenas à rejeição de sua tese, mas ao entendimento de que estava com uma alteração psicopatológica. Já o acerto de Pasteur revelava sua capacidade de estar no verdadeiro e dentro do perfeito juízo de si mesmo.

Quem, ao não se comportar de forma adequada à norma social de conduta ou ao emitir uma fala considerada sem sentido, por quem a recebe, pode ser excluído pelo juízo do saber instituído pelo professor especialista? E quem teria coragem de construir conhecimentos, usando seu próprio entendimento, sem utilizar a política imposta para estar no discurso científico, considerado verdadeiro?

Estas reflexões levaram a muitas recordações de experiências ocorridas em períodos da graduação, sempre na busca de absorver os conhecimentos necessários, para passar nas disciplinas ministradas na faculdade de medicina.

Logo, no primeiro semestre da Faculdade de Medicina da UFF, em 1984, o primeiro desafio era sermos aprovados na disciplina de anatomia que, naquela época, era ministrada por um professor muito admirado e que chegou a ser reitor da Universidade. Curiosamente, tal professor afirmava que sua disciplina poderia ser tomada como uma espécie de “filtro” da formação médica. Aqueles que passassem pelo seu crivo estariam

aptos a prosseguirem em seus estudos. Todos os alunos que frequentavam o anatômico, depois das aulas regulares, eram admirados pelos colegas e conversavam com os monitores daquela matéria. No prédio do anatômico, situado no topo da colina do campus do “Valonguinho”, tal professor detinha tamanho saber sobre o corpo humano, chegava a ser tão temido quanto louvado por seus alunos. Naquele regime, onde prevalecia a hierarquia do conhecimento anatômico, os neófitos eram avaliados por seu desempenho individual, em provas práticas e teóricas, num exame contínuo de conteúdo ministrado. Acima da arquitetura institucional, o catedrático construía, sorrateiramente, um sistema de controle, através do qual vigiava a frequência de seus pupilos aos estudos no seu necrotério. Cabe ressaltar que, como prêmio, a maioria dos estudantes que estudavam na parte da tarde, retornando ao anatômico após as aulas terem terminado, conquistavam nota para passar na disciplina. Naquela época, sua disciplina detinha, pelo menos, metade dos alunos, conhecidos pelo nome de repetentes.

Chamava a atenção de todos como ele poderia ter tanto conhecimento sobre aqueles mais dedicados aos cadáveres. Se estava ou não, no segundo andar do anatômico, onde ficava seu escritório, realmente ninguém sabia, mas todos acreditavam serem observados. O importante, nesta descrição, era que todos se sentiam vigiados, mesmo quando do lado de fora do anatômico. Não se sabe bem se por ele mesmo, ou por alguns de seus monitores, mas construía-se uma relação de vigilância também recíproca. Ao final do semestre, quem não se comportasse de forma adequada à prescrição do mestre, era retido pelo “filtro”.

Por que seria tão importante um médico conhecer a anatomia, num estudo sobre o morto, para tratar dos vivos? Ainda mais quando se escolhia fazer psiquiatria, pois o cérebro de um morto não revelaria os sintomas de patologias ditas mentais.

Refletimos, a posteriori, se o professor estava apenas preocupado com a ementa de sua disciplina. O poder dado àquele professor não estava reduzido ao conteúdo de conhecimento exigido, mas era fruto da prescrição de uma conduta a ser seguida. A relação do professor com o aluno não se estabelecia apenas sobre o saber que detinha sobre a anatomia, numa relação de ensino ou de transmissão de conteúdo. Outra forma de vínculo se construía, através de uma espécie de vigilância dos hábitos de cada aluno, e que permitia, além da filtragem de conteúdo equivocado, a correção dos comportamentos desviantes àquela norma. Seu saber-poder parecia ser capaz de fazer com que cada um funcionasse dentro da mesma lógica de sujeição voluntária.

Desta forma, o ensino da anatomia se articulava com uma técnica de transmissão de correção de condutas aos alunos, em sua relação consigo e com os outros. Mas qual seria a importância destas questões para a formação médica? No ensino do conhecimento médico, a função do saber psiquiátrico, não no sentido de capacitar-nos na observação da conduta dos homens e o perigo de contágio?

Segundo Foucault (2001, 2002), nossa sociedade construiu dois grandes modelos para tentar controlar o contágio proveniente de agentes patogênicos, mas, também, para enfrentar as diferentes ameaças provenientes das pessoas desviantes, ou dos anormais, por sua forma diferente de ser. Um dos modelos seguiria pelo da exclusão dos leprosos; e outro, por inclusão do pestífero. Queremos utilizar esta diferenciação para pensar na captura de Semmelweis, e de quem se atrever na produção de conhecimento, enfrentando a hierarquia do saber constituído pelo filtro da vigilância do comportamento.

A forma de separação utilizada por Foucault (2002), relativa ao modo de divisão binária: loucura-sanidade, ou normal-patológico, relativa ao campo da psiquiatria, pode nos ajudar a reconstituir as estratégias de saber-poder, envolvidas no diagnóstico de uma doença tão estranha, definida pelo termo: transtorno mental. Segundo Foucault (idem), o modelo da exclusão da loucura, relativo ao da lepra, não seria substituído ou superado, mas um mecanismo de inclusão veio sobrepor-lo. Suas análises nos permitem entender a atuação de uma estratégia revestida de positividade, por dentro do modelo negativo da exclusão, destacando o saber psiquiátrico. Diferentemente do modelo do exílio, a inclusão produzida pela peste deve ser entendida como um mecanismo que se utiliza de separações binárias, sem que apenas atuem formas negativas de poder, na produção de conhecimento. Através desta distinção entre estes dois modelos, relacionados à identificação e controle das condutas de pessoas consideradas portadoras de doenças, podemos dizer que, no caso do leproso, se aplicava um poder essencialmente negativo e excludente, mas o modelo do pestilento vem progressivamente transformá-lo, justamente pela construção de conhecimento sobre quem inicialmente era excluído. O saber atua por formas positivas, pela produção de um tipo de conhecimento que emerge da vigilância dos outrora excluídos do convívio social, pelo conhecimento produzido sobre o que poderia ter de risco, tornando patológicas condutas cotidianas na população.

Se pensarmos historicamente sobre as práticas de tratamento da doença mental, podemos identificar como o hospital deixa de ser lugar da morte social, passando a ser

entendido como um espaço de cura, no período de produção do conhecimento alienista na Europa. O modelo do exílio levou à crítica da internação psiquiátrica e à proposta de desinstitucionalização. Questionou-se o modelo da exclusão do doente mental que, a pretexto de tratamento, produzia o afastamento das relações sociais (BASAGLIA, 2010). Neste sentido, a medicalização do problema mental não se faz apenas pela internação dos pacientes, mas também pela quarentena a toda população, exposta ao risco de vir a apresentar desvios psicopatológicos. A medida, imposta pela quarentena à população, se faz pela identificação dos portadores do agente patológico, não apenas para controlar o contágio da infecção, mas a periculosidade do seu portador.

O primeiro modelo, proposto para tratar da loucura, se instituiu através de práticas de exclusão, de rejeição ou de marginalização. Através de tais práticas, se exerce um poder de afastamento dos doentes mentais do convívio social. Este procedimento de exílio se estabelece por um mecanismo negativo, no sentido de atuar sobre aquele indivíduo, deslocando-o do meio social para uma instituição fechada. Em contrapartida, no modelo da peste, se pratica uma aproximação, uma forma de poder cada vez mais constante e insistente, num mecanismo positivo de produção de conhecimento sobre o indivíduo. No modelo da quarentena, trata-se do exame perpétuo, efetivado pela avaliação e construção de uma medida “conforme a norma de saúde que é definida” (FOUCAULT, 2002, p.58). Este processo histórico marca a mudança das práticas de exclusão para criação de “tecnologias positivas de poder” (idem, p. 59). Esta forma de exercício, não tanto por rejeição, e sim por “uma reação de inclusão, de observação, de formação de saber, multiplica os efeitos de poder, a partir do acúmulo da observação e saber” (idem, p. 60). Enfim, um tipo de poder que produz saber, ou um tipo de saber que produz poder, através da elaboração de normas a serem seguidas por todos e não apenas pelos que são excluídos. O modelo que, aos poucos, recobre os indivíduos e a população de um determinado território, define os possíveis portadores de doenças. Assim, a norma imposta se liga à tecnologia positiva de produção de conhecimento que coloca a todos em observação constante. Neste segundo modelo, a marca imposta à vida das pessoas se produz pela identificação constante daquele que desvia da norma, não tanto por negação, mas pela positividade envolvida na produção de conhecimento da psiquiatria.

A prática da peste inaugura uma forma de poder capilar, que age não apenas sobre o corpo individual, mas no corpo social, atingindo seus corpos, mas com o objetivo de “se inserir em seus gestos, suas atitudes, seus discursos, sua aprendizagem, sua vida

cotidiana” (FOUCAULT, 1996, p.131). Este modelo produziu um “regime sináptico de poder” ou um exercício de “poder microscópico, capilar,” que incide não apenas no indivíduo, mas, sobretudo, no corpo social, atuando no modo de viver (idem). Opera-se, portanto, uma marcação na individualidade das pessoas, formando uma identidade pelo diagnóstico de uma doença, mas que tem valor de decreto, impondo-lhe uma norma a ser seguida e a prescrição de um tratamento que permita seu retorno ao convívio social. Podemos considerar que este modelo, oriundo da peste, pode ser a matriz do biopoder, que atua tanto na vigilância dos riscos de contágio infeccioso como nos desvios à norma de comportamento. Mas não tomemos o termo inclusão como um conceito unívoco, pois possui possibilidades heterogêneas de aplicação.

Não se quer afirmar que não existam mais processos de exclusão, mas que a capilaridade do poder de medicalização envolve outras estratégias bem mais sutis. Seguindo estas análises, entendemos a internação psiquiátrica como afastamento social transitório, para que se faça o diagnóstico mais preciso e a terapêutica mais adequada ao caso. O período de internação serviria para produção e transmissão de conhecimento, através do ensino médico. Assim, permite-se, cada vez mais, uma ação para fora das instituições, através da graduação em medicina.

Depois disto, talvez possamos pensar nas práticas de internação psiquiátrica, como um procedimento que produz um estigma de anormalidade, referido ao diagnóstico de um transtorno mental, numa aparente exclusão ou por uma reclusão temporária. Sendo assim, podemos relacionar o diagnóstico a uma espécie de marginalização, acreditando num mecanismo negativo de poder. No entanto, aqueles que são excluídos do convívio social, possivelmente, encontrarão nova significação social pelo diagnóstico e sua reinserção num sistema de consumo de medicamentos psiquiátricos. Os diagnósticos dos transtornos mentais, como se verá mais à frente, podem ser produzidos dentro ou fora dos muros das instituições que permitiram sua construção epistemológica na graduação médica. No entanto, a margem do saber psiquiátrico não está do lado de dentro ou de fora, mas no efeito da própria normalização das relações entre médicos e pacientes, como também na capilaridade da medicalização dos desvios de comportamento, no tecido social. Se a exclusão da anormalidade permitiu a construção dos diagnósticos e das prescrições de medicamentos psiquiátricos, foi mais para manter a separação permanente entre o normal e o anormal, do que por um confinamento definitivo e individualizado. O saber gestado nos hospitais psiquiátricos e universitários opera na objetificação do sujeito como doente

mental, mas pretende um controle do tipo farmacológico, prevenindo os riscos de desvios à norma de funcionamento mental em qualquer lugar, num regime sináptico que atua nos modos de viver.

Devemos, doravante, tomar a internação psiquiátrica como um dos elementos utilizados na medicalização do padecimento mental, ao definir um diagnóstico pelos desvios de comportamento das pessoas, associado ao predomínio da medicação como intervenção terapêutica. E, no caso dos sintomas psiquiátricos, a intervenção se faz pela medicamentação, ou seja, pelo controle farmacológico do comportamento, daqueles definidos pela norma social. A utilidade da história referida a estes dois modelos está sobre quais estratégias podemos criar para enfrentar a medicalização na atualidade, em como resistir ao excesso de intervenção na vida das pessoas. É preciso questionar o que as faz acreditar que são portadoras de um mal, baseado num saber sobre elas, ou seja, construído sobre quem experimenta um sofrimento mental.

1.5 – Como Nascem os Transtornos Mentais, no Século XX?

“A rápida evolução do entendimento com relação à biologia da esquizofrenia e a introdução de tratamentos farmacológicos seguros e efetivos têm salientado ainda mais a importante necessidade de um entendimento das questões familiares, individuais e sociais que afetam o paciente com esquizofrenia. Se a esquizofrenia é uma doença do cérebro, ela provavelmente se equipara a doenças de outros órgãos (por exemplo infartos do miocárdio e diabetes), cujos cursos são influenciados por estresse psicossocial” (KAPLAN et al, 2003, p.450).

A esquizofrenia passa a ser tomada como um fenômeno de uma população, como um fenômeno da espécie humana. É definida pela expressão de disfunções da bioquímica cerebral que, por sua vez, deve ser um efeito da herança genética. Desta forma, a esquizofrenia torna-se uma doença do cérebro, com risco para toda humanidade. Esta elaboração se apresenta pela suposição de que seja uma doença de base bioquímica e origem genética. Em sua descrição, há uma prevalência de 1,3% da população total pelas estatísticas americanas produzidas pela *National Institute of Mental Health* (idem). A periculosidade do indivíduo portador desse tipo de transtorno mental se coloca tanto pelo

risco de que seus desvios bioquímicos possam levar a atitudes bizarras e/ou agressivas, quanto pelo risco de transmissão genética que, provavelmente, segundo as pesquisas em genética, são responsáveis pela possibilidade deste transtorno vir a se manifestar num indivíduo e em sua prole.

Uma outra forma de colocar em análise o estatuto biológico da psiquiatria contemporânea é através da modulação das tecnologias de conhecimento cerebral, na passagem do orgânico, como foi postulado por Kraepelin (exemplo: demência precoce), para a bioquímica cerebral (exemplo: esquizofrenia). Desta maneira, podemos dizer que o saber da psiquiatria sobre a esquizofrenia se modula de uma degeneração celular precoce para uma disfunção nos receptores e nas aminas biogênicas (os neurotransmissores cerebrais, entre eles a dopamina, noradrenalina e serotonina). O aspecto biológico da biopsiquiatria não é orgânico celular, e sim bioquímico. Bioquímico tem um estatuto bem diferente do orgânico da fisiologia clássica, na medida em que, por ser uma bioquímica intersticial de comunicação entre as células cerebrais, diferencia-se da fisiopatologia intracelular.

Em sincronia com o novo postulado biológico da psiquiatria, na concepção bioquímica dos transtornos mentais, o controle farmacológico passa a se dar no “entre” as células, na fenda sináptica. Simultaneamente, na relação biopolítica, a psiquiatria passa a gerenciar a vida da população em espaços cada vez mais amplos, utilizando-se cada vez menos de instituições disciplinares na correção dos desvios da norma. Na atualidade, inclusive, os dispositivos disciplinares angustiam sua crise, sempre anunciando novas reformas. Doravante, a biopsiquiatria não dependerá mais do hospital psiquiátrico para o diagnóstico e o tratamento dos desvios de comportamento da espécie. Mesmo que ainda persistam os muros do hospital psiquiátrico para o tratamento dos transtornos mentais, o controle bioquímico passa a atuar em qualquer lugar, dentro ou fora da instituição disciplinar, ao ser transmitido na formação dos médicos. O controle sobre o viver dar-se-á no espaço do “entre”, nas relações entre médicos e pacientes, e no interstício cerebral dos pacientes, que utilizam as medicações a eles prescritas, oriunda do saber psiquiátrico transmitido durante a graduação.

Queremos destacar que uso do psicofármaco, no arsenal terapêutico da psiquiatria, iniciou-se em torno de 1950 com a clorpromazina. No entanto, apenas depois que as pesquisas em bioquímica conseguiram articular seu mecanismo de ação aos receptores cerebrais é que se atingiu a dimensão de consumo farmacológico da atualidade. A

articulação da psicofarmacologia aos transtornos mentais possibilitou um poder de intervenção tecnológica que será utilizado tanto pela medicina como pela indústria farmacêutica. A psiquiatria usa esses conhecimentos para fundamentar-se como ciência médica e para respaldar sua ingerência no tratamento dos transtornos mentais. Recorre à produção de um diagnóstico universal, quase sempre seguido de uma prescrição psicofarmacológica individualizada para cada caso. Ou seja, o conhecimento universal dos sintomas e de sua base bioquímica cerebral, referido ao transtorno mental, finalmente descrito de forma “confiável” pela classificação da CID-10, vai permitir a prescrição do tratamento psicofarmacológico. Por outro lado, a indústria farmacêutica, respaldada por essa tecnologia de intervenção médica, avançará na sua produção e na pesquisa de novas drogas, além de se lançar na conquista do mercado de consumidores. Apenas nestas condições políticas, produzidas no regime do biopoder, se produziram as condições para que o psicofármaco possa ser utilizado de outra forma, levando ao grande público a busca de seu consumo.

A indústria farmacêutica, graças aos conhecimentos sobre a bioquímica cerebral, vai poder atuar num duplo sentido: primeiro, ela passa a “informar” o próprio paciente-consumidor para identificação do transtorno, do qual ele pode ser portador; depois, ela sugere que o consumidor procure um médico para lhe prescrever a medicação mais indicada. Assistimos a alguns comerciais de televisão que após a descrição dos sintomas lançam a palavra de ordem: “se os sintomas persistirem, procure um médico”. Mesmo sendo necessário procurar um médico para a prescrição do psicofármaco, muitas vezes, o próprio paciente já vem com seu diagnóstico pronto, através de informações obtidas em reportagens de jornais, revistas e outros meios de comunicação de massa. Contudo, nos parece que a maior fonte de informação para divulgação dos transtornos mentais é proveniente da própria indústria farmacêutica. Além disto, a estratégia da indústria se manifesta pela visita que os representantes do laboratório fazem aos médicos, e não somente aos especialistas em psiquiatria. As “propagandas informativas” parecem direcionar-se em dois sentidos diferentes: aos médicos de qualquer especialidade e aos consumidores finais. Será que a indústria do psicofármaco estaria prestando apenas um papel social ao “informar” à população sobre a maneira de identificar os transtornos mentais? Ou esta tática faria parte de uma estratégia econômica? No ano 2001, os maiores laboratórios do mundo acumularam com o psicofármaco, um lucro de noventa bilhões de dólares (BUCHALA, 2002). E o mercado continua a crescer, a cada ano. Em 2007, foram

investidos em torno de vinte bilhões de dólares em antidepressivos e antipsicóticos, apenas nos EUA, fora o consumo de ansiolíticos e demais psicofármacos (WHITAKER, 2017). A gravidade do problema aumentou quando apenas uma das indústrias farmacêuticas, a Eli Lilly, doou mais de um milhão de dólares para “educação médica contínua”, entre elas quase trezentos mil dólares só para *Antidote Education Company* (idem, p. 335). A mesma indústria farmacêutica fez doações milionárias para grupos de defesa dos direitos dos pacientes e para várias organizações como a Associação Nacional de Saúde Mental. Em 2008, os EUA gastaram 170 bilhões com os serviços de saúde mental (idem).

Neste contexto clínico-político, as pessoas buscam alívio para conflitos existenciais, através da “paz” psicofarmacológica, e identificam o sofrimento a algo que se origina nos distúrbios bioquímicos de seus cérebros. Enquanto o transtorno mental for entendido como algo de propriedade individual, e seu conhecimento tomado como um saber universal, o lucro, advindo do consumo de um psicofármaco, continuará de propriedade da indústria farmacêutica transnacional.

Não acreditamos que o problema seja, simplesmente, consumir ou não um psicofármaco, mas a forma como o utilizamos e os efeitos que produzem nos modos de subjetivação. Nossa luta não é a favor ou contra o uso do psicofármaco, mas em direção a um sistema de tratamentos que possibilite a construção de autonomia, produzida pela relação entre psicofármaco e tratamento. Esta autonomia não podendo ser reduzida a um dos elementos que compõem o cuidado em saúde. Acreditamos na possibilidade de inverter o vetor de heteronomia, presente na relação prescritiva entre profissional e usuário, pela proposta de criar um dispositivo, no cuidado e na formação, de produção de conhecimento coletivo. Nossa aposta é construir uma outra possibilidade de lidar com as pessoas, ao produzir conhecimento no cuidado, um processo de produção de autonomia.

Para o que servem essas análises sobre a formação em medicina, mais especificamente sobre a produção de conhecimento na produção do diagnóstico em psiquiatria e a prescrição de psicotrópicos? Qual a importância da formação do profissional de saúde mental na relação com quem procura tratamento? Se acreditamos que o problema do transtorno mental é uma questão genética e bioquímica, de origem familiar ou fruto do inconsciente, como este tipo de conhecimento impactará os processos de cuidado em saúde? O que está implicado, no instante em que se define uma pessoa

como portadora de um transtorno mental individualizado e universal? Haveria uma pandemia do transtorno mental, na atualidade?

Não se trata, simplesmente, de negarmos a existência do transtorno mental, pois as práticas de sua objetificação continuam em ação. A psiquiatria contemporânea é uma das tecnologias do regime biopolítico que permite o exercício de um certo tipo de controle sobre o indivíduo e toda sua espécie. Esse mecanismo ou essa tecnologia não é uma “novidade” histórica, na medida em que se pode identificar esta prática desde a modernidade. Contudo, somente quando as estratégias de poder, nas modulações do capitalismo, atingem a força globalizante do neoliberalismo, é que aquele “sonho” da psiquiatria, desde o século XIX, parece atingir sua forma acabada ou final. Ouvimos os rumores de uma psiquiatria que, ao dominar a bioquímica do transtorno mental, concluiria a história da medicina mental. Será o fim de uma história? Promete-se que sim, muitos especialistas em psiquiatria acreditam que, “em breve”, as bases bioquímicas e genéticas dos transtornos mentais estarão consolidadas.

Mesmo que, porventura, venha a ser “descoberto” o *locus* do cromossoma humano responsável pela esquizofrenia e os complexos mecanismos bioquímicos relacionados ao transtorno mental, afirmamos que os modos de subjetivação na vida, incluindo a genética e a bioquímica cerebral, podem ser considerados de outra forma. Não queremos, ao defender essa outra atitude na clínica, tentar abolir toda e qualquer forma de conhecimento, como a produzida pelos diagnósticos no campo da psiquiatria ou a necessidade de conhecimentos específicos para o exercício profissional no campo da saúde mental. O que pretendemos é problematizar a atitude que assumimos na clínica, colocando em questão a produção deste tipo de conhecimento na formação do médico e seu efeito nas práticas de cuidado.

Nossa aposta na formação médica é a de, além da necessidade de produzir um diagnóstico individual ao acolher quem demanda tratamento, assumir o ato clínico como a possibilidade de outro tipo de desvio, entendendo por desvio um processo de abrir a existência à transformação. O foco seria investir na possibilidade de construção de diferentes formas de existência ou outros modos de subjetivação. “Assumir a dimensão política da clínica é apostar na força de intervenção sobre a realidade efetuada, apostando nos processos de produção de si e do mundo” (PASSOS, BENEVIDES, 2001, p.92).

O protocolo de se fazer um diagnóstico em psiquiatria e o procedimento de prescrição psicofarmacológica envolvem o conhecimento dos complexos mecanismos cerebrais, sem que se possa negligenciar sua importância no ato de cuidado. No entanto,

é preciso colocar em questão a forma como o psicofármaco passou a fazer parte da estratégia de controle biopolítico, baseada na fisiopatologia do funcionamento bioquímico. A captura do biopoder baseia-se no controle dos modos de subjetivação da vida que, em relação à psiquiatria, se forma através do saber especialista construído sobre o paciente e em sua intervenção terapêutica (FOUCAULT, 2006).

Se não estamos mais exilados num lugar específico, como num hospital psiquiátrico, em contrapartida nos submetemos a outras formas de captura micropolítica, ainda pautadas na bioquímica cerebral e na psicofarmacologia, como modo de controlar os desvios de comportamento referidos aos portadores de transtornos mentais. As antigas formas de controle deslocam a vigilância constante forjadas em espaços arquitetônicos específicos para outros espaços e em céu aberto. Não tanto pela contenção física dos corpos dos portadores de transtornos mentais, mas fazendo com que acreditemos que o sofrimento mental e os desvios de comportamento sejam originados na genética e baseados em supostas alterações na bioquímica cerebral. Em sintonia com Basaglia, não se tem a pretensão de afirmar que a doença mental não exista. A verdadeira abstração não está na doença, nos modos como se manifestou ou pode vir a se manifestar, mas “nos conceitos científicos que a definem sem enfrentá-la como fato real” (2010, p. 202). Os questionamentos giram em torno do significado dos diagnósticos como o de esquizofrenia e psicopatia, pela noção de desvio, entendido como transtorno mental, construído por “nossa falta de compreensão quanto à contradição que tanto nós como a doença representamos” (idem, p. 203). A Instituição a ser colocada em estudo não é apenas o manicômio como estabelecimento, mas a lógica manicomial, que se manifesta pela separação entre os normais e os doentes mentais, por um juízo de valor. Juízo emitido na tentativa de resolver a contradição, ou a diferença, entre os que têm o saber instituído e aqueles que têm a própria experiência de sofrimento psíquico ou outro modo de subjetivação. A institucionalização da loucura em doença mental foi produzida por um saber extraído do paciente exilado no hospício e, sem dúvida, foram utilizados estes espaços fechados para sua elaboração científica, mas a desinstitucionalização das pessoas não se restringe à desospitalização ou ao fim das medidas de confinamento terapêutico.

As várias tentativas de desinstitucionalização da doença mental e de transformação do modelo de assistência em saúde mental no Brasil foram influenciadas não só pela reforma psiquiátrica de Trieste, na Itália, como a produzida na década de noventa pelos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), em Santos (SP). As ações de modificação da forma de lidar com as pessoas tomadas como doentes mentais, produzidas nos NAPS,

culminaram no fechamento do Manicômio Anchieta. A proposta da reforma da psiquiatria se disseminou de tal forma no final do século passado, na modificação dos dispositivos de saúde mental, que propiciou a implantação dos Centros Atenção Psicossocial (CAPS) em todo País, em sintonia com o produzido pelos NAPS. No entanto, outros mecanismos de controle foram se disseminando, como a crescente prescrição de psicofármacos, levando, muitas vezes, a redução do tratamento a um de seus componentes. Mesmo que tenha ocorrido toda uma mudança, provocada pelo conceito de clínica ampliada e de atenção psicossocial, a terapia pautada na psicofarmacologia se revela como “um nó cego” como dissemos mais acima (CALIMAN, PASSOS, MACHADO, 2016). Um olhar constante, produzido nas instituições fechadas, deslocou-se para dispositivos que agem em todas as práticas de saúde mental, no modo como se entende o indivíduo, em seu processo de adoecimento psíquico e na abordagem terapêutica, centrada na prescrição de psicofármacos.

O poder disciplinar, relacionado ao modelo da peste e sua relação com o saber psiquiátrico, não rivaliza com os de controle dos processos de subjetivação, podendo ser mais voluntários e não somente impostos à população. Estamos nos referindo à dependência dos usuários aos profissionais de saúde, mas também à heteronomia da produção de conhecimento, como problemas que se relacionam. Devemos nos interrogar sobre como conduzimos a formação para cuidado em saúde. Além do mais, importa pensar sobre a imposição de condutas que produzem formas de sujeição voluntárias ao saber especialista, sem levar em consideração o saber que pode emergir na relação de tratamento e na própria formação em saúde. Um destes efeitos, relacionado ao modo de condução heteronômica do cuidado, se manifesta no baixo gradiente de autonomia dos usuários em relação aos profissionais de saúde, assim como dos alunos, se seguirem apenas o conhecimento instituído em sua formação.

Devemos estar atentos ao problema da transmissão de conhecimento desde a graduação, produzido tanto pela construção de uma forma de condução heteronômica, no tratamento oferecido pelo profissional de saúde, como na desvalorização do conhecimento que emerge da experiência de cuidado.

O desafio colocado para os pesquisadores da graduação em medicina da UFF era o de aumentar o seu protagonismo na produção de conhecimento junto aos usuários, ou seja, a produção de conhecimento e o cuidado não deveriam ser construídas sobre sujeitos passivos.

De outra maneira, queremos tomar a produção de conhecimento e o cuidado em saúde dentro de uma construção conjunta entre os participantes da pesquisa. Em outras palavras, é na relação entre os usuários, trabalhadores da saúde mental e pesquisadores da graduação que podem emergir processos de autonomia, em sintonia com a estratégia de formação em serviço da educação permanente e da estratégia de cogestão da GAM, o que será desenvolvido nos próximos capítulos.

O conhecimento transmitido, durante a formação, se utiliza de espaços de confinamento e, por isso mesmo, não se deve menorizar a importância de buscarmos formas de tratamento que construam relações com o território dos usuários. No entanto, nossa intenção, neste primeiro capítulo, foi a de buscar formas de lidar com a clausura imposta pelo conhecimento especialista, ou por nossa maneira de lidar com a produção de conhecimento, valorizando o saber da experiência dos usuários e dos trabalhadores da saúde mental.

Agora, neste final de capítulo, nos deteremos no percurso da formação do pesquisador que propôs esta tese, ao buscar construir conhecimento para lidar com as pessoas definidas como portadoras de um transtorno mental. Na intenção de trazer os conflitos que levaram ao início desta pesquisa, traremos um fragmento extraído dos quatro anos de trabalho desenvolvido no CAPS Simão Bacamarte, inaugurado em 1997, situado em Santa Cruz, um bairro da zona oeste da cidade do Rio de Janeiro.

Depois de ter concluído a residência em psiquiatria, no então Hospital Philippe Pinel, acabou sendo aprovado em concurso para atuar como psiquiatra, na implementação deste CAPS. No primeiro, a equipe interdisciplinar estava sendo formada para receber seus primeiros usuários. Nunca tinha participado de um projeto que causasse tanto estranhamento, numa região tão distante da região central desta cidade. A experiência de chegar naquela casa antiga, onde o serviço ainda seria construído, foi assustadora. Já estava acostumado a chegar em estabelecimentos de saúde que tinham pacientes esperando e lhe apresentassem o fluxo de atendimentos, com a sala que ocuparia para atender os pacientes. Nada disso estava sendo proposto à equipe responsável pela construção do processo de trabalho, em sintonia com a reforma psiquiátrica, referente a uma clínica produzida no território, em substituição ao modelo hospitalocêntrico e centrado no saber psiquiátrico. Uma novidade muito interessante foi a reunião de equipe, cujo tema era a criação do projeto terapêutico singular, além de uma supervisão institucional, seguida da assembleia com os usuários e os trabalhadores do CAPS. Naquele momento, acreditava que o modelo que havia aprendido de produção do

diagnóstico psiquiátrico, muitas vezes, seguido da prescrição medicamentosa, poderia ser transformado por um trabalho em equipe, no território das pessoas que necessitavam de cuidado em saúde mental.

Depois de um ano, mais usuários chegavam. Com tantos atendimentos individuais, acabei me dando conta de estar repetindo o modelo de diagnóstico e de prescrição de medicamentos individualizados, sem participar das oficinas de terapia ocupacional ou das propostas coletivas de cuidado com a equipe. Numa reunião de supervisão, construímos a possibilidade de iniciar um grupo de medicação com os usuários que faziam consultas individuais comigo.

Nos primeiros encontros, poucos usuários conversavam sobre suas vidas e baseavam o diálogo nos efeitos dos remédios e de como utilizá-los. Passados três meses, percebi que, mesmo naquele coletivo, cada usuário se dirigia a mim para falar de seus problemas e buscar um remédio para aquela situação. Não sabia mais o que fazer para que pudesse distribuir a palavra e que pudessemos construir uma relação menos hierarquizada, tão baseada no conhecimento da psiquiatria e da farmacologia. Em determinado dia, iniciamos diálogo sobre o que gostariam de fazer com suas vidas e o que os impedia de realizarem seus projetos. Um dos usuários inicia sua fala, afirmando que não era valorizado pela família porque tomava remédios e não ganhava dinheiro. Segundo sua avaliação, quem tinha dinheiro era ouvido pelos outros, mas quem tomava remédios psiquiátricos era rotulado de “maluco”. Em seguida, colocou uma questão para todo o grupo: a única forma de melhorar sua vida seria parar de usar remédios e ganhar seu próprio dinheiro. Como parar o remédio, se tinha um problema mental, e como ganhar dinheiro se não tinha um trabalho?

O grupo ficou mobilizado com a questão. Enquanto isso, eu refletia sobre o fato de ele ser o único, naquele grupo, que possuía um emprego e ganhava um salário. E agora, o que fazer? Uma ideia surgiu no grupo, gerando a proposta de vendermos roupas usadas para fazer algum dinheiro: um brechó no CAPS Simão Bacamarte.

Estávamos diante da questão da desvalorização da fala do usuário, relacionada ao estigma imposto aos usuários de medicamentos psiquiátricos, e com uma proposta de tentar reverter esta situação. Mas como transformar um grupo de medicação num brechó? Isso fazia algum sentido, dentro da proposta da reforma psiquiátrica? Talvez, se buscássemos um remédio para a falta de autonomia financeira e não uma substância química, muitas vezes utilizada na adaptação dos usuários ao mercado de trabalho formal. Então, começamos solicitando aos trabalhadores que levassem roupas ao serviço para

serem doadas para nosso brechó. Logo, na primeira venda, conseguiu-se dinheiro para comprar araras, onde expúnhamos as roupas. Durante dois meses, nosso grupo de medicação dividia seu tempo no diálogo sobre o tratamento e o trabalho a ser produzido. No segundo tempo da reunião, pensávamos sobre as estratégias para conseguir outras roupas e em como investir o dinheiro adquirido. Numa das reuniões, discutiu-se sobre o fato de ter se esgotado os compradores e que precisávamos encontrar outro ponto de venda, mas fora do CAPS. Onde poderíamos expor nossos produtos? Um dos usuários indicou a policlínica de saúde próxima ao CAPS.

Este ponto foi muito interessante: estávamos pactuando, com a direção do CAPS e da policlínica, um espaço para um brechó fora daquele serviço. Seria isso possível? No terceiro mês, me peguei saindo do CAPS, junto aos usuários, com roupas e duas araras, montando um espaço no saguão de entrada da referida policlínica. As pessoas, que passavam, olhavam com olhar curioso e desconfiado, mas quem parava para comprar era o pessoal da limpeza e dos serviços gerais, além dos usuários da própria policlínica. Os profissionais de saúde passavam e me olhavam com uma cara de quem parecia pensar: “o que você está fazendo aí”? Quero dizer com isso que um médico vendendo roupas com os usuários da saúde mental não parecia fazer sentido para eles. E fazia para mim?

O que estava em questão era o lugar que ocupavam as pessoas que trabalhavam e as que se tratavam numa policlínica,. Elas eram oriundas de classes sociais, poder de contratação e capacidade financeira, desiguais. Que transformação, nos modos de cuidado, estava sendo produzida, se mantinha os tratamentos dos usuários e parceria, naquela atividade comercial?

Sem conseguir definir como lidar com aquela contradição, numa das reuniões do grupo com os usuários aconteceu um problema que não tenho solução até hoje. Como já foi mencionado, no primeiro momento da reunião, o tema era o tratamento e no segundo, a atividade do brechó. O último assunto da reunião era um debate sobre o destino do dinheiro, fruto daquele trabalho. Em geral, 30% do valor adquirido era reinvestido no negócio para compra de alimentação para os usuários e aquisição de mais roupas e bebidas não alcoólicas para vender. E em torno de 70% do dinheiro era compartilhado entre os usuários participantes, baseado nas horas de trabalho de cada um. No final desta reunião, quando estávamos fazendo a divisão do dinheiro, os usuários falaram que eu deveria receber uma parte, pois não achavam isso justo, já que estava trabalhando tanto quanto eles. Como poderia receber algum dinheiro do trabalho no brechó, se recebia um salário oriundo dos impostos pagos pela população?

A saída provisória por mim construída não resolveu o problema que estava sendo colocado pelos usuários. Disse que minha parte deveria ser reinvestida no próprio negócio. Pois bem, o que foi colocado provocou a discussão sobre o lugar institucional do médico e do profissional de saúde, relativo à desproporção de sua valorização social, efeito de seu papel, no tratamento em saúde mental.

Como lidar com esta diferença, sem cair na institucionalização do usuário e do profissional de saúde, quando o valor construído não pode ser compartilhado por ambos? O que era muito, para muitos deles, na construção de um valor pactuado no brechó, não parecia relevante na autonomia do profissional envolvido naquela atividade comercial.

Qual era o valor que os usuários queriam compartilhar com o médico que atuava no brechó?

Sem dúvida alguma, podemos afirmar: o valor era o da construção de uma relação compartilhada, na tentativa de produção de processos de autonomia mais coletivos, junto aos usuários e trabalhadores da saúde. No entanto, que valor se produzia para o médico, se não compartilhava do fruto produzido naquele processo?

Em outras palavras, não abri mão do poder que meu saber me possibilitava, mesmo não o exercendo, na atividade do brechó.

Como os usuários podem ser protagonistas, ou ter alguma forma de protagonismo na produção de autonomia, entendida como um processo coletivo, e não apenas referente aos usuários, se a atividade de cuidado for produzida unicamente por quem não necessita do fruto compartilhado desta pactuação coletiva?

2- A MEDICALIZAÇÃO NA FORMAÇÃO MÉDICA

2.1- Formação de Médicos para o SUS ou para o Mercado de Consumo?

A saúde, como direito de todos e dever do Estado, se institui como uma prerrogativa no SUS, a partir da Constituição de 1988, dentro de um ambiente de redemocratização e maior participação social no País. Deste marco histórico, destaca-se o movimento político de transformação das práticas de saúde, que se desenvolveu no Brasil no final do século passado, protagonizado pela reforma sanitária brasileira, quanto à mudança dos modelos tecno-assistenciais e de formação dos trabalhadores para o SUS. Uma importante estratégia de intervenção era a de utilizar a formação do profissional como um dos instrumentos para transformação da política de atenção em saúde, em direção ao cuidado pautado na integralidade. Neste campo de propostas políticas e clínicas, se institui como princípio dar acesso universal ao cuidado em saúde. Mas, para se atingir este objetivo, se propõem as diretrizes de descentralização da gestão em saúde e o aumento da participação do cidadão no processo de cuidado, almejando sua ação no controle social, nas mudanças necessárias ao sistema de saúde, nos diferentes territórios que compõem nosso país.

Dentre estas transformações, destacamos, nessa pesquisa, as que incidiram no incremento da participação dos atores, na gestão da própria saúde, no aumento do gradiente de autonomia, produzido através do cuidado, e o conhecimento dos direitos humanos, criando-se condições dos usuários do sistema virem a exercer maior protagonismo na política de saúde. A ideia principal era a de modificar tanto o modo de produção de saúde pela inclusão do princípio de integralidade no cuidado, quanto mudar o conhecimento produzido na formação dos profissionais e a intervenção nos processos de trabalho em saúde. O cuidado implicando não apenas a produção de um bom estado de saúde física e mental, mas o envolvimento do usuário na construção do cuidado de si mesmo. A noção de cuidado criava condições novas, no processo de saúde e doença, reformulando a política de saúde e a formação do profissional, que deveria se afinar às necessidades dos usuários em seu território, bem como incidir sobre a destinação de recursos públicos com esta finalidade (PONTES, SILVA Jr., PINHEIRO, 2006).

Neste momento, as atenções se voltaram para a importância da Universidade Pública, tanto na formação do profissional de saúde quanto na implementação da proposta de mudança do modelo tecno-assistencial e, ainda, na produção de uma ética profissional mais atravessada pelos direitos humanos. Seguindo este raciocínio, a formação em saúde

deve passar a incluir os princípios de integralidade do cuidado, universalidade de acesso e equidade nas ofertas de serviços. Com este objetivo, as unidades de formação em saúde são convocadas, de forma estratégica, a fazerem parte do processo de mudança que a sociedade tanto almeja. “O SUS nos convoca, nas práticas de gestão e de cuidado, bem como nas práticas pedagógicas, a garantir a participação de diferentes sujeitos, em suas singularidades, no planejamento, implementação e avaliação dos processos de produção de saúde e de formação do trabalhador de saúde” (PASSOS; CARVALHO, 2016, p.107).

O SUS propõe a participação das unidades de formação e dos serviços de saúde públicos, visando à criação de mais qualidade nas práticas de cuidado. Em sintonia com a convocação do SUS, a formação em saúde deve ter como meta ampliar sua direção técnica para aspectos que contribuam na inclusão dos usuários no cuidado integral, em saúde. A ampliação do conhecimento profissional deve, portanto, articular fatores epidemiológicos e assistências, sociais e clínicos, relacionados ao processo saúde-doença, na construção do cuidado integral em saúde, centrando mais suas ações nas necessidades dos usuários do sistema de saúde.

Imbuído deste desafio, a gestão pública do setor da saúde dirigiu suas políticas de indução para formação de profissionais – como prevê a Constituição Nacional no Brasil – para a experimentação de práticas e produção de conhecimentos, que conciliassem os objetivos curriculares das entidades formadoras com a realidade da população atendida. Neste sentido, a formulação de uma política pública foi apresentada pelo Ministério da Saúde, para a implementação da educação permanente dos profissionais, sustentada nos princípios e diretrizes do SUS e na estratégia de formação em serviço. Tudo isso, dentro de uma perspectiva de incluir a participação dos usuários no controle social em saúde, através do estreitamento das relações entre as unidades formadoras e os serviços de saúde, no intuito de permear as ações de formação em saúde com os reais problemas trazidos pelos usuários da rede de atenção pública (CECCIM e FEUERWERKER, 2004; MS, 2003; CNS-MS, 2017).

Desta forma, a formação dos profissionais de saúde deve dialogar com a organização da gestão setorial, construindo um debate crítico sobre a produção de cuidado integral, junto aos trabalhadores e usuários. A construção de um sistema de saúde, centrada na atenção integral, deve, então, incluir estratégias de incremento da participação dos usuários na gestão em saúde. Mas, para tanto, a formação em medicina e de outras

profissões de saúde devem criar condições de incluir os usuários, oferecendo possibilidade de produção de autonomia, até sua entrada nos fóruns de decisão, formulação e implementação de políticas que fomentem este processo de mudança. As mudanças na formação envolvem, portanto, diversos processos que influenciam a subjetividade dos atores envolvidos, sejam usuários, trabalhadores das unidades de saúde, professores ou alunos em formação, no que diz respeito à criação de habilidades técnicas e produção de conhecimentos, adequados aos princípios do SUS (MS, 2003). A formação do trabalhador é um processo contínuo, por trazer a demanda dos usuários, em sua escuta ampliada aos diversos aspectos envolvidos no processo de saúde e doença, no território onde se desenvolve cuidado. A proposta de formação em serviço, originária da estratégia de educação permanente, se efetiva pela indução de transformações nas práticas profissionais que, ao problematizar os processos de trabalho, provoca todos os envolvidos a construírem juntos as soluções em saúde. É preciso acolher a demanda dos usuários e propiciar cuidado, nas várias dimensões da produção de saúde, seja em sua singularidade ou em suas necessidades coletivas. A formação em serviço, ao problematizar a realidade de cuidado nos serviços, constrói um aprendizado ativo baseado em situações reais. (CECCIM e FUERWEKER, 2004).

No entanto, historicamente, a redução do cuidado ao conhecimento técnico, principalmente na formação em medicina, tem levado a limitações das práticas de atenção em saúde. O procedimento de tradução do sintoma em diagnóstico, seguido de uma conduta terapêutica, é o principal modelo de transmissão de conhecimento, na formação médica, altamente centrada no saber biomédico. Por outro lado, a problematização da medicalização nos permite analisar, conjuntamente com o trabalhador e o aluno da graduação, o modelo de formação envolvido nesta construção e a forma de transmissão deste tipo de conhecimento reduzem o cuidado à assistência e o tratamento à prescrição de procedimentos, nas ações dos serviços de saúde.

Neste contexto, o aprendizado em saúde não pode ser reduzido à capacitação, ou seja, um modo certo de saber fazer entendido apenas como um exercício pedagógico prescritivo de normas de saúde: protocolos de diagnósticos e procedimentos a serem reproduzidos. Este modelo da formação como capacitação tem dificultado a participação dos profissionais de saúde, e especialmente dos profissionais formados em medicina, na construção de uma abordagem mais ampla do processo saúde e doença, junto a outros saberes, para além de uma visão biomédica e especialista. Consequentemente, tal modelo

pode levar à medicalização das demandas dos usuários. Muitas vezes, nas faculdades de medicina, esse modelo hegemônico de ensino conserva a transmissão de conhecimento em tecnologias centradas em especialidades, excessivamente dependentes de procedimentos e equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico (FEUERWERKER, 2002).

No que tange à transformação de uma assistência que, através da formação, pode ser altamente medicalizante, torna-se necessário o cumprimento das responsabilidades propostas pelo SUS às unidades formadoras. Entre estas responsabilidades, estão a cooperação na produção de conhecimento e a promoção de avanços, no campo científico. Incluem-se experiências de intervenção que contenham os saberes produzidos, nos serviços de saúde, com usuários e trabalhadores. Das diversas tentativas de intervir na formação, destacamos os Programas de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed), de Aperfeiçoamento ou Especialização de Equipes Gestoras e de Formação de Conselheiros de Saúde, que aproximam as instituições formadoras e os serviços do SUS, no início deste século. Encontros foram construídos entre gestores públicos e docentes universitários, mas tornaram-se frágeis em sua capacidade de promover as transformações propostas. No máximo, conseguiram-se apenas mudanças pontuais nos modelos hegemônicos de formação e cuidado em saúde, sem conseguir provocar os trabalhadores a problematizar suas práticas ou a formação em serviço (CECCIM e FUERWEKER 2004). Um dos empecilhos foi a dificuldade de criar estratégias de formação em serviço, que induzissem processos de mudança nas instituições formadoras e nos serviços, no sentido de transformar os modos de fazer saúde, envolvendo os trabalhadores no processo de formação e os professores na inclusão do saber dos profissionais, na produção de conhecimento construído coletivamente.

Nesta tese, refletimos sobre a formação do profissional de saúde e, em particular, na graduação em medicina, com a finalidade de pensar como podemos formar profissionais mais implicados com o SUS, para produção de cuidado com efeitos de possibilitar processos de autonomia com os usuários da saúde. A autonomia, através do cuidado em saúde, deve ser entendida não como uma liberdade individual, mas construída a partir da participação dos vários atores que estão envolvidos na transformação do processo de trabalho em saúde. Entre as estratégias de intervenção, destacamos as que induziriam os futuros profissionais a uma maior possibilidade de diálogo com o saber da experiência dos usuários, na gestão do cuidado. Isto criaria condições de possibilidade à

emergência de novos protagonismos em saúde, através da construção coletiva de uma abertura comunicacional para o diálogo entre os saberes referentes ao conhecimento profissional e a experiência dos usuários dos serviços de saúde. Sobre este processo de abertura ao diálogo, destaca-se a proposta do “Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde”, que convoca a participação dos gestores, formadores, usuários e estudantes, para mudanças dos modos de ensinar e produzir conhecimento pelas unidades de formação em saúde, junto aos serviços públicos que compõem a rede de cuidado (CECCIM e FEUERWERKER, 2004). Assim, a qualidade da formação deve passar a ser resultado da construção de conhecimentos e de intervenções produzidas coletivamente, sempre referentes aos problemas reais da população, sendo estes os principais critérios de relevância para o desenvolvimento profissional (MS, 2003; CNS-MS, 2017).

A singularidade histórica da saúde brasileira, proposta pelo SUS, está na forma como inclui a participação popular na gestão do cuidado em saúde, o que se faz não apenas pela avaliação do grau de satisfação dos usuários com os serviços prestados, mas através de mecanismos de inclusão, estabelecidos pelos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, nos diversos níveis de governo. Nestes mecanismos políticos, a população tem participação na decisão dos programas a serem implementados, o que deveria propiciar maior controle social aos usuários do SUS, intervindo nos processos de trabalho e de formação profissional. Por controle social, deve-se entender direito e dever do cidadão de participar da formulação, execução e avaliação das políticas de formação, na intenção de transformar a lógica da assistência e do modelo hegemônico, centrado no saber técnico-científico, em direção ao cuidado como atenção integral. Este objetivo de propiciar maior participação do usuário está em sintonia com esta pesquisa que propõe discutir formas de induzir mais permeabilidade, nos processos de trabalho e formação, às necessidades dos usuários, pelo conhecimento produzido nos serviços de saúde.

O problema que encontramos na formação médica é a maneira como o ensino universitário pode legitimar a produção de conhecimento técnico-científico, definindo os modos de produzir a “verdade” sobre a doença, na população, e assim acabar reduzindo a saúde à ausência de doença. Muitas vezes, os alunos compreendem que suas funções estão reduzidas ao diagnóstico e ao tratamento de doenças. Percebem, também, que há a deslegitimação de outros tipos de saber, como o popular ou de outras culturas. Uma das consequências é a de obstaculizar a participação de outros profissionais da saúde no processo de cuidado e dos próprios usuários nos serviços de saúde. Dentre os modos de

produzir saber sobre a doença, ainda se destaca aquele que a define como objeto naturalizado, por um viés externo ou interno. No primeiro modo, o corpo é invadido por bactérias ou vírus; já no segundo, é compreendido como doenças autoimunes, degenerativas ou o câncer. Em outras palavras, o corpo como entidade individual sofre a ação de entidades “invasoras”, internas ou externas. Seguindo o mesmo raciocínio, a saúde do indivíduo seria efeito do bom funcionamento de um conjunto de células, órgãos e sistemas que devem funcionar em harmonia e em silêncio de sintomas.

A doença, nesta forma de produção do conhecimento biomédico, tem uma existência à parte do sujeito que dela sofre, pois é vista como objeto científico recalcitrante. Por outro lado, este conhecimento é absorvido e transmitido por veículos de comunicação, geralmente levando a população a buscar auxílio para seus males (doenças, síndromes e transtornos), no saber especialista. O risco de se colocar a saúde como um problema individual (propriedade do corpo biológico) e a doença como objeto a ser combatido tende a criar certa dependência ao conhecimento biológico apropriado pela medicina. Sem dúvida alguma, o conhecimento especializado permite a identificação de muitas doenças que devem ser identificadas e tratadas pelo melhor arsenal terapêutico disponível. Não se trata de ser contra as especializações, ou a especificidade deste tipo de produção de conhecimento. O problema está em seu modo de operar, que definimos por “especialismos” (PASSOS; BENEVIDES, 2000), desenvolvido durante a formação do profissional de saúde. Iremos abordar este processo nesta pesquisa, em particular, na graduação em medicina.

Na formação médica, este tipo de saber, ou modo de produção de conhecimento, pode gerar obstáculos para a produção de autonomia, na composição de ações em saúde, trazendo empecilhos à maior participação do usuário no cuidado de si mesmo. Outra face deste problema, produzido pela forma de saber fazer, ocorre na falta de diálogo entre o conhecimento biomédico e outros saberes que influenciam o processo de produção da saúde e doença (psicologia, antropologia, filosofia, sociologia, entre outros), contribuindo para redução da gestão da saúde a uma intervenção especialista, no corpo biológico.

Estamos apontando duas formas de produção de especialismos na graduação: a que reduz o conhecimento a um saber especializado e a que impede este saber biomédico de dialogar com os demais conhecimentos que compõem a equipe multiprofissional. Não se quer propor, na atuação em equipe e no cuidado em saúde, um impedimento à

participação de especialistas, mas que os profissionais possam dialogar com as diferenças de formação em saúde, na construção do cuidado em equipe, sem reduzir o cuidado a um único saber. E, principalmente, incluir o saber da experiência do usuário na estratégia de atenção, de forma integral e integrada. O conhecimento produzido para o cuidado, dentro da integralidade, não pode se originar de um único campo disciplinar. Mas, também, não se esgota pelo olhar de várias disciplinas sobre um mesmo objeto naturalizado e recalcitrante a ser combatido.

Os dados coletados, nesta pesquisa, indicam o impacto dos especialismos, na graduação em medicina. Diferente do que poderia ser óbvio, este modo de saber fazer especialista não se inicia na pós-graduação. Muitos professores universitários são especialistas nas disciplinas curriculares e transmitem este modo de produção de conhecimento para os graduandos em medicina, como também para todas as formações em saúde, sem dar enfoque aos outros aspectos envolvidos no adoecimento e em sua recuperação. Frequentemente, centra as disciplinas clínicas no diagnóstico de doenças ou transtornos, construindo um objeto a ser identificado por exames e, seguidamente, combatido com a conduta terapêutica mais atual. Desta forma, na graduação, principalmente depois do ciclo básico, há predomínio da transmissão de protocolos e procedimentos especialistas, fundamentados no saber biomédico, no entendimento da saúde como ausência de doença. Nesta forma de gênese do conhecimento acadêmico, e do modelo de sua transmissão na graduação, se propicia uma maior subordinação ao conhecimento biomédico, num modo de saber fazer heteronômico, aplicado sobre uma suposta ignorância da população, sem levar em conta os interesses econômicos envolvidos nesta produção e o aumento no consumo de procedimentos para o resgate da saúde.

Quais são os interesses envolvidos no tipo de produção de conhecimento centrado no saber biomédico, transmitido na formação em saúde?

Mesmo nos serviços públicos em que ocorre a atenção integral em saúde individual ou coletiva, nas estratégias da saúde da família e saúde mental, o profissional, que neles atua, é formado pela mesma lógica individualista, centrada no modo heteronômico dos especialismos. Este profissional entende a saúde como direito ao diagnóstico e ao tratamento e, por isso, centra suas ações em prescrições de normas em que preponderam a prescrição de exames complementares, medicamentos e procedimentos invasivos.

Não se quer afirmar que o profissional de saúde não saiba dos princípios e diretrizes do SUS, ou da importância do trabalho integrado das profissões na área da saúde. A maior dificuldade está em entender o lugar que ocupa no processo de cuidado e, conseqüentemente, na importância do planejamento e execução de ações integrais junto à equipe multiprofissional. Nossa suspeita é de que, durante o processo de graduação, produz-se um profissional com poucos recursos para refletir sobre a complexidade da atenção integral; sobre a importância de produção de intervenções mais coletivas e dialogadas com outras formações da área da saúde, e sobre as necessidades da população atendida.

Faz-se necessária uma reflexão sobre os efeitos da formação na prática profissional. A tentativa é evitar uma dependência excessiva ao arsenal terapêutico oriundo do complexo médico-industrial. Tal complexo, que articula conhecimento biomédico e a produção de insumos para consumo de tecnologias médicas, fomenta o entendimento da doença como objeto de caráter individual, de origem biológica, incentivando o consumo de produtos farmacológicos e de exames complementares pela população. E assim, limitam-se as possibilidades de aumentar o conhecimento dos usuários, em relação aos processos envolvidos na produção de saúde e doença. Dificulta-se, também, a participação na criação de estratégias de cuidado integral com os trabalhadores dos serviços de saúde. A autonomia, seja dos profissionais da saúde ou das instituições de saúde e de formação, não pode estar à parte da que se constrói com os usuários dos sistemas de saúde e de educação em saúde.

Campos (2003) propõe repensar os modelos de atenção, com o objetivo de ampliar a autonomia dos usuários, no sentido de criar mecanismos que permitam as pessoas aumentar as possibilidades de gerir suas próprias vidas, no cuidado de si mesmas. A finalidade é que criem maiores condições de intervenção, nas instâncias de decisão política do sistema de saúde.

Verificamos a dificuldade do profissional formado em medicina de entender sua participação na produção de autonomia junto ao usuário da saúde, pois se baseia demasiadamente no seu saber especialista, conduzindo os tratamentos dos usuários de forma heteronômica. Entretanto, é necessário diferenciar o modo saber fazer heteronômico, ou dos especialismos, da possibilidade de um conhecimento especialista, dentro da integralidade do cuidado, na equipe de saúde. Neste sentido, o conhecimento

especialista pode fazer parte de uma visão ampla do processo de saúde e doença, num modo de fazer saber mais compartilhado, cogestivo que facilitaria a criação de processos de autonomização.

A construção de autonomia é uma tarefa coletiva, na medida em que nenhum ator sozinho tem o poder adquiri-la ou transferi-la. E, da mesma forma, a saúde não pode ser tomada como algo a ser consumido, pois é um processo de produção de vida e de subjetivação. O que ocorre é o reposicionamento subjetivo, na direção da autonomia e corresponsabilidade no processo de saúde tanto dos usuários como dos trabalhadores. A autonomia é uma propriedade a ser conquistada, uma potencialidade sempre a ser produzida, entre todos os envolvidos: dos gestores aos trabalhadores da saúde e dos formadores aos alunos, em direção à inclusão do usuário neste processo. O que está em jogo são as condições de possibilidade de criação de novos protagonismos, através do cuidado em saúde, num caminho que almeja a autonomia, mas como processo coletivo.

Contudo, um dos problemas da graduação em medicina é ainda a pouca participação da maioria dos alunos nos movimentos políticos de transformação do modelo de ensino. Identificamos que, com a aproximação do final do curso, as questões da formação passam a ficar em segundo plano, ou deixadas de lado, devido à pressão produzida pelo ato de absorver o conteúdo especialista, para ser um bom profissional. O que, provavelmente, cria mais dificuldades ainda na compreensão sobre os vários aspectos sociais, políticos e subjetivos, envolvidos na produção e resgate da saúde.

Na formação em medicina, são identificadas várias dicotomias, que são efeitos do aprendizado deste saber fazer heteronômico, que obstrui a transformação da prática de assistência em direção ao cuidado integral. Entre elas, destaca-se a oposição entre práticas individualizadas – que seriam as produzidas pela clínica dividida em especialidades – e as práticas coletivas, com referencial na epidemiologia, voltadas para a população. As especialidades clínicas seriam centradas nos indivíduos e na cura de doenças; já as preventivas, centradas na imunização das doenças mais prevalentes e nos modos de vida que favoreceriam o adoecimento da população. Na graduação, frequentemente, os alunos são levados a escolher entre duas possibilidades de atividade profissional: ser especialista, atuando sobre os indivíduos nos hospitais, policlínicas e ambulatórios públicos (ou hospitais e consultórios privados), ou ser generalista, atuando na prevenção de doenças, na vacinação e no acompanhamento de gestantes, crianças e idosos em unidades básicas

de saúde. A integralidade não é entendida como um processo que envolve tanto o indivíduo quanto o coletivo; tanto a assistência quanto a prevenção. De forma equivocada, entendem que o especialista e o generalista agiriam separadamente, sem integrar na sua prática o cuidado, como processo de produção de autonomia. Não se entende a integralidade envolvendo a cogestão do processo com o usuário, produzindo conhecimento em equipe, junto ao saber da experiência do usuário, no cuidado compartilhado.

A formação médica se encontra imbricada num campo complexo de disputa política e econômica com o complexo médico-industrial, mais interessado no lucro do que na integralidade do cuidado. O SUS toma a saúde como direito do usuário ao sistema e à cogestão do cuidado. Nele, o conhecimento médico deve ser utilizado dentro de uma proposta de construção de autonomia. Em outras palavras, o profissional na graduação reproduz a lógica dos especialismos, muitas vezes, por não ter elementos, produzidos durante sua formação, para refletir sobre os limites de seu conhecimento e da construção dos elementos necessários para produção de autonomia, através do cuidado.

Chama-nos a atenção a preocupação dos alunos de medicina, na procura precoce de especializações, ainda no período de graduação. Em muitos momentos, nas reuniões com os alunos da medicina envolvidos na pesquisa, o problema da escolha da especialidade surgia e percebia-se que esta preocupação aumentava na medida em que se aproximava o final da graduação.

É comum os alunos em formação e os usuários dos serviços de saúde, terem a impressão de que uma especialização diferencia o valor do médico, colocando como menos preparados, ou menos capazes, aqueles que não passam em concursos de residência médica ou não se especializam. Na busca de legitimidade, se esforçam por ter um diploma especialista, ou dependem do aval das sociedades e associações médicas (entre elas a Associação Brasileira de Psiquiatria), para conferirem este tipo de titulação. Portanto, os alunos de medicina, além de passarem por várias disciplinas de especialidades médicas na graduação, ainda têm que buscar passar em concursos de residências médicas, ou se submeterem ao controle destas entidades, para possuírem este título, em seu currículo.

Segundo Feuerwerker (2002), os estudantes saem dos cursos mais empobrecidos do ponto de vista ético e político, em sua capacidade de questionar o mundo em que vivemos,

em sua implicação com os problemas relacionados à defesa da vida e dos valores do SUS. Muitas vezes, ficam mais ocupados com a competência profissional, no domínio do conteúdo especialista, do que com os problemas envolvidos na produção de saúde, seja deles mesmos ou da população assistida.

O campo da formação em saúde é um campo de disputa de saber e, muitas vezes, confere poder de forma desproporcional aos implicados, tanto na relação de quem transmite o conhecimento ao aluno quanto de quem aplica o conhecimento sobre usuário. Produzem-se normas sobre como se conduzir como profissional (médico e professor) e na condução do outro (aluno ou paciente), impactando as formas possíveis de subjetivação dos envolvidos, nesta produção de relações heteronômicas e hierárquicas, no cuidado e na formação. Neste campo de produção de conhecimento especialista, o paciente é tomado por consumidor final da saúde e não como participante do processo de cuidado. Ao mesmo tempo, o aluno de medicina é polo receptor e não protagonista na produção de conhecimento.

Tudo isso vai impactar, futuramente, no seu trabalho em saúde, no seu modo de lidar com os usuários, em sua participação na equipe multiprofissional e na forma como vai conduzir suas ações para o cuidado em saúde. Em outras palavras, a produção de conhecimento em saúde também acaba sendo entendida como bem de consumo individualizado e não como processo de construção coletiva. Assim, o conhecimento médico acaba sendo identificado como uma verdade a ser apreendida, por meio do consumo de algo a ser constatado nos usuários, sem haver um questionamento sobre como este conhecimento é produzido e os efeitos que opera na produção do que é definido por realidade ou verdade.

Foucault (2011) nos alerta que a verdade não é algo já dado e natural, a ser descoberto pelo conhecimento científico, mas efeito de um conjunto de procedimentos e de técnicas. Este aparato tecnológico produz efeitos de verdade e vai possibilitar discursos chamados de científicos, com o efeito de produzir o que se definiu por verdade ou que será considerado como um discurso com efeito verdadeiro.

Corremos o risco de, ao não nos darmos conta dos efeitos deste modelo de formação, desprezar nossa participação neste processo de operar o conhecimento dito especialista. O médico, a depender de sua formação, acaba sendo também consumidor deste tipo de informação, podendo passar a funcionar como intermediário do

conhecimento científico útil à indústria farmacêutica que, por sua vez, tem como alvo o aumento do consumo de procedimentos/medicamentos pelos usuários dos serviços de saúde públicos e privados. A intermediação dos especialistas se faz através de duas formas. A primeira forma é a reprodução de conhecimento biomédico e de sua transmissão, via mídia, à população – o que pode possibilitar aos pacientes fazerem os próprios diagnósticos, apenas orientados pelos veículos de informação (patrocinados pelas indústrias farmacêuticas) – numa espécie de autoexame. A segunda forma se dá no encontro privado do usuário com seu médico, quando aquele é diagnosticado e recebe a prescrição de um psicofármaco a ser consumido.

Causa preocupação o fato de a formação médica desenvolver-se, em mais de metade das vezes, em Universidades Públicas, mas sem conseguir levar o aluno a problematizar a realidade da produção de conhecimento, ou seu papel como profissional nesse processo, de sua relação com os conflitos de interesse envolvidos na sua atuação profissional e de como seu saber é utilizado pelo sistema de produção de consumo da saúde (FEUERWERKER, 2003). É necessário intervir nos formandos de públicas e privadas, para juntos encontrar formas de integrar o saber produzido pelos alunos, mas em benefício dos usuários e não dos interesses de aumentar o consumo de produtos do complexo médico-industrial.

Queremos, com as questões colocadas, afirmar que a formação em saúde se relaciona diretamente ao problema de tomar a saúde como um bem de consumo individual e o conhecimento a um saber fazer sobre a doença, de propriedade de um especialista, como uma verdade única e não como modo de viver, de gerir sua vida, no cuidado de si mesmo e do outro, na produção de si e do mundo em que vive (PASSOS; CARVALHO, 2016). A produção de saúde e a produção de subjetividade se diferenciam, mas se dão num mesmo processo: produção de si, seja do profissional ou do usuário, através da saúde, no mundo em que queremos viver. O processo de subjetivação dos profissionais influencia no modo como vai atuar, na forma como entende a produção do cuidado de si e do outro, na produção de saúde como forma de viver, seja como um bem individualizado ou construído coletivamente.

Como não reduzir sua prática profissional à assistência individual e o tratamento ao consumo da saúde?

Neste contexto clínico-político do ensino médico, queremos pensar o processo de formação em ato que contribui para a transformação do processo de trabalho em produção de conhecimento junto ao cuidado. A intenção é de produzir processos de autonomia com os usuários e trabalhadores, em contraponto ao saber fazer heteronômico, reproduzido pelos especialismos e pelo saber biomédico, frequentemente transmitido no período da graduação e, depois, acentuado por residências médicas, especializações e pós-graduações.

Nossa aposta se constrói na lateralização da produção de conhecimento, com os alunos de medicina e trabalhadores do SUS, através do saber da experiência no grupo GAM, com os alunos da graduação e usuários da saúde mental. Nesta tese nosso enfoque é na formação no campo da saúde mental, como uma das estratégias de incluir o conhecimento psiquiátrico numa outra perspectiva, dentro do cuidado integral em saúde. Nossa aposta se dá incluindo a participação do aluno da graduação e o profissional de saúde, nesse processo de cuidado e produção de conhecimento, no campo da saúde mental. Portanto, o foco é o protagonismo dos alunos e trabalhadores na formação em saúde, com a inclusão do saber da experiência dos usuários de um ambulatório de saúde mental da rede pública de Niterói, na formação dos pesquisadores da graduação em medicina.

2.2- A Participação dos Alunos na Formação para o SUS

A resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), desde 2005 e reafirmada em 2017, aprova e regula os critérios gerais de ensino dos cursos da área de saúde. É a base das diretrizes curriculares das unidades formadoras em saúde. Determina-se que o aprendizado tenha as seguintes perspectivas:

1. A atenção em saúde deve se basear nas necessidades reais e sociais da população;
2. Os projetos políticos pedagógicos devem estar coerentes com a formação de profissionais éticos e que possam atuar na resolução dos problemas de saúde nos aspectos individuais e coletivos envolvidos;
3. Os cursos devem pautar suas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN-2014) na efetivação da política de formação em serviço, tomando-a como eixo principal da educação permanente, na defesa da vida no SUS.

Dentre as principais ações para mudança das diretrizes curriculares, destacam-se:

1. Inserção dos estudantes nos cenários do SUS, desde o início da formação na integração entre educação e trabalho.
2. Ampliação da rede de atenção para integrar uma rede de ensino-aprendizagem, na formação em serviço.
3. Diversificação dos cenários de prática, dando ênfase ao trabalho em equipe multiprofissional.
4. Responsabilização das Instituições de Ensino Superior (IES) e gestão de saúde pública para integração e concretização dos itens anteriores.
5. Participação dos gestores de saúde nas instâncias decisórias das IES.
6. Participação ativa da comunidade em instâncias de controle social em saúde.
7. Valorização destas diretrizes, com carga horária em atividades práticas e de extensão.
8. Articulação entre ensino, pesquisa e extensão, na prestação de serviços em saúde, no sentido de aumentar a capacidade de resolver os problemas de saúde, para um melhor desenvolvimento nas ações de saúde regionais.

Em sintonia com a resolução do CNS, que delibera sobre as DCN, a utilização da estratégia de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) tem incentivado uma atuação mais participativa dos usuários no seu próprio tratamento, ao mesmo tempo em que tem permitido intervir na formação médica, pela inclusão de acadêmicos de medicina como pesquisadores deste processo. Neste sentido, a formação dos pesquisadores passa a ser interpelada pela construção de uma dupla noção de participação no processo de formação e no cuidado em saúde. O debate com os usuários, através do guia GAM, possibilita a produção de um saber desta experiência, ao utilizar a estratégia de cogestão no uso de remédios psiquiátricos. Entendemos que o cuidado e conhecimento em saúde, pelo seu viés participativo, tem permitido a produção de conhecimento dos alunos de medicina com os usuários e trabalhadores do ambulatório de Pendotiba, numa articulação com o que é produzido no hospital escola (HUAP), local onde, em geral, se faz o internato e as aulas práticas da faculdade de medicina da UFF.

Nesta forma de produção de cuidado e de conhecimento em saúde, os usuários não foram tomados apenas como objetos, pré-formados, a serem identificados nos serviços de saúde. Nos encontros com os alunos, não tivemos a intenção de identificar um

esquizofrênico ou outros tipos de transtornos mentais, mas trabalhamos a história da produção deste tipo de conhecimento que culmina na capacidade de produzir um diagnóstico em medicina, na especialidade de psiquiatria. Em relação especificamente à formação médica, além de ampliar a percepção dos acadêmicos/pesquisadores sobre as diferentes dimensões do cuidado, no território do usuário, e os riscos inerentes à medicalização psiquiátrica, possibilitou-se questionar o papel da formação no processo de medicalização da vida dos usuários envolvidos.

No Brasil, em sintonia com o que se pensava para as mudanças das práticas de assistência pela reforma sanitária, a reforma psiquiátrica instituía a necessidade de transformar o tratamento dos usuários pela implementação de um modelo de tratamento substitutivo baseado no território. Em que pese os inegáveis avanços, com novos arranjos em saúde mental, muitos são os desafios a serem enfrentados, no que diz respeito a uma efetiva mudança nas práticas de atenção. Um deles concerne à primazia do tratamento farmacológico no conjunto de ações dos profissionais de saúde mental, a tal ponto que muitas vezes o tratamento em saúde mental reduz-se apenas aos psicotrópicos, o que definimos por medicamentação (CALIMAN, PASSOS, MACHADO, 2016).

A medicalização da vida se desenvolveu, progressivamente, dentro do contexto capitalista de comercialização da saúde como bem de consumo individual. Em relação à psiquiatria, os modos de vida foram sendo definidos como doenças e transtornos mentais. Neste contexto, problemas não médicos tornam-se “diagnosticáveis” e “tratáveis” pelo saber da psiquiatria. Identificamos que quando se aumenta a série de condições a serem diagnosticáveis, dentro da jurisdição médica, também cresce a quantidade de psicofármacos aprovados para intervir nos transtornos mentais. A evolução científica estaria, assim, associada a uma maior possibilidade de identificação de diversas formas de vida, em sintomas psicopatológicos. O que nos chama a atenção é ser, justamente, a indústria farmacêutica quem financia grande parte das pesquisas, e eventos educativos na área, consolidando-se como uma das indústrias mais lucrativas no mundo, influenciando também a produção científica (WHITAKER, 2017).

Na saúde mental brasileira, o risco de medicamentação se mantém como prática não reformada dentro dos serviços de saúde, mesmo daqueles com referencial nos modelos substitutivos. Muitas ações propostas que intencionavam garantir a reinserção social, evitando-se as internações psiquiátricas prolongadas e repetitivas, acabaram reproduzindo a prescrição de psicotrópicos por tempo indeterminado e dentro do projeto terapêutico dos usuários. Na intenção de intervir na medicamentação, as iniciativas de

utilizar a GAM têm buscado uma maior participação dos usuários, junto aos trabalhadores, nas decisões relacionadas ao seu tratamento e aos direitos humanos. A participação dos usuários nas decisões acerca do tratamento restringe-se, muitas vezes, ao mero relato de seus sintomas, produzindo baixo gradiente de autonomia aos usuários dos serviços, na relação com seu tratamento. Mantendo-se a centralização das decisões nos profissionais de saúde, os usuários permanecem mais vulneráveis à economia de mercado e ao complexo médico-hospitalar responsáveis pela medicalização.

A GAM é uma estratégia de intervenção criada com o objetivo de tentar garantir aos usuários efetiva participação nas decisões relativas aos seus tratamentos, ao proporcionar um espaço de diálogo entre todos os envolvidos no cuidado em saúde mental. A proposta é de facilitar o acesso a informações sobre seus tratamentos e ampliar sua capacidade de reivindicar seus direitos, refletindo sobre suas redes de apoio social e familiar, no seio do resgate da cidadania pela saúde mental. Conforme o princípio de que a decisão clínica, quanto ao melhor tratamento, se faz em uma composição entre os saberes do usuário e da equipe de referência, numa gestão compartilhada do cuidado, o exercício de cogestão engendra processos de autonomia. Entre os principais temas disparados pelo guia GAM estão os que permitem questionamentos sobre o modo de uso dos psicotrópicos e sua importância dentro de uma proposta de produção de autonomia (ONOCKO, et al, 2013).

Neste contexto, entendemos que a medicalização da vida, muitas vezes, produzida pela psiquiatria levava os profissionais de saúde a reduzirem as experiências dos usuários aos sintomas psíquicos, que, quando reunidos em síndromes e transtornos, rotulam as pessoas em diagnósticos psiquiátricos. Em sintonia com a estratégia de intervir na formação dos trabalhadores, para assim dar acesso à participação do usuário, investimos no enfrentamento do reducionismo da objetivação dos sujeitos, criando um diálogo entre a produção de conhecimento especialista na psiquiatria e o saber da experiência desta pesquisa, na graduação médica.

A criação de processos de autonomia, através da estratégia GAM, revela-se em sintonia com a formação em serviço. Podemos dizer que há um plano de construção comum, na produção de autonomia na formação e no ato de cuidado, entre a gestão da formação com os alunos e a construção do cuidado com os usuários. É neste sentido que a cogestão, intermediada pela estratégia GAM, pode induzir processos de autonomização: pela participação dos alunos na produção de conhecimento, junto aos usuários.

A proposta de produção de novos protagonismos da estratégia GAM, através da cogestão do uso de medicamentos psiquiátrico, está em sintonia com o sentido político da noção de participação da formação em serviço. Através da participação do aluno e do usuário, se propõe intervir na medicalização reproduzida pela formação médica e, como consequência, na problematização da redução do cuidado à prescrição medicamentosa. Em outras palavras, a participação dos usuários e dos alunos no grupo de intervenção Gam (GI-GAM) e, em seguida, exclusivamente com os alunos do grupo de pesquisa, nos permitiu problematizar a forma de prescrever em psiquiatria, atingindo a formação dos pesquisadores. No encontro do grupo de pesquisa (DIFOME), trabalhamos os efeitos da intervenção na produção de conhecimento em psiquiatria, mas não como uma transferência de saberes já constituídos.

A pesquisa com acadêmicos de medicina envolveu uma crítica à medicalização, reproduzida pelo modelo biomédico na formação, visando confrontar o modelo de transmissão de verdade científica e o de produção de conhecimento. Nas análises da experiência com os usuários, problematizamos o quanto a formação médica estaria envolvida na medicalização do cuidado. Nossa implicação com a pesquisa nos possibilitou pensarmos a criação de um *ethos* de produção de autonomia na formação, pelo viés político do sentido de participação. Este processo de pesquisa será desenvolvido no próximo capítulo.

Seguindo estas análises, o problema da formação não pôde mais ser entendido como a necessidade de se transmitir aos alunos uma espécie de medicina integral ou uma prática de boa medicina. Sem dúvida alguma, devemos investir numa formação que não fragmente o indivíduo e valorize outras formas de produção de conhecimento, incluindo as ciências da saúde (multidisciplinaridade) bem como outros campos de conhecimento humano (ciências humanas e sociais). Até esse ponto da tese, a principal relevância da intervenção estava na indução da participação do usuário no cuidado e do aluno, na produção de conhecimento. Contudo, este processo só foi possível porque os alunos se implicaram no cuidado com os usuários e trabalhadores no ambulatório, colhendo os frutos da intervenção sobre a própria formação. Na verdade, nem poderia ser diferente, pois, caso contrário, repetiria o que se quer transformar, reproduzindo um conhecimento à priori que seria passível apenas de ser transmitido ao aluno.

O problema da medicalização do cuidado não poderia ser enfrentado sem se entender sua relação com a formação em saúde. Um dos principais parceiros na discussão da formação é o Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde

(LAPPIS). Na coleção *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação em saúde* (PINHEIRO et al, 2006), encontramos uma discussão acerca do currículo de medicina da UFF, que aborda a maneira como o ensino formal da medicina se apoia num modelo de transmissão de conhecimento heteronômico - construído tanto na relação do professor com o aluno como do médico com seu paciente.

Vários autores nessa coletânea apontam este problema, afirmando a dificuldade encontrada nas instituições de formação em alterar o modo heteronômico de produção de saúde, presente tanto nas práticas de saúde quanto nos modelos de ensino como nas práticas de pesquisa. Estas análises nos tiraram de uma espécie de pretensão interventiva, ao nos alertar para a dificuldade de mudança do modelo tecno-assistencial hegemônico, ainda prevalente como principal influência no processo de formação. No caso específico das práticas de formação em serviço, os processos de mudança do modelo hegemônico são dificultados pelo conflito entre o que seria idealizado pela academia e a realidade encontrada na rede de saúde, isto é, a grande diferença entre o que é preconizado nos marcos lógicos do SUS, assim como por muitos professores engajados na autonomia do aluno e do usuário, e a realidade do trabalho na rede pública. Tal conflito traz como consequência na prática de ensino - baseada na transmissão de conteúdo - o risco da redução do encontro trabalhador/usuário da saúde à transmissão de conhecimento científico descontextualizado da prática de cuidado. Por vezes, os alunos, participantes desta pesquisa, se referiram a este processo na formação como sendo “esquizofrenizante”, pela contradição entre o que é ensinado teoricamente e a experiência na prática.

A problematização da formação médica está em sua relação com o fenômeno da medicalização, ainda pouco questionado durante a formação em saúde, principalmente na transmissão preponderante do modelo científico biomédico, mas não restritivo ao campo da psiquiatria. O modelo de conhecimento biomédico atravessa todo o campo da formação em saúde, tanto nas ciências da saúde como nas ciências humanas, e não uma técnica especialista, restrita ao encontro do médico com o paciente (FOUCAULT, 2011).

Na tentativa de intervir na formação em saúde, na mudança do modelo de formação, as propostas de mudança do currículo em medicina pregavam a integração docente-assistencial e ensino-serviço-comunidade, numa tentativa de articular as instituições de ensino aos serviços de saúde. O esforço se concentrava, principalmente, na formação de profissionais adequados às necessidades da população, mas, em

contrapartida, também capazes de produzir conhecimento, a partir deste encontro (docentes, profissionais e população). Todo esse empenho era na esperança de que se pudesse atingir o cuidado e, assim, se incluísse os usuários e alunos no controle social da produção e na formação em saúde (PONTES, SILVA Jr., PINHEIRO, 2006). No entanto, a execução destas propostas segue enfrentando diversos desafios, que entravam sua efetiva implementação:

- O paradigma biomédico, impedindo operacionalidade da proposta de integralidade do cuidado em saúde.
- A universidade que, majoritariamente, opera a partir de saberes hierárquicos leva seu conhecimento e o aplica ao território, sem considerar o protagonismo dos serviços de saúde, com seus trabalhadores e usuários.
- A instituição dos usuários como objetos de estudo, sem implicação daqueles com as questões de produção de conhecimento, o que obstrui a produção de soluções construídas em conjunto.
- O modelo hegemônico de produção de assistência e de ensino, centrado no professor e/ou médico e no hospital clínico e/ou universitário. E mesmo quando a formação se faz na rede comunitária de saúde, o problema se repete, já que seus profissionais também integram essa mesma sistemática de formação individualizada e desarticulada dos problemas trazidos pelos usuários.

Na tentativa de enfrentar e modificar a relação da formação com a reprodução da hegemonia do conhecimento biomédico e da heteronomia do profissional médico com os pacientes, foram propostas mudanças das diretrizes curriculares para a formação. As Diretrizes Curriculares Nacionais para a área da saúde, aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação entre 2001 e 2004, apontavam para a necessidade de mudança deste modelo hegemônico (biomédico-centrado), na formação dos profissionais de saúde. Na formação em medicina, se preconizava a necessidade de inversão do modelo biomédico na formação, no sentido de capacitar os alunos à promoção da saúde integral do usuário, no entendimento do processo saúde-doença (não apenas como ausência de doença). Outro

ponto levantado foi o da importância da responsabilidade social nesse processo, habilitando o aluno para construir intervenções em saúde que contemplassem os princípios éticos ligados aos direitos humanos.

As questões colocadas revelam que as novas diretrizes para formação em medicina procuraram intervir na maneira como os profissionais atuavam: de forma fragmentada, abusando de tecnologias, como exames complementares, bem como pouca eficácia nas intervenções – reduzidas a procedimentos e prescrições de medicamentos, e ainda com pequena implicação nos projetos terapêuticos dos usuários. O que nos permite refletir na necessidade de aumentar a participação do usuário no processo de cuidado, ao incluí-lo como “medida do trabalho em saúde”, pela inversão do modelo hegemônico em usuário-centrado (PONTES, SILVA Jr., PINHEIRO, 2006, p. 256). Outra inversão necessária, para a transformação da formação, era a de criar mecanismos de superação da hierarquia hospitalar no cuidado e na própria formação em saúde.

A gravidade do problema se revela no entendimento que o hospital estaria mais aparelhado, pois conteria os profissionais especializados para produzir a melhor intervenção, além de possuir o maior arsenal diagnóstico e terapêutico do complexo médico-industrial. No outro ponto, a rede composta por serviços como ambulatórios e policlínicas, ou postos de saúde da família e de atenção básica, apenas ofereceria cuidados mais simples, entendidos como menos eficazes. Os próprios alunos de medicina da UFF defenderam, inicialmente, que, para ter uma boa formação, seria mais importante a passagem pelo hospital universitário do que pela rede de serviços comunitários. Logo no início do percurso de sua formação, acabavam entendendo o ensino como uma “passagem”, num rodízio por especialidades. O universo do aprendizado ser o universo do usuário, em suas demandas e necessidades no seu território, assim desfalecia, num conjunto de aparelhos diagnósticos e no atendimento de quadros clínicos raros internados no hospital-escola.

De outra maneira, nesta pesquisa, em sintonia com a formação em serviço, na qual o aluno deve estar em contato com a prática de cuidado em ato e no território do usuário, propõe-se revigorar a formação pelo viés de sua participação no cuidado. Neste sentido, o aluno, além ser objeto de um modelo de ensino baseado em protocolos e procedimentos, expresso na centralidade de diagnósticos e equipamentos para exames complementares, pode ter acesso a tecnologias relacionais de “trabalho vivo em ato” (MERHY, 2002). As tecnologias, envolvidas no trabalho vivo, se produzem nos encontros com os usuários, quando não reduzidas ao diagnóstico e ao tratamento ou centradas, apenas, no saber

biomédico. O ato clínico em saúde se dá em meio à existência dos envolvidos, no encontro entre os trabalhadores e os usuários com alunos em formação, num ato intercessor entre o cuidado e a formação em serviço (DELEUZE, 2000). Deste encontro emerge uma abertura à exploração de novas subjetivações e a possibilidades de reinvenções do cuidado em saúde. Oferece condições para que o aluno possa construir outra forma de conhecimento, junto ao trabalho vivo em ato, não restringindo o aprendizado à incorporação de uma tecnologia pré-concebida. Podemos dizer que o conhecimento é vivo quando, disparado neste encontro entre a formação e o cuidado, emerge da relação entre os alunos e trabalhadores no ato de cuidado. E o trabalho em saúde só é vivo se possibilitar a criação de outros modos de existir, o que necessita da produção de conhecimento em ato, sempre gerados na realidade dos serviços de saúde com os usuários.

2.3- A mudança na formação médica e a transformação da assistência

Neste momento, nos debruçaremos sobre os aspectos que consideramos mais relevantes, dentre as tentativas de transformar a formação médica. Destacam-se os movimentos sintonizados com a política de Educação Permanente, em especial a estratégia de formação em serviço. Estes movimentos se articulam com o objetivo da pesquisa de intervir na formação do grupo de alunos, que passou a atuar como pesquisadores do processo de formação, após a implementação do grupo com usuários e trabalhadores, num ambulatório da rede municipal de saúde de Niterói, em Pendotiba.

Além dos debates sobre a intervenção no Ambulatório de Saúde Mental Pendotiba, onde se discutia como o dispositivo de cuidado no ambulatório poderia transformar o processo de trabalho, percebemos que criávamos um dispositivo de formação, pela implicação dos alunos de medicina da UFF, na pesquisa. Naquele momento, quando pensávamos como a construção de autonomia com trabalhadores e usuários, através da GAM, poderia afetar a formação, nos aproximávamos progressivamente da estratégia de formação em serviço. O principal marco histórico desta intervenção na formação deu-se através da “Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para Educação Permanente em Saúde” (MS, 2003).

Esta política indutora da formação se estruturou a partir da criação do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DGES). O Ministério da Saúde, como gestor federal do Sistema Único de Saúde, passava a se apropriar da ordenação da

formação dos trabalhadores da saúde. Desta forma, através do Decreto 8.065/2013 de 07/08/2013 (BRASIL, 2013), pautava-se a aproximação entre Educação e Trabalho em Saúde. E, assim, o DGES tornou-se o responsável pela formulação de políticas relativas à formação e ao desenvolvimento dos trabalhadores, em todos os níveis de escolaridade, criando encontros entre os processos formativos e as práticas de atenção. Além de induzir a articulação ensino e serviço, motivou maior participação do profissional de saúde, dos alunos e dos usuários, na produção de autonomia, por meio do processo de trabalho e formação em saúde. Tomou-se como base que a transformação da formação profissional seria a principal estratégia para atingir as práticas de assistência, gerando formas mais ampliadas de cuidado, por um mecanismo de retroalimentação desenvolvido entre formação e cuidado integral (MS, 2003).

A política de educação permanente se instituiu pela aproximação da formação com a gestão do processo de produção de saúde. Um dos pontos desta estratégia de formação pautava que a produção de conhecimento deveria ser voltada para o interesse dos serviços e dos usuários. Para tanto, as pesquisas, sobre as tecnologias de cuidado passariam a ter que incluir, na produção de conhecimento em saúde, os trabalhadores e usuários. Tomou-os como sujeitos e não apenas como objetos de investigação. Portanto, a maior participação de todos os atores interessados na saúde, identificada como uma forma de exercício de cidadania, passa a ser a estratégia fundamental para se intervir nas práticas de ensino e de atenção, até atingir-se níveis de gestão política de governo. O esforço se direcionava para o desafio de propiciar maior controle social do sistema, aos próprios usuários e trabalhadores, pelo viés político da participação.

Os preconizadores destas políticas de indução afirmam que é, prioritariamente, intervindo na formação em saúde que se consegue atingir as práticas, nos serviços, ou os processos de trabalho, no território. Inspirados na política de formação em serviço, nós propusemos uma intervenção no modelo de ensino, junto ao de produção de cuidado.

Segundo as diretrizes propostas pela educação permanente, todas as iniciativas devem constituir-se por um “eixo transformador”. Mas, para enfrentar tamanho desafio, se impõe introduzir estratégias perenes de mudança, na tentativa de atingir os modelos hegemônicos de formação, junto ao próprio ato de cuidado em saúde. A crítica dos elaboradores da política e dos professores universitários foi que as iniciativas estimularam mudanças muito limitadas, que pouco atingiam os próprios serviços de saúde. Por não envolver trabalhadores, professores e alunos na problematização dos processos de trabalho, o movimento não provocou as mudanças preconizadas nos modos de

transmissão e produção de conhecimento, porque não incluiu o saber produzido pela própria intervenção (MS, 2003).

Um dos principais motivos deveu-se à pequena capacidade em impactar as instituições formadoras das ações de formação em serviço, no sentido de que a intervenção se fazia de forma fragmentada. Além disso, não atingia a formação de muitos professores, principalmente aqueles que resistiam a estas propostas de mudança. As várias tentativas, como do Promed, foram significativas apenas para alguns alunos e professores de medicina, mas não conseguiu trazer o saber da experiência para reestruturação do modelo de transmissão ou de produção de conhecimento, em sua relação com o ensino e a pesquisa. O que se percebeu, ao longo destas iniciativas, foi a grande dificuldade no desenvolvimento da atenção integral, de inclusão do eixo estruturante do cuidado na formação médica. A mudança na formação em saúde deve ser compreendida como estratégia fundamental, se o objetivo for conseguir o fortalecimento da participação popular, a fim de que se possa atingir o controle social do sistema, como preconizado pela política de indução (MS,2003).

Como aprender a cuidar e produzir conhecimento, de forma participativa? Aprender como cuidar, em saúde, não significa acumular conhecimento técnico, como Paulo Freire (2017) definiu por uma “educação bancária”. Segundo suas análises, a aprendizagem é um processo de produzir sentido e deve ser significativa para todos os envolvidos. No ensino/aprendizagem, principalmente em saúde, tanto os alunos como os professores, mas também profissionais e pacientes, precisam estar atentos ao significado e à relevância da noção de participação. Na produção de saúde, ou para o cuidado das necessidades individuais e coletivas, necessita-se da participação de todos os atores, em sua construção, numa construção coletiva de sentido.

Justamente por este motivo, a lógica participativa torna-se necessária à efetividade da política de educação permanente, pois impõe, na formação, um confronto com a centralidade do hospital e a hierarquia do saber biomédico na produção de conhecimento em saúde. A hierarquia do conhecimento germinada no hospital e nas unidades formadoras, se reproduz na formação de especialistas na graduação em medicina. Tal fato vai manter o modelo assistencial hegemônico responsável pela medicalização do processo de cuidado.

Em contrapartida, se a educação médica induzisse os alunos à produção de conhecimento em ato, no processo de formação, aumentariam as possibilidades de os alunos saírem da passividade de absorção de conteúdo especialista, em direção a uma

atitude mais crítica da realidade de saúde da população. Caso, durante a formação, não seja construída uma atitude investigativa e participativa, tornam-se maiores as chances de que os problemas trazidos pelos usuários entrem em choque com a oferta oferecida pelos modelos heteronômico da assistência e bancário da produção de conhecimento. A atitude, referente à heteronomia da formação médica, tem levado a graves consequências, tanto pelo conflito com os usuários, que se negam a seguir as prescrições dos profissionais, quanto pela dependência aos profissionais de saúde e aos medicamentos prescritos, em psiquiatria. A proposta de produção de conhecimento em ato, numa atitude de construção de autonomia, possibilita desvelar, não uma verdade, ou uma realidade a ser apenas constatada (diagnóstico) e combatida (tratamento), e sim um processo de produção de si (subjetivação) e do mundo (objetivação). A construção de conhecimentos objetivos, sobre o adoecer e as maneiras de lidar com os problemas reais, trazidos pelos usuários, não estão separados dos processos de subjetivação das pessoas envolvidas (alunos, professores, usuários ou trabalhadores).

Para enfrentar as dicotomias presentes no modo de lidar com a educação em saúde, a diretriz constitucional da educação permanente apregoa a integralidade no ato de cuidado, na superação dos limites da formação e das práticas tradicionais de assistência, ainda centradas na atualização técnica, no aparato médico-industrial e no modelo biomédico. A formação, além do conhecimento de tecnologias baseadas na eliminação de doenças, envolve a noção de clínica ampliada (CAMPOS, 2003). A dimensão ampliada da clínica se constrói devido ao vínculo com a cogestão do tratamento, na corresponsabilização dos sujeitos envolvidos com a própria vida.

Duas são as propostas de investimento: a) na relação entre trabalhador e usuário; b) na formação do pesquisador da graduação em medicina, na condução conjunta do projeto terapêutico e do projeto pedagógico recomendado pelo SUS. Estas propostas se realizam em sintonia com as propostas da clínica ampliada da saúde mental e da formação em serviço da educação permanente. O desafio é criar condições de aumentar o gradiente de autonomia na forma de se conduzir na formação e no cuidado em saúde.

Canghilhem (2017) nos revela que a capacidade de transformar as maneiras de se conduzir a vida faz emergir novas formas de existência ou uma normatividade, e não uma normalidade preconcebida ou a ser resgatada. E Foucault (1998), seguindo pelos modos de subjetivação, sugere a criação estética da existência, no cuidado de si, ao problematizar como as pessoas são levadas a buscar auxílio de um mentor para se conduzirem na vida ou deixarem ser conduzidas por outro. Evidentemente, tal clínica

ampliada na formação em serviço (que pretende implicar alunos e usuários na proposta de cogestão da produção em saúde) não pode articular somente conhecimentos técnicos ou biomédicos. Ela necessita incluir os aspectos subjetivos envolvidos na condução do cuidado e do processo de produção de conhecimento em saúde.

Na forma de produção de saúde, referente ao trabalho vivo e de conhecimento em ato, a realidade do processo de adoecimento/saúde requer um trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar, visto que o conhecimento envolve as ciências humanas, na arte de relacionar-se com o outro ou de se formar para o cuidado de si e do outro. Na formação do profissional de saúde são fundamentais aspectos que englobam a subjetividade dos atores envolvidos, as habilidades específicas e maior conhecimento de seu papel, no SUS. O investimento, na formação em serviço dos profissionais e dos alunos, visa a uma atenção de qualidade que produza maior resolutividade nas ações em saúde. Justamente pelo fortalecimento de processos de autonomia, através de maior participação dos usuários e dos pesquisadores da formação, gerando protagonismos distribuídos na gestão do cuidado. (MS, 2003).

No caso específico da formação do profissional de medicina, identificamos maior dificuldade de vir a trabalhar em equipe multiprofissional, numa construção coletiva de cuidado, ou mesmo na integração de ciências que não seriam pautadas no modelo biomédico, e rechaçando o saber construído por outros profissionais da equipe. Particularmente por isso, a maioria dos médicos, acaba buscando especializações baseadas em partes do corpo, evitando atuar em medicina de família, na atenção básica ou mesmo em serviços de saúde territoriais, como, por exemplo, na reabilitação psicossocial ou na saúde indígena.

Entendemos nossa pesquisa como uma intervenção na formação, inspirada pela estratégia de educação permanente, destacando sua proposta de participação, no sentido de produção de autonomia de forma mais coletiva. Quando investimos na cogestão do cuidado, no manejo do grupo com os usuários e trabalhadores de saúde mental, buscamos integrar práticas de cuidado com as de produção de conhecimento e almejamos induzir outros modos de subjetivação. Há a tentativa de valorizar o saber que emerge da experiência, junto a um serviço de saúde mental ambulatorial, o que, ao mesmo tempo, nos implicava com o processo de nossa própria formação. A formação em serviço se produzia junto da prática de cuidado em saúde mental, pois se dava entre a pesquisa na formação e a atenção em saúde. Nossa aposta na cogestão era a de, ao construir de forma mais coletiva o tratamento psiquiátrico, induzir processos de autonomia com os

participantes no ambulatório (GI-GAM) e com os pesquisadores da graduação (DIFOME). Mas estes aspectos serão desenvolvidos no próximo capítulo.

O aspecto que vamos agora abordar é relativo às políticas indutoras, propostas pelo DGES. E se refere ao incentivo a mudanças curriculares, nos cursos de medicina. Desde a década de 1950, vem aumentando o consenso de ser fundamental a mudança do modelo de formação em saúde, dando-se destaque à formação médica. É importante valorizar a formação de um médico generalista, que possa integrar as ações de promoção e prevenção às de recuperação e reabilitação. Além destes atributos, as ações de formação devem realçar a atenção básica e os determinantes sociais, envolvidos no processo de saúde e doença. Desde 2001, as novas diretrizes curriculares, por meio da CNS/CES número 4, propõem a integração docente assistencial e a inserção precoce do aluno de medicina, em serviços de saúde da rede pública, de preferência, as que possibilitem fazê-los experimentar a realidade prática dos serviços da rede municipal de saúde pública (MARCH et al., 2006).

Muito frequentemente, o que se observa nas reformas curriculares é a inclusão de novas disciplinas ou incorporação de novas técnicas pedagógicas. O que pouco tem afetado o modelo de ensino baseado na transferência de conteúdo, separando-se teoria e prática, fragmentando as disciplinas em especialidades médicas. Além disto, nas atividades práticas, os alunos acabam se portando como espectadores da assistência, apenas praticada pelos professores no hospital escola, ou preceptores na rede de saúde, nos estágios e, também, no período de internato, nos últimos períodos da graduação. Segundo seus elaboradores, estas mudanças se concretizaram como resposta ao distanciamento entre os ciclos básico e profissional, numa tentativa de integração da teoria com a prática e de antecipação do contato do aluno com a realidade dos serviços de saúde da rede pública. Na nova estruturação curricular da medicina na UFF, são identificados quatro eixos organizados em programas: a) prático-conceitual (no qual se incluem as disciplinas de trabalho de campo supervisionado - TCS); b) programa teórico-demonstrativo (com disciplinas de ações integrais: do adulto, da mulher, do idoso e da criança); c) o regime de Internato (expandido para o período de dois anos); d) a iniciação científica, ao longo de todo curso de graduação (MARCH, et al., 2006). No caso específico da UFF, a proposta de mudança se fez, com maior eficácia, na proposta de disciplinas de Trabalho de Campo Supervisionado (TCS) e na iniciação científica, concretizando, de forma mais efetiva, a integração do ensino com o serviço de saúde regional.

Nosso objetivo, ao trazer as propostas de mudança na formação em medicina na UFF, é construir um diálogo com algumas delas, ou seja, pensar a relação entre o modelo de formação praticado na faculdade de medicina, inspirado pela formação em serviço, e a experiência desta pesquisa-intervenção, inspirada na GAM. Valorizamos os saberes produzidos no serviço de saúde e as construções dos pesquisadores da graduação, integrando-os na produção de conhecimento oriundo desta experiência. A sintonia entre nossa pesquisa e a estratégia de formação em serviço revela-se no encontro do cuidado, em ato, com a produção de conhecimento realizado pela pesquisa. É neste sentido que a inovação sugerida pelas disciplinas de TCS apresenta muitas características em comum com nossa pesquisa. As mudanças curriculares produzidas na faculdade de medicina estão relacionadas à nossa experiência junto aos alunos da iniciação científica, vinculados à pesquisa deste doutorado. Dentre as mudanças, destacam-se a diversificação dos cenários de aprendizado - muitas vezes centrados no hospital universitário e na hegemonia do conhecimento biomédico - e a construção de uma abordagem mais ampla do processo saúde-doença, através do cuidado em saúde mental. Nossa estratégia foi a de valorizar os saberes produzidos pelos alunos, junto aos usuários e trabalhadores da saúde, na perspectiva de trazer seus “olhares”, ou suas análises, como pesquisadores de sua formação.

A convergência entre as propostas das disciplinas de TCS e esta pesquisa pode ser descrita por uma atitude ou um modo de refletir sobre o modelo de transmissão e de produção de conhecimento sobre a formação, na criação de processos de autonomia. Entendemos por autonomia um processo coletivo que possibilita que o saber produzido pelos usuários e trabalhadores seja construído junto à formação dos pesquisadores de medicina. A autonomia, como produção coletiva, não se refere à autonomia profissional, ou apenas à liberdade de escolha dos usuários em relação ao tratamento, mas a uma pactuação entre a cogestão do tratamento na GAM e a formação dos pesquisadores da graduação.

Como o processo de produção de autonomia, junto aos usuários e trabalhadores no ambulatório, efeito desta pesquisa-intervenção-participativa, impactou o processo de formação?

Entendemos que, nesta outra forma de lidar com a formação, criam-se mais possibilidades de os pesquisadores atuarem - em sintonia com as diretrizes do SUS, com a estratégia de formação em serviço e com a GAM - no cuidado em saúde, como forma de produção de conhecimento em ato. Busca-se, assim, construir condições de gerar

processos coletivos de autonomização. A produção de autonomia, nas práticas de cuidado no trabalho vivo, envolve a problematização do processo de trabalho. No caso desta pesquisa, percebeu-se que o saber psiquiátrico tendia a classificar o sofrimento humano em síndromes e diagnósticos individualizados e a consequente a reduzir o tratamento à prescrição de psicotrópicos. Para intervir neste processo, foi necessária uma estratégia de transformação da formação em saúde, através do modelo de transmissão de conhecimento como uma verdade já consumada, baseada no saber biomédico. Se foi compreendida a sintonia da GAM com a formação em serviço, na problematização do processo de trabalho e construção de conhecimento, podemos então afirmar que a produção de autonomia é um efeito da construção de conhecimento e cuidado em ato.

Seguindo este raciocínio, investimos na produção de conhecimento em ato, junto ao trabalho vivo, no cuidado em saúde. Contudo, apenas no final deste percurso no ambulatório, no final de 2018, nos demos conta de que a distinção entre cuidado e produção de conhecimento não impossibilitava sua produção conjunta. Na tentativa de produção de autonomia como processo coletivo, a cogestão do cuidado com os usuários e trabalhadores no serviço (GI-GAM) se dava junto à gestão da formação com pesquisadores da graduação (DIFOME). Desta relação, entre os dois grupos, emergia um plano facilitador ou geracional de processos de autonomização. Pois, quando refletíamos sobre a interrelação da produção de saúde com a política de formação em serviço, se intensificava a participação de todos numa “cadeia de cuidado progressivo” (MS, 2003, p. 5).

A progressão na cadeia de cuidado se refere à articulação entre atenção (práticas de cuidado ou clínica ampliada), formação (tomada como processo de produção e não apenas atualização de conhecimento especialista), gestão (aumento a capacidade dos serviços de alçarem a instância das políticas de governo) e controle social (participação dos usuários, nas esferas de planejamento e execução política). Este conjunto de ações, somente quando articuladas, permite o enfrentamento dos problemas concretos dos trabalhadores, no território dos usuários, bem como da formação dos futuros profissionais da saúde. Quando os profissionais, professores e alunos ficam apenas fechados em práticas repetitivas de assistência, ou numa educação bancária, seja nos hospitais, nas universidades ou nos serviços da rede de saúde, dificilmente se constroem condições para problematizar o processo de trabalho necessário à formação. Desta maneira, diminuem-se as possibilidades de uma reflexão crítica do adoecimento e, conseqüentemente, impedindo a construção coletiva do cuidado. Da mesma forma, a produção de uma clínica ampliada,

que tenha como principal alvo a autonomia do usuário, exige um trabalho em equipe multiprofissional e a valorização do saber de todos os participantes, sem que se esqueça do saber produzido junto aos usuários. Sendo assim, torna-se necessário uma ação articulada entre todos os atores: professores, alunos, trabalhadores e usuários, para o desenvolvimento de estratégias para lidar com as reais necessidades dos usuários e, ao mesmo tempo, intervir no modelo de formação, para se atingir este objetivo.

Todo este trabalho de mudança na formação em saúde foi estrategicamente pensado com a cooperação técnica de várias Universidades, inclusive da faculdade de medicina da UFF (MARCH et. al., 2006). No entanto, mesmo com a adoção de metodologias ativas de ensino e a integração teórico-prática, refletindo sobre os processos de trabalho e da importância de uma formação crítica, como previsto nas diretrizes curriculares e a NOB-RH/SUS, os alunos continuavam passando pela fragmentação do aprendizado, como se pode identificar nas disciplinas repartidas em especialidades no currículo. Esta dicotomia dentro da grade curricular mantém dois modelos de aprendizado, sendo que um deles baseado na transmissão de conteúdo, no qual se reproduzem os especialismos e, no efeito consequente, a medicalização dos problemas de saúde da população. A grande pressão sobre os alunos de serem especialistas, em fragmentos do corpo e em exames complexos de imagem, induz a um enclausuramento intelectual e prático, que não dialoga com outras formações em saúde e na construção de conhecimento mais participativo. A dependência extremamente acentuada de tecnologias relacionadas a máquinas, exames e conhecimento biomédico tem levado à busca de assistência médica cada vez mais individualizada. Não se entende, assim, como outros fatores: ambientais, sociais, econômicos e psicológicos estariam envolvidos no adoecer da população e nas estratégias de recuperação bem como de promoção de saúde.

Na tentativa de contribuir na formação dos alunos da UFF pelo viés da problematização do processo de trabalho e da medicalização reproduzida na formação em medicina, optamos por construir um diálogo através da iniciação científica. Imbuídos deste objetivo, propusemos três projetos PIBIC, em parceria entre a faculdade de psicologia e medicina da UFF, e uma disciplina de iniciação científica na faculdade de medicina, o que vamos abordar no próximo capítulo.

2.4- História do Hospital na Formação Médica

Qual seria o motivo de utilizar a estratégia GAM na graduação e não, preferencialmente, na formação do especialista em psiquiatria? Se a GAM se constrói em espaços abertos, por que investigar o hospital psiquiátrico?

Pensamos que, ao entender a história da disciplina de psiquiatria, dentro da formação médica, poderemos problematizar como se transmite o modo heteronômico de saber, reproduzindo especialismos, que tem como efeito a medicalização do cuidado. Precisamos analisar o processo de transferência de conteúdo e da técnica, ou do seu modo de saber fazer, reproduzindo especialismos, através da formação na graduação. Em sala de aula, na disciplina de psiquiatria durante a formação, o exame psíquico é o nome dado à técnica de apreensão do transtorno mental. Em seguida, após compreender o método de relacionar os sintomas psicopatológicos ao diagnóstico de um transtorno mental, o professor leva seus alunos para ver um doente mental ao hospital escola ou à rede de saúde. No caso dos alunos da faculdade de medicina da UFF, o hospital-escola é o Hospital Universitário Antônio Pedro. Entendemos que, neste momento, há transmissão de um modo de saber fazer que, no caso do saber psiquiátrico, se faz pela técnica do exame psiquiátrico ou psíquico. Não é simplesmente uma transmissão de conteúdo, mas também do modo de saber fazer, eminentemente técnico e, portanto, especialista. Muitas vezes, o aluno é levado ao Hospital Psiquiátrico de Jurujuba e é apresentado, pela primeira vez, ao doente mental, no campo de ensino prático. Não queremos dizer que o Hospital Psiquiátrico e Universitário são os únicos espaços onde se faz a transmissão, mas sua lógica de funcionamento, ou modo de saber fazer, marca a formação. Durante a formação, os alunos são levados a acreditar que, no hospital, estariam os casos mais graves. Lá se encontrariam os recursos mais complexos de diagnóstico e de intervenção terapêutica, como também os especialistas que “sabem fazer”, ou seja, identificar no doente seu transtorno mental.

Foucault questiona se haveria outro modo de relação com a verdade da loucura “em formas que não são as da relação com o conhecimento” (FOUCAULT, 2006, p.456), pois a medicina incluía, em sua proposta de intervenção social, a medicalização da loucura. Inicialmente, separa-se da vida social, através do procedimento de internação hospitalar, aquele que seria seu portador. A metodologia foucaultiana de quebrar monumentos ou os objetos naturalizados, visando sua decomposição, nos orienta para

pensar a transição do conhecimento produzido da alienação à doença mental, no Rio de Janeiro, na passagem do século XIX para o XX.

A metodologia histórica faz emergir os processos de produção (ou as condições de possibilidade) de determinado saber. Interessa por enquanto, entender a transformação que permitiu a primeira “decolagem” da medicalização da loucura, através do impulso hospitalar, no momento em que sua função transita do lugar da morte ao do ensino da medicina. O Hospital do século XVIII, na Europa, não era uma instituição de tratamento, e muito menos de transmissão de conhecimento, mas de assistência aos pobres à espera da morte (FOUCAULT, 2011). A transição de estabelecimento de espera da morte à de instituição de ensino e tratamento da doença vai nos permitir entender como se articula o ensino da medicina ao dispositivo de medicalização na formação médica no Rio de Janeiro.

Entende-se o trabalho de decompor os objetos estabelecidos como naturais – como a doença mental e o transtorno mental – pelo ato de investigar a construção histórica da ciência moderna. Para tanto, propomos focar no Hospício Nacional de Alienados e no papel da faculdade de medicina, na graduação dos médicos no Brasil. Queremos destacar a relação entre o Hospício e a produção de conhecimento no momento da formação, em especial, o momento de transmissão do processo de medicalização da loucura, na graduação médica, focando em duas transições históricas da medicalização da loucura.

A expressão “decolagem” da medicina se refere ao desbloqueio epistemológico e técnico da medicina, no sentido de ser autorizada, e aceita, como prática social ou uma “decolagem” sanitária moderna, que ocorreu no século XVIII, na Europa (FOUCAULT, 2011). No Brasil, um processo semelhante só pôde se efetivar na passagem do Império para a República (ENGEL, 2001). A decolagem se refere às condições de possibilidade de determinado saber médico que, além de atuar na relação do profissional com o paciente, adquire estatuto de prática social. Entendemos que justamente é este o caso da psiquiatria, neste momento de transição de regime político, que marca a História do saber sobre a loucura no Brasil. É quando vemos incidir o poder-saber na formação dos médicos, que atuarão em todos os campos da clínica, e não somente como especialista em psiquiatria.

A decolagem implica numa tentativa de se superar a dificuldade de dominar o objeto científico, inerente ao processo de produção de conhecimento, como se o saber psiquiátrico fosse uma aquisição linear e evolutiva de uma verdade a ser melhor constatada. E quando Foucault aborda a produção do saber psiquiátrico ele estava

refletindo sobre as condições de possibilidade de determinado tipo de conhecimento ser tomado como verdadeiro, e não de sua veracidade científica. Neste sentido é que utilizamos o termo decolagem técnica e epistemológica, assim respaldando uma prática na sociedade.

Em quais condições históricas e políticas se formam sujeitos de conhecimento, com estatuto social para proferirem verdades em diagnósticos tomados como verídicos?

A formação médica foi iniciada na Praia Vermelha, em 1893, onde hoje funciona o Instituto de Psiquiatria da UFRJ e o Instituto Pinel. Chama atenção um fato ocorrido em 1938: o Instituto de Psicopatologia e Assistência a Psicopatas foi transferido para a administração da Universidade do Brasil, hoje Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Esse instituto oferecia aulas de psiquiatria para a graduação em medicina, no Hospício Nacional de Alienados, desde 1890. O Instituto Philippe Pinel também fazia parte do mesmo nosocômio manicomial., O mais curioso é que estes dois institutos foram, e são ainda nestes dias, espaços privilegiados não só de formação de psiquiatras, mas também dos graduandos em medicina e em psicologia, em estágios e pesquisas no campo da saúde mental.

Nossa proposta aqui é, ao abordar esta parte do processo de produção histórica do conhecimento psiquiátrico, problematizar a construção do dispositivo de medicalização, nesta primeira decolagem do dispositivo de medicalização, utilizado pela psiquiatria científica, no Rio de Janeiro. Neste sentido, precisamos retornar ao momento, não tanto da data da construção do Hospício Pedro II, em 1852, mas quando este foi rebatizado pela República no Brasil, em Hospício Nacional de Alienados, ao se separar da administração da Santa Casa de Misericórdia, em 1890 (ENGEL, 2001). Devemos entender que as condições de possibilidade de primeira decolagem se referem ao momento político de instauração de república no Brasil e a produção do saber sobre a loucura, na transição de um conhecimento alienista para o da doença mental. Na Europa, a medicalização da loucura se inicia com o conhecimento alienista, um século antes do Brasil. Neste sentido, os alienistas no Rio de Janeiro não estavam importando o conhecimento construído por Philippe Pinel, no início do século XIX, e sim por Kraepelin, no final do mesmo século. Esta diferença histórica é fundamental para entender como, no Rio de Janeiro, o processo de medicalização, com quase um século de

atraso em relação à Europa, produz um salto epistemológico. Kraepelin realizou a homogeneização e catalogação do diagnóstico, não tanto da alienação, mas da doença mental. Parecia estar tão obstinado com a demência precoce que a buscava encontrar inclusive no Brasil, nos nossos índios. Há relatos de que teria solicitado a Juliano Moreira investigá-la em índios puros (VASCONCELOS, 1998).

Curiosamente, Machado de Assis, no conto *O Alienista*, descreve exatamente este momento político no Rio de Janeiro, com as artimanhas do saber psiquiátrico nele implicados. No conto publicado em 1881, encontramos a estória de um carioca que retorna da Europa, depois de se formar em medicina. O autor desenvolve toda uma trama em torno do personagem principal, Dr. Simão Bacamarte, destacando a maneira como se relaciona com a prática médica da loucura, na cidade de Itaguaí. Imbuído do “espírito científico” de investigação do “recanto psíquico” através do “exame da patologia cerebral” (MACHADO DE ASSIS, 1998, p.17), Dr. Bacamarte convence o governo local da importância de se abrir uma “casa de orates” naquela cidade.

O Alienista é elaborado no mesmo momento em que Kraepelin inicia a produção da primeira edição dos *Tratados de Psiquiatria* (de um total de oito editados, entre 1883 e 1913) que, por sua vez, ilustram a tentativa de pôr em ordem o campo das doenças mentais, para depois poder identificá-las, em escala internacional. Machado nos revela os efeitos do saber-poder da psiquiatria, no século XIX, na prática carioca. No final da mesma década em que o conto foi escrito, o antigo Hospício D. Pedro II transformou-se no Hospício Nacional de Alienados (CUNHA, 1990, p.95).

A produção histórica do conhecimento nos revela muito mais do que uma simples mudança de nome, pois ao mesmo tempo em que ocorre a passagem de regime político para a República, constitui-se a forma de internamento científico, típico da sociedade disciplinar. Bacamarte nos revela uma sintonia com o que estava acontecendo na Europa, na passagem de um saber alienista que tomava a loucura por uma forma de desrazão, para uma psiquiatria organicista que investiga a etiologia da patologia cerebral, numa forma de degeneração celular. Dr. Bacamarte revela uma compreensão da loucura semelhante à de Kraepelin, isto é, como um desvio degenerativo do cérebro. A inauguração do novo hospício, instituição de conhecimento da doença mental, em terra brasileira, estava inteiramente sintonizada com a proposta de Kraepelin. Um dos seus principais discípulos era o próprio Juliano Moreira, que passa a ser o diretor desse “novo” hospício, logo no início do século XX. Este momento do conto pode ser articulado ao momento de primeira

decolagem do dispositivo de medicalização, dentro do hospício. Dr. Bacamarte, em harmonia com o saber psiquiátrico moderno, sintonizado com o modelo da anatomia patológica, vai propor a internação como uma medida terapêutica de correção dos desvios à norma.

- O principal nesta minha obra da Casa Verde é estudar profundamente a loucura, os seus diversos graus, classificar lhes os casos, descobrir enfim a causa do fenômeno e o remédio universal. [...] Sem este asilo, continuou o alienista, pouco poderia fazer; ele dá-me, porém, muito maior campo para meus estudos (MACHADO DE ASSIS, 1998, p.20).

Chama atenção que, nesse “asilo”, se produzem práticas de investigação sobre a objetividade da doença mental, numa tentativa de corrigir os desvios individuais. Em espantosa antevisão, Machado já revelava como as práticas de Bacamarte se associam com as do “boticário”, na produção do “remédio universal”. Nesta psiquiatria, preocupada com o “exame da patologia cerebral”, se articulava outra prática: a da produção do remédio que deveria agir na causa ou no controle da doença mental. Numa associação com a forma como Foucault toma a história, extraindo dela seu movimento e não seus monumentos, podemos vislumbrar Simão Bacamarte como o personagem que encarna o modelo médico disciplinar, na transição de um saber alienista para o de doença mental. Desta forma, Dr. Bacamarte atuava na individualização do doente mental, neste limiar do século XIX. Seu projeto, em sintonia com o de Kraepelin, parece muito semelhante ao de Dr. Juliano Moreira, que assume o Hospício Nacional de Alienados, em 1903, no Rio de Janeiro (VASCONCELOS, 1998).

Bacamarte, depois de ter examinado, disciplinadamente, os internos da Casa Verde e se dedicado ao estudo da ciência para a descoberta da causa e da cura da doença mental, chama o boticário para tratar de negócio muito importante. O boticário interrompe a manipulação das drogas e voou à Casa Verde. E Bacamarte o recebe como um sábio, ao pronunciar que:

- “Trata-se, pois, de uma experiência, mas uma experiência que vai mudar a face da terra. A loucura, objeto dos meus estudos, era

até agora uma ilha perdida no oceano da razão; começo a suspeitar que é um continente” (MACHADO DE ASSIS, 1998, p.25).

Referindo-se à sua formulação sobre a doença mental, queria dizer que “abrangeia uma vasta superfície de cérebros” e que a tinha identificado tanto na história quanto na própria cidade de Itaguaí. O boticário, ao ouvir tão sublime explanação, joga as mãos para o céu e exclama: “Gracioso, muito gracioso.” Revela, assim, seu entusiasmo quanto à ideia de “ampliar o território da loucura” e acrescenta seu desejo de alarde: “era caso de matraca” (idem, p.26). Bacamarte logo pondera que, melhor do que sair pelas ruas anunciando suas ideias, é o próprio exercício da prática científica, na sobriedade de uma psiquiatria que alçava a ser uma ciência médica.

Nesta nova estratégia de captura científica dos desvios mentais, haveria as condições de temperatura e pressão, germinadas neste laboratório humano, denominado de hospício, de investir no domínio da loucura, rebatizada de doença mental, por todo o tecido social. E não demorou muito para que Bacamarte saísse do hospício para instituir a prática do exame psíquico, a céu aberto, nas condutas cotidianas da população de Itaguaí. Sua vigilância, quanto aos desequilíbrios das faculdades mentais dos moradores da referida cidade, terminou por colocar “quatro quintos da população” nos aposentos da Casa Verde. Contudo, este deslocamento da “população levava-o a examinar os fundamentos de sua teoria das moléstias cerebrais”. Sendo assim, “desse exame e do fato estatístico, resultara para ele a convicção de que a verdadeira doutrina não era aquela, mas a oposta, e, portanto, que se devia admitir como normalidade: o exemplar desequilíbrio das faculdades e patológicos” os antes considerados normais (idem, p.48).

Ao final do conto, por uma ironia do destino, seu “tiro científico” sairia pela culatra, acabando por individualizar a si mesmo como objeto de investigação e morrer em busca do “remédio universal” para seus próprios desvios mentais.

A crítica de Machado, em relação à prática científica da psiquiatria, nos possibilita fazer um corte transversal com as análises de Foucault, na passagem de uma psiquiatria da doença mental, entendida como uma patologia orgânica, para uma psiquiatria que vai privilegiar sua intervenção sobre o “anormal”, mas tomando-o como um desvio não patológico. Queremos dizer que Machado já se referia à passagem de uma psiquiatria da doença para uma psiquiatria do “estado latente” (idem, p.55), que não se

refere à noção de doença, mas à de estado; coincidindo, assim, com análise de Foucault abordada nas suas aulas do *Collège de France*, sobre os “Anormais”, em 1974. Queremos dizer que Machado de Assis já apontava para a “segunda decolagem”, que se produziu na relação da Higiene Mental com a Indústria Farmacêutica.

Retomando o que queremos abordar na história da psiquiatria, Machado parece tratar das implicações de Teixeira Brandão, um psiquiatra, professor de psiquiatria da Universidade Nacional e que entrou para a política, ao proclamar a necessidade de um Plano Nacional de Assistência aos Alienados, em 1890, no Brasil, o qual foi implementado, em 1903, por Juliano Moreira. A transição do Império à República, no Brasil, marca o momento em que o Hospício Nacional passa a ser medicalizado e utilizado na formação médica. A medicalização do Hospício, antes sob direção religiosa da Santa Casa de Misericórdia, ocorre no mesmo momento do início da formação de médicos, imbuídos no aprendizado do saber necessário à medicalização. Eis a primeira decolagem do dispositivo de medicalização, no Brasil, um século depois do ocorrido na Europa.

O conhecimento se organiza na formação de médicos, indo da medicalização hospitalar à atuação em céu aberto. Na década de 1890, ocorreu a criação da disciplina psiquiátrica, na formação dos médicos, para atuar tanto em hospitais como em espaços cada vez mais amplos. Já em 1980, no regime biopolítico, a medicação vai entrar de outra forma na prescrição médica, através de novos poderes articulados a estratégias da indústria farmacológica. Lembrem-se de Machado Assis que, segundo o boticário, “era caso de matraca”.

Qual é a “novidade” do projeto da psiquiatria biológica, que possibilita sua segunda decolagem epistemológica?

Entendemos que a relação entre política e clínica, na era do biopoder, produz uma nova legitimidade ao estatuto biológico, na contemporaneidade. As pesquisas produzidas (após o advento do psicofármaco) sobre o mecanismo bioquímico envolvido na transmissão cerebral possibilitaram definir, enfim, o *locus* do transtorno mental. Desta forma, o portador do transtorno mental é definido como aquele indivíduo com determinado desvio bioquímico cerebral, num consenso entre vários especialistas, através de sua descrição na CID-10, cuja unanimidade é sem precedentes, na história da psiquiatria.

Devemos ressaltar que esta individualização biológica do transtorno mental não se dá apenas pelo conhecimento da bioquímica do cérebro, nem mesmo da genética ou ainda da produção da CID-10, mas resulta de uma estratégia biopolítica que se utiliza destes conhecimentos na produção de um diagnóstico, em vias de ser comprovado por todos. A medicalização dos desvios de comportamento da humanidade, independentemente de sua história ou de sua cultura, constitui uma diretriz que Foucault (1999) designou de biopolítica. O diagnóstico em psiquiatria, além de atuar na individualização do transtorno mental de forma universal, atinge o plano político da existência. No regime biopolítico, o controle do processo de medicalização da vida não reconhece limites espaciais. Na psiquiatria, podemos identificar este processo na medicamentação das sinapses cerebrais, como um procedimento que atua tanto dentro como “fora dos muros” das instituições hospitalares. E este processo atinge, em cheio, tanto a formação de médicos como de todos profissionais da saúde que atuam tanto na Rede de Atenção Psicossocial como nos hospitais psiquiátricos.

Ao estudarmos a medicalização na formação médica, produzida pela psiquiatria, temos o intuito de identificar estas práticas de individualização, articuladas a estratégias políticas de medicalização da vida. Nossa intenção, ao analisamos as relações entre saber e poder, na psiquiatria, foi para pensar como ela pôde se articular com a biopolítica na medicalização da vida. Nosso foco é na formação médica, mas a medicalização não depende apenas do saber biomédico. É preciso observar o modo como ele entra na formação e, conseqüentemente, na subjetividade dos profissionais e dos usuários, na atualidade. Este processo está associado à maneira como o remédio entra na construção do conhecimento, na medida em que é utilizado no tratamento. Esta é a segunda decolagem do dispositivo de medicalização.

O que vai nos interessar discutir é este “novo” ponto de incidência do poder que atua no controle do que se passa entre as células, no controle do mental ou no controle dos fluxos do viver. Neste sentido, queremos dizer que o ensino atual da psiquiatria não pode ser entendido como um retorno às concepções de Kraepelin. Não se trata de “remedicalização” da psiquiatria, mas uma modulação das estratégias de poder que passam a incidir sobre os processos da vida, no “puro viver”. Não é um retorno a um fundamento orgânico, fisiopatológico ou etiológico, que respalde o conhecimento psiquiátrico. A psiquiatria, como tecnologia de saber, envolve estratégias políticas e se utiliza da medicalização disciplinar do hospital (primeira decolagem), principalmente

pela formação de profissionais que atuem numa outra superfície de aplicação: nos fluxos não qualificados do viver (segunda decolagem). Em consonância com essa estratégia, a psiquiatria, em vez de privilegiar sua incidência sobre o orgânico, sobre o corpo individual, ou seja, sobre a vida qualificada, numa modulação dos mecanismos de poder, passa a privilegiar sua intervenção nos processos do viver, na bioquímica do espaço entre as células e, em breve, incidirá nos genes humanos. A primeira decolagem do dispositivo de medicalização se referia ao indivíduo como forma qualificada de vida, mas nas modulações implementadas pela biopolítica, na sua segunda decolagem, o dispositivo de medicalização atua na imanência da vida. Nesta segunda modulação, identificamos um movimento do poder que passa a incidir na vida, numa espécie de entrelaçamento do biológico e da história, como uma política de controle do viver e não apenas no controle do indivíduo. O que se vê é a passagem do controle psiquiátrico do indivíduo anormal ao controle de uma população, cujo psiquismo será entendido e regulado, na dimensão impessoal das sinapses. O controle agora é psicofarmacológico.

O que está em questão é o estatuto biopolítico, que aparece neste dispositivo e seu efeito na formação do conhecimento psiquiátrico, transmitido para os acadêmicos de medicina, nesta segunda decolagem da medicalização – o que permite o fenômeno cada vez mais presente entre nós da medicamentação da saúde mental. E este modo de saber fazer se espalha por onde o profissional de saúde vier a trabalhar. O estatuto biológico da biopolítica envolve uma estratégia global que toma o homem na dimensão da espécie, no âmbito da população, com os problemas políticos e econômicos envolvidos. Nesta segunda decolagem, o saber psiquiátrico passa a atuar no controle dos “anormais” da espécie. A sua tecnologia se revela no exame psíquico, permitindo a produção do diagnóstico e, depois, a escolha do melhor psicofármaco a ser prescrito, mesmo fora dos muros dos Hospitais Psiquiátricos e Universitários.

Em sincronia com o novo postulado biológico, na concepção bioquímica cerebral dos transtornos mentais, o controle se faz no espaço virtual das sinapses cerebrais. Simultaneamente, a biopolítica passa a gerenciar a vida da população, em espaços cada vez mais amplos, utilizando menos instituições disciplinares para correção dos desvios da norma (como exemplo, o hospital psiquiátrico). Na atualidade, inclusive, os dispositivos disciplinares angustiavam sua crise com a implementação da Reforma Psiquiátrica. Contudo, a crise política, pós o impedimento da presidente Dilma, tem se refletido no retrocesso do projeto de cuidado em Saúde Mental e na Atenção Básica.

Assistimos à volta do hospital psiquiátrico, retornando à centralidade do cuidado junto ao saber biomédico.

Mesmo antes da crise política, o seu suposto declínio não impedia que o hospital continuasse a ser local privilegiado de ensino e de transmissão do conhecimento. É o lugar que capacita os médicos para atuarem no controle do viver, nas relações cotidianas, tanto na medicalização dos sintomas imputados aos usuários dos serviços de psiquiatria (primeira decolagem), como nos modos de vida da população, levando ao predomínio do tratamento farmacológico. Esta última modulação do processo de medicalização se reproduz na formação dos médicos, mesmo que toda uma crítica e tentativas de reforma tentem minorar um processo que perdura tanto no ato do cuidado em saúde como na formação do profissional, dentro e fora do hospital.

Na medicalização produzida pelo diagnóstico psiquiátrico, já no final do século passado, a visibilidade do transtorno mental só veio a ser possível pela investigação do local onde atua o remédio psiquiátrico. Exatamente a partir do desenvolvimento do conhecimento dos receptores cerebrais que, seguido dos investimentos neste conhecimento pela indústria farmacêutica, através da propaganda de sua eficácia para os médicos, tornou-se possível o aumento das vendas dos psicotrópicos prescritos. A medicalização dentro da estratégia biopolítica envolve um conjunto de relações políticas, econômicas e clínicas, na formação dos médicos, mas, preferencialmente, no processo de subjetivação de toda uma geração que utiliza o psicofármaco. Um exemplo disto é o uso de Ritalina para melhorar o desempenho atencional e a capacidade de aprendizado de pessoas normais.

Algumas vezes, o problema da segunda decolagem do dispositivo de medicalização vem sendo abordado como um conflito de interesses entre o patrocínio de formadores de opinião que participam da elaboração dos diagnósticos em psiquiatria e o complexo médico industrial (CMI). Queremos, portanto, entender como o dispositivo de medicalização está sendo produzido no contexto neoliberal e a maneira como afeta a formação médica.

Neste ponto da escrita, queremos retomar a questão trazida por Foucault, em 1974: “se seria possível outra forma de relação com a loucura que não seja a pela via de seu conhecimento”. Interessa-nos fazer uma crítica àqueles que pretendem lidar com a produção de conhecimento em saúde, pela via exclusiva do saber científico hegemônico, sem questionar sua forma de produção, sem levar em consideração as diversas tentativas

de medicalização da loucura, ao longo da história. Esta forma de produção de conhecimento só pode ser feita por uma dinâmica de poder que se utiliza da construção do saber para controle de quem se diferencia da norma de comportamento, mas sempre situada em determinada cultura e época. Além disto, Foucault, ao investir historicamente nessa produção do conhecimento médico, nos alerta, como faz também Machado de Assis, sobre a relação da política com a produção de conhecimento.

Precisamos discutir a formação com profissionais de saúde, atentos ao modo como atualizamos o dispositivo de medicalização no controle dos desvios da população. Importa ressaltar o modo como os interesses econômicos da indústria farmacêutica têm produzido o aumento de diagnósticos, além dos seus efeitos no aumento do consumo de medicamentos.

Foucault e Machado de Assis nos trazem elementos para entender como se constrói uma infundável obstinação para se restituir o sistema, seja ele orgânico ou social, à normalidade. Transpõe-se a lógica da doença individual para a sociedade, e assim se estabelecem regulações sociais, na tentativa de retorno sempre à norma preestabelecida, ou ainda intervir antes que o perigo da doença ou do desvio tenha se manifestado.

Designa-se este perigo ou ameaça, como população de risco ou comportamento de risco. E o hospital, mesmo funcionando de formas diferentes, de acordo com os interesses de cada momento histórico, sempre esteve em sintonia com o objetivo de controlar os riscos das doenças, na população. Nele, se construíram as condições de possibilidade para atuar no campo social, principalmente como peça fundamental dentro da formação dos profissionais de saúde, mesmo daqueles que vão atuar na rede de saúde extra hospitalar.

Em relação ao papel do saber psiquiátrico, a amplitude de sua função vai dos laudos de sanidade mental (para quem passa num concurso ou entra para uma empresa), até laudos de periculosidade (para quem ingressa no sistema penal). Isso sem falar da medicalização dos problemas de aprendizado ou dos conflitos das crianças e adolescentes com seus pais. Neste caso, o diagnóstico enquadra a singularidade da pessoa num transtorno mental, decodificado no CID-10, e garante ao médico a possibilidade da prescrição de um remédio, numa tentativa de adequá-la à norma, ou corrigir sua conduta, ao agir no controle das suas sinapses cerebrais.

2.5- Como Nascem os Transtornos Mentais, no Século XXI?

A Associação Americana de Psiquiatria (APA) convocou, a partir de 1999, uma força tarefa que formou grupos de trabalho para elaboração da quinta revisão do DSM (Manual Estatístico dos Transtornos Mentais). Esses grupos, por sua vez, reuniram os mais renomados psiquiatras e pesquisadores do mundo com o objetivo de construir uma sólida base científica para as mudanças no DSM. O processo de construção deste manual envolveu extensa programação de uma série de conferências e conta com o apoio da OMS (Organização Mundial de Saúde) e da NIH (Instituto Nacional de Saúde) dos EUA.

As classificações produzidas pelo DSM, ao longo de suas três últimas revisões, possibilitaram agrupar sinais e sintomas específicos na definição de um número cada vez maior de transtornos mentais. Na opinião da força tarefa, responsável pela elaboração do DSM IV, este consiste num sistema de classificação criado para formular um diagnóstico confiável em psiquiatria, o que enfim deveria permitir o reconhecimento do caráter científico da psiquiatria e o seu pertencimento à especialidade médica.

A psiquiatria biológica tem se empenhado em pertencer ao hall da medicina geral. Mas agora, segundo a avaliação da APA, podemos estar na “era cientificamente mais produtiva da história da psiquiatria”. Tudo parece caminhar na evolução do conhecimento para a definição científica dos transtornos mentais e de comportamento, o que possibilita a escolha do melhor tratamento para o alívio do sofrimento humano. No passado, ainda não havia instrumentos científicos como métodos diagnósticos satisfatórios, nem estudos sobre o genoma ou mesmo os novos psicotrópicos atípicos, que respectivamente auxiliassem na identificação dos sintomas psiquiátricos e no entendimento de sua origem.

Muito em breve, profetizam os especialistas, encontraremos os complexos mecanismos genéticos e bioquímicos relacionados aos transtornos mentais. No entanto, antes é necessário concluir o processo de sua definição como ciência médica. E a força tarefa, encarregada de sua produção, convidou a todos os profissionais de saúde mental para participar dos últimos retoques, antes de sua publicação em maio de 2013.

A história da produção do DSM-V pode oferecer instrumentos preciosos na identificação das estratégias envolvidas na produção do conhecimento científico do transtorno mental. Mas deve-se levar em conta que os discursos científicos, segundo as análises de Foucault (2002 e 2006), produzem efeitos de poder. E, desta forma, através da incursão no site www.dsm5.org da APA, levantaremos as bases de produção do

seu lançamento, com a intenção de identificar os seus efeitos sobre o processo de medicalização da normalidade. É preciso fazer emergir as estratégias de poder envolvidas na produção do saber psiquiátrico, tanto na ampliação do número de diagnósticos de transtornos mentais, quanto dos critérios que possibilitam sua definição.

Pretendemos investigar como a ciência psiquiátrica cria um terreno tão fértil para ampliação do diagnóstico psiquiátrico em escala global, através das bases conceituais envolvidas na sua produção e os efeitos de medicalização dos normais. Com esse intuito, analisamos a produção do conhecimento da APA sobre a atual psiquiatria. Identificamos seu efeito de intensificação do processo de medicalização e de formações dos médicos, e não apenas especialistas. Entenda-se a medicalização como um plano clínico complexo, no qual a ciência é influenciada pela economia e pela política, que se articulam numa mesma tecnologia de poder e saber.

A força-tarefa da produção do DSM-V foi composta de 27 membros, e chefiada por David Kupfer, professor de psiquiatria da Universidade de Pittsburgh. Foi assessorada por vários grupos de trabalho. Agora totaliza cerca de 140 membros, correspondentes às categorias principais de diagnóstico. Analisando os resultados obtidos ao longo das pesquisas de campo produzidas, há fortes indícios de que os limites dos diagnósticos dos transtornos mentais serão ampliados para incluir os precursores dos transtornos, tais como: “síndrome do risco de psicose” e “transtorno cognitivo leve”. Além disto, o termo “espectro” também foi incluído no manual de classificação nas seguintes categorias: “espectro de transtorno obsessivo-compulsivo”, “transtorno do espectro da esquizofrenia” e “transtorno do espectro do autismo”.

Na avaliação do psiquiatra Allen Frances, presidente da força tarefa que elaborou o DSM-IV, na quinta edição do DSM, há um grande risco de aumentar, ainda mais, o número de pessoas normais a serem diagnosticadas como apresentando um transtorno mental. Segundo ele, a utilização do DSM III-R e do DSM-IV já teve como efeito um aumento significativo de diagnósticos e aumento do lucro da indústria farmacêutica (ANGEL, 2007).

Vejamos o que nos orienta a APA (www.dsm5.org), sobre a importância das pesquisas em curso para atualização do DSM:

“Researchers have generated a wealth of knowledge about the prevalence and distribution of mental disorders worldwide, the

physiology of the brain, and the lifelong influences of genes and environment on a person's health and behavior. Moreover, the introduction of scientific technologies ranging from brain imaging tools to sophisticated new methods for mathematically analyzing research data has greatly enriched the potential for significant enhancements of DSM-V over previous editions of the manual. Early on, the APA recognized that rapid, continuing advances in the science of psychiatry would greatly increase the challenges of revising the DSM. A lesson learned while preparing DSM-IV in the late 1980s concerned the importance of enriching the empirical research base prior to starting the formal revision process. A decade later, it had become apparent that new knowledge and analytic capacities indeed would make it possible to anticipate and answer many of the data-driven questions likely to be raised by those tasked with updating the diagnostic manual. Since the revision process for DSM-V officially began in 1999, the members of the DSM-V Task Force and Work Groups have been steadily building the literature base on psychiatric diagnosis and psychopathology.”

“Os pesquisadores (da força tarefa envolvidos na atualização do DSM-V) geraram uma riqueza de conhecimento sobre: a prevalência e distribuição dos transtornos mentais em todo o mundo, bem como sobre a fisiologia do cérebro e as influências dos genes e do ambiente sobre a saúde das pessoas, ao longo de suas vidas e sobre seu comportamento. Além disso, a introdução de novas tecnologias científicas, que vão desde ferramentas complementares de imagem cerebral até métodos sofisticados de análise matemática de dados empíricos, utilizados em investigações diagnósticas, enfim possibilitaram melhorias significativas no DSM-V. Desde seu início, a APA já reconhecia que os rápidos e contínuos avanços na ciência da psiquiatria aumentariam os desafios da próxima revisão. E a lição aprendida no final dos anos 80, com preparação do DSM-IV, traz a preocupação de se enriquecer uma base de pesquisa empírica antes de iniciar o processo de uma revisão formal. Uma década mais tarde, os novos conhecimentos e capacidades analíticas revelaram que seria possível responder a muitas perguntas utilizando os dados levantados pelos integrantes de suas atualizações. Desde o início oficial da revisão para

o DSM-V em 1999, os membros da Força Tarefa e os Grupos de Trabalho vêm solidamente construindo a base da literatura sobre o diagnóstico psiquiátrico e sua respectiva psicopatologia (tradução própria)”

Os membros da psiquiatria (APA), sintonizados com a produção do DSM, definem a psiquiatria como científica, na medida em que seu conhecimento se encontra baseado em evidências empíricas. Sendo assim, se não produz a verdade sobre quem somos, nos faz acreditar que o novo DSM, sendo fruto dos preceitos da ciência, será capaz de capturar os desvios mentais, através de um diagnóstico confiável.

Confiável é um conceito utilizado para produção de um diagnóstico coerente ou consistente, entretanto, também, pode ser confundido com o conceito de válido que, por sua vez, significa ser correto ou fidedigno. Se todos os psiquiatras, envolvidos na produção de determinado diagnóstico, concordam com os critérios para sua inclusão, pode-se afirmar que é um diagnóstico confiável. Mas isso não quer dizer que seja igualmente um diagnóstico válido. Em outras palavras, parece que para se acreditar na existência de determinado transtorno mental, basta que ele possa ser feito da mesma forma, por qualquer psiquiatra, ao utilizar o manual psiquiátrico em qualquer país do mundo. Ou seja, se uma pessoa apresentar determinados sinais e sintomas que permitam incluí-la dentro de um determinado diagnóstico, outro psiquiatra também poderá fazê-lo, independentemente de sua cultura.

Para a APA, o DSM consiste em critérios específicos, devendo ser utilizado por profissionais que tratam de pacientes com transtornos mentais, independentemente de sua orientação disciplinar. Seus mentores afirmam que um diagnóstico preciso é o primeiro passo para se construir um projeto terapêutico. Além do mais, nessa perspectiva não seria possível comparar diferentes tratamentos, ou avaliar possíveis fatores de risco e investigar causas para específicos transtornos, assim como determinar sua prevalência e incidência, sem um diagnóstico confiável. O DSM-IV já é utilizado como guia em práticas clínicas e como base para indicações de tratamento pela FDA (*Food and Drug Administration*), como também para reembolso de despesas médicas pelas seguradoras de saúde e autoridades de saúde pública, para identificar causas de doença ou morte nos EUA.

Mas qual seria a transformação produzida pelo DSM-V?

No site da APA, www.dsm5.org, encontramos que sua utilização é guiada por quatro princípios:

Primeiro: maior prioridade na utilização clínica. O que certifica este manual é ser útil para a prática clínica dos profissionais que tratam dos pacientes com transtornos mentais.

Segundo: todas as recomendações de mudanças de critérios ou mesmo construção de novos transtornos são guiadas por pesquisas baseadas em evidências.

Terceiro: sempre que possível deve-se manter uma continuidade com a edição anterior.

Quarto: não há restrições, a priori, a mudanças quando os grupos de trabalho avaliarem serem necessárias, para melhorar a precisão dos critérios diagnósticos, do conhecimento científico e o do entendimento clínico.

Versões DSM	ano	número de diagnósticos	número de páginas
I	1952	106	130
II	1968	134	182
III	1980	265	494
III-R	1987	292	567
IV	1994	297	871
IV-TR	2000	365	880
V	2013	N	976

American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, I–IV-TR (Washington, DC: American Psychiatric Association, 1952, 1968, 1980, 1987, 1994, 2000).

Esta tabela nos revela a duplicação do número de transtornos identificados pelo manual na passagem de 1968 para 1980, com a publicação do DSM-III. Poder-se-ia supor que, nos próximos manuais, haveria uma tendência à estabilização, todavia no DSM-IV, apesar do menor aumento numérico de diagnósticos, o que prolifera é a quantidade de páginas relacionadas à ampliação dos critérios para defini-los. Alertamos que, nesta tabela, incluímos os dados do DSM-V, na última linha, referentes à nova edição de 2013, e no qual aparece a tendência de aumento de diagnósticos de transtornos psiquiátricos na

população. A direção é possibilitar fazer diagnósticos mais pela inclusão do termo espectro do que pelo crescimento de novas entidades.

Nesse momento, nos deteremos mais na transição entre o que é utilizado no DSM, em uso na atualidade, mais compatível com a CID-10, portanto a IV edição revisada, publicada em 2000 nos EUA, traduzida no Brasil e publicada em 2002 (pela Artmed editora) – e o DSM V, pois este último estará mais em harmonia com a futura CID-11. Observamos, na tabela apresentada, que, de 1994 para 2000, houve um aumento de mais 68 transtornos mentais, o que ocorreu devido às revisões bibliográficas, reanálise de dados e testes empíricos de campo. Estes testes consistem em 12 grupos que incluíram 70 locais ao redor do mundo e avaliaram 6.000 pessoas, coletando informações sobre a confiabilidade, com objetivo de preencher a lacuna entre pesquisa e prática na clínica psiquiátrica. O limiar do estabelecimento de mudanças passa a exigir justificativas explícitas, baseadas em revisões sistemáticas dos dados empíricos. Tudo isso muito bem executado, com evidências provenientes de “boas pesquisas científicas”, na intenção de aumentar a praticidade e utilidade clínica do Manual, mas também para facilitar o ensino e divulgação dos seus referenciais científicos.

“Procuramos atingir o equilíbrio adequado, no DSM IV, com relação à tradição histórica, compatibilidade com o CID-10, evidências a partir de revisões bibliográficas, análise de dados inéditos, resultado de testes de campo e consenso” (DSM IV TR, 2002, p.25).

Apesar do maior rigor científico para as mudanças, identificamos, além do aumento no número de diagnósticos, principalmente a ampliação de possibilidades de diagnósticos que antes ficariam sob o rótulo de um transtorno mental “sem outra especificação (SOE)”.

“Não há classificação de transtornos mentais que seja capaz de conter um número suficiente de categorias específicas para contemplar cada quadro clínico imaginável. As categorias sem outra especificação servem para cobrir os, não raros, quadros que se encontram nos limites das definições específicas de cada categoria” (Idem).

O que se pode entender por “um quadro clínico imaginável”? Ou por um diagnóstico imaginável, criado para dar conta de sinais e sintomas de transtornos mentais,

sobre os quais não se tem nenhuma comprovação científica, baseada em evidências empíricas válidas? Parece existir um esforço coletivo, designado de força tarefa, produzindo um consenso, talvez gerado pelo processo de sua própria produção e, ao mesmo tempo, sendo uma consequência da divulgação do diagnóstico confiável que ele mesmo forjou.

Qual seria a capacidade de ampliação existente nas categorias de transtornos mentais “sem outra especificação” ou a de “espectro”?

Se utilizarmos, apenas como exemplo, os preceitos do crescente movimento da Medicina Baseada em evidências (www.bireme.br/cochrane), nos critérios para uma boa pesquisa baseada em evidências, o consenso não seria suficiente para validar como verdadeiro, correto ou fidedigno, um transtorno mental. E ainda, mesmo segundo seus preceitos científicos, a autoridade dos pesquisadores e seu consenso na produção de suas definições diagnósticas não deveriam ser excessivamente valorizadas como uma verdade definitiva.

No entanto, nossa questão não é dizer se a ciência da psiquiatria estaria, ou não, respaldada em uma medicina baseada em evidências. Nossa questão são os efeitos de verdade que um diagnóstico confiável no DSM produz, levando à ampliação do número de pessoas diagnosticadas, mas, principalmente, criando condições para que também a normalidade possa ser incluída em seus critérios. Queremos reafirmar a possibilidade de o próprio Manual ser o produtor daquilo que pretende investigar: o transtorno mental. Se soubermos usar o DSM, faremos um diagnóstico confiável!

Não queremos com isso dizer que não exista sofrimento mental ou muito menos questionar a necessidade de tratamento de pessoas que se dizem angustiadas, nervosas, deprimidas, ou mesmo, ouvindo vozes. O problema é a certeza da ciência psiquiátrica, nos oferecendo um único caminho possível para formação do diagnóstico, sempre muito bem articulada ao controle farmacológico dos transtornos mentais e dos desvios possíveis de comportamento humano.

Como um grupo formado por especialistas se reúne para debater suas opiniões sobre diagnósticos específicos, dizendo serem baseados em pesquisas empíricas? Qual é a validade destas pesquisas? O que identificamos é um consenso entre especialistas que dividem as mesmas crenças científicas. Contudo, assistimos, a cada edição subsequente, que o número de categorias diagnósticas e seus critérios de inclusão se ampliam... Além

deste fato, o DSM é hoje uma das principais fontes de renda da Associação Americana de Psiquiatria. O DSM-IV já vendeu mais de milhão de exemplares.

Como este tipo de conhecimento nomeado como científico atinge a formação médica?

O DSM-V se define, no prefácio da edição de 2013, por

“uma classificação de transtornos mentais, e critérios associados, elaborada para facilitar o estabelecimento de diagnósticos mais confiáveis desses transtornos. Com sucessivas edições, ao longo dos últimos 60 anos, tornou-se uma referência para a prática clínica da área da saúde mental. Devido à impossibilidade de uma descrição completa dos processos patológicos subjacentes à maioria dos transtornos mentais, é importante enfatizar que os critérios diagnósticos atuais constituem a melhor descrição disponível de como os transtornos mentais se expressam e podem ser reconhecidos por clínicos treinados. O DSM se propõe a servir como um guia prático, funcional e flexível para organizar informações que podem auxiliar o diagnóstico preciso e o tratamento de transtornos mentais. Trata-se de uma ferramenta para clínicos, um recurso essencial para a formação de estudantes e profissionais e uma referência para pesquisadores da área. Embora esta edição tenha sido elaborada, acima de tudo, como um guia para a prática clínica, tratando-se de uma nomenclatura oficial, o Manual deve funcionar em uma ampla gama de contextos. O DSM tem sido utilizado por clínicos e pesquisadores de diferentes orientações (biológica, psicodinâmica, cognitiva, comportamental, interpessoal, familiar/sistêmica) que buscam uma linguagem comum para comunicar as características essenciais dos transtornos mentais apresentados por seus pacientes. As informações aqui resumidas são úteis para todos os profissionais ligados aos diversos aspectos dos cuidados com a saúde mental, incluindo psiquiatras, outros médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, consultores, especialistas das áreas forenses e legais, terapeutas ocupacionais e de reabilitação

e outros profissionais da área da saúde. Os critérios são concisos e claros, e sua intenção é facilitar uma avaliação objetiva das apresentações de sintomas em diversos contextos clínicos - internação, ambulatório, hospital-dia, consultoria (interconsulta), clínica, consultório particular e atenção primária -, bem como em estudos epidemiológicos de base comunitária sobre transtornos mentais. O DSM-5 também é um instrumento para a coleta e a comunicação precisa de estatísticas de saúde pública sobre as taxas de morbidade e mortalidade dos transtornos mentais. Por fim, os critérios e o texto correspondente servem como livro-texto para estudantes que precisam de uma forma estruturada para compreender e diagnosticar transtornos mentais, bem como para profissionais experientes que encontram transtornos raros pela primeira vez. Felizmente, todos esses usos são compatíveis entre si”.

Neste contexto de produção do DSM-V, mas que vem ocorrendo desde o de DSM-III R, os laboratórios farmacêuticos passam a se interessar cada vez mais pelos especialistas envolvidos na elaboração dos diagnósticos dos transtornos mentais, tornando-se mais generosos com os psiquiatras, de forma direta e indireta. Curiosamente, aumenta progressivamente o número de psiquiatras contratados como consultores ou palestrantes em jantares e conferências, bem como o patrocínio para participação em congressos. A indústria farmacêutica também subsidia as reuniões da APA, e todo tipo de produção científica para levar os “novos lançamentos farmacológicos” aos psiquiatras. A gravidade dos conflitos de interesse, entre o complexo médico industrial e a produção do diagnóstico psiquiátrico, está na obstinação da indústria farmacológica em articular os transtornos mentais ao uso de “novos psicofármacos”. O domínio da produção do conhecimento médico é afetado por interesses de mercado: disputa por domínio de patentes e o risco de conflito de interesses, nesta relação da produção científica com os grandes laboratórios. O conflito de interesses se relaciona aos profissionais de saúde, principalmente médicos e psiquiatras, em serem financiados pela indústria e visitados em seus trabalhos, ou ainda serem formadores de opinião nos seus cargos como catedráticos das Universidades Americanas (ANGEL, M, 2007).

O que nos interessa destacar é que há uma forte tendência à medicalização dos comportamentos humanos, decodificando-os em sintomas patológicos nos detalhes da vida das pessoas, e levando a graves conseqüências, como o aumento do consumo arbitrário de medicamentos psicotrópicos, trazendo riscos à saúde da população e à expansão da demanda por consultas psiquiátricas.

O poder da ciência produzida pelos psiquiatras envolvidos na construção dos DSMs, relacionados às pesquisas sobre as drogas que atuam no comportamento humano e aos interesses da indústria farmacológica, encontra dois campos de atuação, ou poderíamos chamar de solos férteis: a carência de informação dos médicos em geral e uma população ávida por alívio rápido de seu sofrimento. Camargo Júnior (2010a) nos apresenta os conceitos de “mito da mudança frequente” e a “produção épica da indústria de publicação” com os quais aborda a insegurança dos médicos em relação ao seu conhecimento e o medo de ficarem obsoletos diante da avalanche científica de artigos, simpósios e congressos.

“Isso reforçará a sua reverência da autoridade epistêmica das pessoas que escrevem esses artigos e os tornará mais facilmente enganados pelas alegações e estratégias dos representantes farmacêuticos que circulam em torno dos consultórios médicos ou de programas de educação médica continuada que são pouco mais do que uma fachada da mesma indústria” (idem, p. 46).

Nessas produções ditas científicas, encontramos uma tentativa de buscar a articulação de um diagnóstico preciso a um novo lançamento da indústria farmacêutica. No entanto, a história da produção deste saber nos revela as lutas, o rumo descontínuo e agitado das sucessivas tentativas do homem em definir-se numa verdade científica. Nesses movimentos da história, constatamos como as práticas relativas à loucura se transformaram de acordo com as formas como as construímos e os regimes de poder relacionados à produção do conhecimento dito científico.

Ora, a loucura já foi definida de várias formas: no limiar da razão/desrazão como alienação mental, no hospício dos alienados; depois tentaram discipliná-la ao corpo, no limiar da degeneração neural, no hospital medicalizado como doença mental; mas, agora, no regime de poder contemporâneo, se constrói uma espécie de controle da existência num outro limiar, no comportamento cotidiano ou no próprio viver. Não estamos mais

presos num lugar específico, como numa cela ou mesmo num hospital ou numa doença. Graças ao conhecimento produzido com bases empíricas, influenciado por interesses comerciais, não existem mais fronteiras para a normalidade. Nas condições políticas e econômicas produzidas pelo capitalismo neoliberal, a psiquiatria conseguiu, enfim, realizar seu projeto científico: articular a globalização do diagnóstico psiquiátrico, através do DSM, a uma prática terapêutica de controle da vida em seus desvios mais sutis, através da medicalização da vida, numa decolagem epistemológica com potencialidade progressiva.

A transferência de conhecimento de um saber inquestionável pode fazer com que os alunos de medicina acreditem, sem crítica, na existência de doenças como Depressão, Síndrome de Pânico e TDAH (Transtorno Déficit de Atenção com Hiperatividade); ou ainda em novos diagnósticos como de Transtorno de Jogo. No entanto, o maior risco desta forma de produção de verdade (ou o efeito desta forma produzir discursos tomados por verdades científicas, como na noção de espectro da esquizofrenia e do autismo) é que as várias possibilidades de subjetivação podem ser capturadas em “N” transtornos. E, assim, a reprodução deste tipo de conhecimento, através da formação, permite que os futuros médicos, e não apenas especialistas, multipliquem sua capacidade de produzir diagnósticos e depois receitar um ou uma associação de psicofármacos. Justamente por isso, na tabela do incremento dos diagnósticos, colocamos a letra “N”, e não um número definido, com a intenção de revelar que a sua possibilidade cresce de forma aritmeticamente progressiva. Nesta forma de produção de diagnósticos, o médico vai buscar, dentro do arsenal terapêutico disponibilizado pela indústria farmacêutica, como combater os sofrimentos existenciais de seus pacientes. Entende que, ao prescrever uma espécie de compensação psicofarmacológica ou controle sináptico, vai atingir um espectro de possibilidades de flutuação, nos modos de existir ou de subjetivação, na medida em que, durante sua formação, aprendeu ser de origem bioquímica os N modos possíveis de vir a ser dos seus futuros pacientes. Sendo assim, o arsenal terapêutico deverá ser composto por remédios que atuam na virtualidade dos complexos mecanismos cerebrais, hipoteticamente responsáveis pelo espectro das N formas de subjetividades possíveis. Talvez, assim, respaldando-o na centralização do tratamento aos antipsicóticos, antidepressivos, ansiolíticos, moderadores de apetite, estimulantes cerebrais e/ou moderadores de humor.

Neste cenário, encontramos as condições propícias para o aumento do número (N) de crianças, jovens, adultos e idosos diagnosticados como portadores de transtornos mentais, com respectivo aumento da prescrição de drogas que atuam no cérebro. O mecanismo bioquímico cerebral passa a representar o local da espacialidade no corpo, que deve ser controlada pelo manejo das drogas prescritas pelo saber psiquiátrico. No entanto, este saber não é um atributo apenas de especialistas em psiquiatria, já que opera pelo modo dos especialismos, sendo transmitido logo na graduação. Devemos levar em conta que este modo de compreender e lidar com a demanda dos pacientes, apreendido de forma heteronômica pela transmissão de um saber que foi tomado como verdadeiro, atinge não somente a formação dos médicos, mas todos os profissionais da saúde. E isto vai repercutir em sua prática profissional, em qualquer tipo de serviço da rede de saúde pública ou privada. Lembremos que este processo foi preconizado tanto pelo DSM V quanto pelos preceitos, ditos científicos, produzidos pelos especialistas ligados à indústria farmacológica.

Caso a ANVISA venha restringir a liberação do consumo de psicofármacos prescritos pelos médicos, na maioria das vezes, freneticamente visitados pelos propagandistas dos laboratórios farmacêuticos (como foi o caso dos moderadores de apetite), fiquem tranquilos. Sabemos como os políticos estarão sempre atentos para resgatar o bem estar da nação. Tanto para liberar o uso de agrotóxicos para aumentar a quantidade de alimentos transgênicos para nutrir a população, quanto para restringir seu consumo, por via farmacológica, àqueles com transtornos alimentares.

Devemos nos interrogar sobre este apetite das indústrias farmacêuticas e de produtos agrícolas, mas também dos legisladores, em induzir o consumo de produtos na população, sendo que dentre eles destacamos apenas os psicofármacos. Contudo, não nos esqueçamos de nossa voracidade em consumi-los. Muitas vezes, não nos questionamos sobre nosso modelo de vida, em como nos conduzimos, ou como permitimos ou escolhemos ser conduzidos, seja por um saber instituído como verdade científica ou por soluções apaziguadoras do sofrimento e que podem reduzir a diversidade dos modos de viver à via sináptica de subjetivação.

Mas como, então, resistir à medicalização e medicamentação, dos modos de subjetivação através da graduação em medicina?

Estamira, no documentário que leva seu nome, vai nos dizer que o profissional de saúde: “copia”. Referimo-nos à cena em que uma trabalhadora formada em medicina faz

uma receita de remédios para ela, em determinado serviço de saúde. A provocação feita por Estamira nos faz pensar se, durante a formação médica, o que se aprende é a copiar um saber heteronômico transmitido por protocolos diagnósticos confiáveis no DSM e em procedimentos reduzidos à prescrição de psicotrópicos.

Como reproduzimos, ou podemos reparar, o que responsabilizamos professores e preceptores por terem nos ensinado durante a formação? No sentido de nos tornar médicos que utilizam o diagnóstico psiquiátrico como decreto e prescrevem procedimentos, baseados no conhecimento biomédico e num modo de conduzir o cuidado calcado na heteronomia.

O problema a ser enfrentado refere-se a como devemos nos conduzir na produção de conhecimento, no ato de cuidado, através da construção de um ethos de autonomia na graduação em medicina, em sintonia com a estratégia de formação em serviço. Voltamos, então, ao tema do cuidado, em sua inseparabilidade com a produção de conhecimento, utilizando a estratégia de cogestão do tratamento psiquiátrico da GAM, como intercessor na formação deste grupo de alunos da medicina.

Vamos agora trazer a experiência de campo, na tentativa de narrar esta intervenção na formação médica, construída de forma participativa com os pesquisadores da graduação em medicina e psicologia da UFF. A estratégia criada pelo grupo-dispositivo DIFOME, era de utilizar como intercessor a construção do dispositivo-grupo (GI-GAM), no ambulatório de Pendotiba. A diferenciação entre os dois dispositivos, no mesmo trabalho de campo, pode ser compreendida se pensarmos o DIFOME como um dispositivo de intervenção na formação médica, e o GI-GAM como um dispositivo de intervenção na medicamentação do cuidado, em saúde mental. É importante também pensar na estratégia de formação em serviço, em que se propõe que os alunos, e os profissionais sejam protagonistas da problematização do processo de trabalho, junto a realidade dos usuários. O nó cego da reforma psiquiátrica, na prescrição de psicotrópicos, está relacionado a formação médica, dificultando a ampliação dos modelos de assistência heteronômicos em direção ao cuidado em sua integralidade. Se o que o que estamos identificando como problema, é a centralidade do saber psiquiátrico e da terapia farmacológica no cuidado em saúde mental, tornou-se necessária a criação de dois grupos para construirmos um tipo de intervenção que articulasse a resistência à medicalização (GI-GAM) à sua própria formação (DIFOME).

Seguindo este raciocínio, a estratégia pensada no DIFOME foi a de utilizar a cogestão do tratamento psiquiátrico no deslocamento da centralidade do saber psiquiátrico, no ato de cuidado no grupo do ambulatório. E, ao mesmo tempo, no modo de produção do conhecimento especialista, na graduação. A intervenção se dava no campo do cuidado e da produção de conhecimento, nos dois grupos. Entretanto, no GI-GAM a problemática era referente a centralidade do saber psiquiátrico sobre o usuário e no DIFOME a produção deste conhecimento, e sua transmissão na graduação.

3- TRABALHO NO CAMPO

3.1- A Pesquisa na Formação Médica com a GAM

Neste capítulo, vamos abordar os efeitos da criação de um grupo de pesquisa com alunos da faculdade de medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF), em que, posteriormente, se integraram dois alunos de psicologia e um mestrando. Destaca-se o processo formação dos alunos envolvidos na construção desta pesquisa que, ao utilizar a estratégia de Gestão Autônoma da Medicação (GAM), acabou se configurando como objeto desta investigação. A proposta era de produzir uma pesquisa intervenção-participativa (KASTRUP; PASSOS, 2016), através da cartografia dos efeitos produzidos pela intervenção na formação de um grupo de alunos de medicina. Em termos gerais, a investigação tinha por objetivo criar outros modos de formação, pela participação de alunos da graduação na cogestão do tratamento psiquiátrico, problematizando a medicalização, em sintonia com a estratégia de formação em serviço.

Com a finalidade de resistir ao modelo tradicional de formação em medicina, baseado na transmissão de conhecimento, este grupo de alunos encontrou, no dispositivo Grupo de Intervenção (GI) GAM, uma forma de intervir nos processos de trabalho, e de formação, baseados na heteronomia. O GI-GAM é um dispositivo formado por usuários e trabalhadores da saúde mental, além dos pesquisadores da universidade, no qual se faz a leitura e discussão coletiva do Guia GAM, ferramenta composta de pequenos textos e perguntas, acerca da experiência dos usuários de psicotrópicos. O Guia GAM tem origem canadense (Quebec), e foi proposto pelos usuários dos serviços de saúde daquele país, com foco principal no questionamento da maneira como se prescreve e se experimenta a medicação psiquiátrica. Este guia foi adaptado à realidade brasileira em 2010 (ONOCKO

et al., 2012), tendo, como objetivo propiciar maior participação do usuário no seu tratamento (<https://fcm.unicamp.br>).

O projeto de implementação do Guia GAM foi desenvolvido no Brasil, a partir de uma parceria internacional com o Canadá, através do ARUC (Aliança de Pesquisa entre Universidade e Comunidade – UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL). O ARUC teve como foco desenvolver a pesquisa da relação entre saúde mental e cidadania, a formação de pesquisadores e a transferência de tecnologia para a comunidade e serviços de saúde, a partir de projetos conjuntos com financiamento canadense. Em 2009/2010, foi desenvolvido o projeto multicêntrico entre UNICAMP-UFF-UFRJ-UFRGS, *Pesquisa avaliativa de saúde mental: instrumentos para a qualificação da utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos – GAM-BR* (CNPq - 2009). No Rio de Janeiro, o projeto GAM-BR ganhou um desdobramento com o projeto *Autonomia e direitos humanos na experiência em primeira pessoa de técnicos e usuários em serviço de saúde mental: a experiência da Gestão Autônoma da Medicação (FAPERJ 2010 e 2012)*.

Antes de iniciar este doutorado, estava participando das reuniões de supervisão do grupo Enativos, dos campos de pesquisa GAM do estado do Rio de Janeiro, quando foi problematizada a dificuldade do profissional formado em medicina de integrar estes grupos de intervenção (GI-GAM) nos serviços de saúde mental. Esses grupos faziam, exatamente, o questionamento da centralidade da prescrição de psicotrópicos pelo profissional formado em medicina. Repetidamente, se abordava que nos processos de trabalho no campo da saúde mental, a medicação psiquiátrica era tomada como o principal recurso, no tratamento dos transtornos mentais, o que foi definido por medicamentação (CALIMAN et al, 2016). Acabamos por identificar a baixa possibilidade da participação dos médicos como um obstáculo na construção de processos de autonomia, junto aos usuários dos serviços de saúde, mantendo-se a centralidade do diagnóstico e da prescrição de medicamentos psiquiátricos na assistência em saúde.

A proposta deste projeto de pesquisa, com a medicina na UFF, passa a fazer parte de uma estratégia mais ampla, pretendendo enfrentar importantes desafios da política de saúde mental, em sintonia com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira, tanto pelo aumento da participação do usuário, na gestão do cuidado, como dos acadêmicos de medicina, na produção de um tipo de conhecimento mais compartilhado. Neste sentido, através da pesquisa sobre a influência da GAM na formação médica, articulada à busca

de maior participação dos usuários no seu próprio tratamento, cogitou-se construir outra forma de produção de conhecimento e cuidado em saúde. O viés político da participação na pesquisa poderia gerar processos de autonomia com os usuários, junto aos alunos da graduação em medicina da UFF.

Em meados de 2015, ao dar início às atividades do doutorado, com a supervisão deste grupo Enativos, tivemos a oportunidade de participar da Sétima Conferência Municipal de Saúde. Durante este evento, num dos grupos de trabalho, que antecede a plenária final, chamou nossa atenção a intervenção de dois alunos de medicina que questionaram a pequena participação de usuários da saúde, naquela Conferência. A atitude daqueles alunos foi a de pautarem um baixo gradiente de protagonismo dos usuários, no grupo de trabalho com gestores e profissionais dos serviços de saúde. Ao final daquele grupo de trabalho, dialogamos sobre o interesse deles na produção de autonomia com os usuários de saúde e se teriam disponibilidade de participar da pesquisa. Ambos estavam com projetos de viagem, em intercâmbio para outros países, mas colocaram o projeto de pesquisa nas suas redes sociais.

Depois disto, pelo menos dez alunos entraram em contato com o pesquisador desta pós-graduação, para participar da pesquisa, e oito deles criaram este grupo de pesquisa sobre a formação médica, atravessada pela GAM. Este grupo, posteriormente, foi batizado de: Dispositivo de Intervenção na Formação Médica (DIFOME), no qual propusemos a estratégia de cogestão, utilizada pelo Guia GAM, na construção de autonomia com usuários da saúde mental. Curiosamente, no mesmo momento em que formulávamos esse projeto de pesquisa, com acadêmicos de medicina e psicologia, a médica Renata Candido de Andrade Ortega, psiquiatra no Ambulatório de Saúde Mental de Pendotiba, procurou a supervisão no grupo Enativos na UFF, solicitando que nossa pesquisa fosse feita no serviço em que trabalhava, em Niterói.

Enquanto construíamos a pactuação com o referido serviço, problematizávamos dois aspectos ainda presentes na formação médica: a forma como predominava a heteronomia na transmissão de conteúdo científico e a medicamentação dos pacientes, com sintomas de transtornos mentais. Na tentativa de produzir outra maneira de lidar com o tratamento dos usuários com diagnóstico de transtornos mentais graves, estávamos propondo a criação de um grupo com os usuários e trabalhadores, com objetivo de investigar como esta intervenção poderia impactar a formação dos pesquisadores da graduação em medicina.

3.1.1- Metodologia Utilizada na Pesquisa

A pesquisa-intervenção (PASSOS; BARROS, 2009) tem como diretriz metodológica a transformação da realidade como condição do processo de produção de conhecimento: não conhecer para transformar, mas transformar a realidade para conhecê-la. Neste sentido, a investigação incluía os alunos na discussão e análise do seu processo de formação, o que produzia o efeito de reposicionamento desses sujeitos no percurso de produção de suas competências para o trabalho em saúde. Em linhas gerais, no DIFOME, eram trazidos os diários de campo construídos pelos pesquisadores da graduação, referentes ao manejo do tratamento farmacológico no cuidado produzido, no GI-GAM, com os usuários e trabalhadores. Portanto, a partir das questões trazidas pelos relatos da experiência - dos efeitos da intervenção nos usuários e trabalhadores no GI-GAM, bem como do material dos relatórios e textos criados coletivamente para apresentações científicas e acadêmicas, debatia-se como estes desdobramentos influenciavam a formação dos pesquisadores da graduação, mas também do doutorando, autor desta tese, e do mestrando, formado em psicologia na UFF, André Miranda. O GI-GAM se desenvolveu no Ambulatório de Saúde Mental de Pendotiba de outubro de 2016 até dezembro de 2018, e o DIFOME iniciou, como um grupo de pesquisa, em outubro de 2015, mas mudou seu modo de atuação, a partir desta pactuação com o ambulatório.

O relato do percurso da pesquisa, nos próximos itens deste capítulo, trará alguns acontecimentos e análises que marcaram o período de quatro anos de pesquisa, acerca dos efeitos da estratégia de Gestão Autônoma da Medicação na formação médica. No sentido forte de participação, a pesquisa incluía esses integrantes na condição não de objeto, mas de sujeito do conhecimento, pela própria característica desta intervenção. Os acadêmicos de medicina e de psicologia estavam sendo convidados a integrar um projeto de pesquisa intervenção-participativa, mas na condição de pesquisadores, acerca de seu próprio processo de formação.

Inicialmente, antes da pactuação com o ambulatório iniciada em março de 2016, as reuniões semanais do grupo de pesquisa (DIFOME) revelavam questionamentos dos alunos sobre o papel da formação, na medicalização do cuidado em saúde. Durante um período de seis meses, trabalhamos na construção de uma atitude – um *ethos* na formação, baseado na autonomia. Ele deveria ser construído num mesmo plano, junto aos usuários e trabalhadores da saúde mental. Nos meses que antecederam a construção do grupo GAM no serviço de saúde mental, incluímos artigos da produção acadêmica produzida

pelas pesquisas GAM (PASSOS; CARVALHO; MAGGI, 2012; ONOCKO et al., 2012; ONOCKO et al., 2013; RENAULT, 2013) em nossas discussões. Destacou-se a relação da formação médica com a medicamentação dos processos de trabalho em saúde e, para intervir neste processo, a necessidade de articular os princípios de cogestão do cuidado à formação dos trabalhadores, envolvendo aqueles alunos de medicina. Após a leitura do guia GAM, feita com os alunos da UFF e do debate coletivo sobre a cogestão do uso de medicamentos psiquiátricos, decidimos utilizar a ferramenta GAM, no ambulatório de Pendotiba. Imbuídos da proposta de construir um *ethos* de autonomia, criamos um grupo com os alunos de medicina e psicologia para pesquisar o processo de formação médica, através da intervenção produzida pela GAM. A pesquisa se fazia como pesquisa intervenção tomando a criação do dispositivo GAM como analisador (LOURAU, 1993) do processo de formação, através da participação dos alunos como pesquisadores.

3.1.2- Os Primeiros Passos da Pesquisa

Em detalhe, o primeiro grupo: Dispositivo de Intervenção na Formação Médica (DIFOME) era composto por: alunos do curso de medicina; um estudante de psicologia da UFF; uma aluna de psicologia das Faculdades Maria Thereza; o psicólogo André e o autor desta tese. O segundo, o Grupo de Intervenção (GI-GAM), se formou a partir da escolha de dois acadêmicos de medicina, oriundos do DIFOME, com três trabalhadores: Renata; o Atendente Domiciliar Felipe Rocha Ruiz; estudante de enfermagem; a estagiária Juliana, estudante de psicologia da UFF, e dez usuários do referido ambulatório. O início do trabalho em grupo, no ambulatório, ocorreu após aprovação no comitê de ética da Plataforma Brasil, CAAE: 85411717.1.0000.5243 e autorização da Divisão de Ensino e Pesquisa (DEP) da Coordenação de Saúde Mental de Niterói. A Pactuação com os trabalhadores no ambulatório de saúde mental de Pendotiba envolveu a apresentação da estratégia utilizada pela GAM, na reunião clínico-institucional daquele serviço público de saúde. Neste dia, a equipe propôs que a escolha dos usuários do ambulatório, para participarem do grupo, deveria ser feita por indicação dos próprios trabalhadores dessa equipe.

Firmamos, na reunião de equipe do ambulatório, que estaríamos utilizando, como metodologia, uma intervenção participativa, e que iríamos acompanhar a

construção e desenvolvimento do grupo GAM, como analisador da formação dos alunos da medicina. Assim, os alunos de medicina, que poderiam ser entendidos como objetos de investigação se constituíram como sujeitos da pesquisa, através da análise do processo implementado no referido serviço, na tentativa de cartografar o percurso de formação. No decorrer da pesquisa, buscou-se, em parceria entre o ambulatório de Pendotiba, o Instituto de Psicologia e o Instituto de Saúde Coletiva da UFF, a construção de formas de cuidado e produção de conhecimento participativo, em seu viés de produção de autonomia.

No ambulatório, quando iniciamos o grupo com os usuários, nos reuníamos em torno de questões coletivas provocadas pela leitura do guia GAM, em encontros semanais de duas horas de duração, nas quartas-feiras. O GI-GAM iniciava às 14 horas e, posteriormente aos encontros, os três pesquisadores (dois alunos de medicina e este doutorando psiquiatra) se deslocavam para outra reunião com os demais pesquisadores do DIFOME, na faculdade de medicina da UFF. Para o grupo de pesquisa, levávamos os relatos da experiência com os trabalhadores e usuários daquele serviço e analisávamos os efeitos daquela participação, na própria formação dos pesquisadores envolvidos. Dentre as principais questões discutidas sobre a formação médica, destacava-se o problema da transmissão de conhecimento, baseado na heteronomia, no qual predominava a verticalização nas relações de ensino e pesquisa. As narrativas dos acadêmicos indicavam que tal forma de transmissão de conhecimento facilitaria a manutenção de um modo de assistência com pouca possibilidade de participação do usuário na cogestão do tratamento. Verificou-se que o baixo gradiente participativo dos alunos, na produção de conhecimento, era devido à possibilidade de reprodução desta mesma lógica, na gestão do tratamento psiquiátrico, no processo de trabalho, por efeito da formação. A hipótese era que o predomínio da heteronomia na formação médica levaria à produção de um profissional de saúde que tenderia a reduzir sua prática no cuidado a protocolos diagnósticos e procedimentos direcionados à prescrição de psicotrópicos.

O conhecimento produzido no DIFOME articulou-se com as produções coletivas do GI-GAM, compondo a complexidade da pesquisa de campo. No DIFOME, os oito alunos da graduação em medicina e dois de psicologia, incluindo os dois alunos participantes do GI-GAM, mas o doutorando (psiquiatra) e André discutiam sobre as repercussões da estratégia GAM na formação em saúde, construindo outros sentidos para a produção de conhecimento no cuidado em saúde. O desenvolvimento da pesquisa visava o fomento da participação dos usuários, mas considerando a implicação dos alunos, nesta

intervenção. Aos poucos, a produção de conhecimento centrado na hierarquia do saber biomédico foi cedendo à pesquisa cartográfica, pela participação dos alunos, usuários e profissionais de saúde, na articulação entre estes grupos.

Pela perspectiva da pesquisa cartográfica, se acompanhou a transformação do modo como os acadêmicos da graduação se envolviam no processo de pesquisar sua própria formação, problematizando as práticas de medicalização relativas à assistência. Em outras palavras, ao trabalhar coletivamente a experiência no GI-GAM, criaram-se condições clínico-políticas de produção de autonomia coletiva, articulando cuidado e formação em saúde, através da valorização do saber da experiência dos usuários e dos alunos da graduação. Os dois alunos que participavam do GI-GAM, no ambulatório, ao trazerem a experiência com os usuários e profissionais para o DIFOME, provocavam análises referentes à relação da produção de conhecimento heteronômico na formação, com a conseqüente medicalização do processo de trabalho em saúde, quando a prática de cuidado é reduzida a um dos vetores que a compõe.

Através da estratégia GAM, colocou-se em questão a centralidade protocolar da queixa-sintoma articulada ao procedimento diagnóstico-medicalização e ao controle medicamentoso-medicalização. Discutimos, então, se o processo de medicalização poderia ser consequência do excesso de diagnósticos psiquiátricos na população e da redução do cuidado a um de seus elementos. Muitas vezes, a medicação psiquiátrica vem sendo tomada como o principal recurso no tratamento dos transtornos mentais, e que demonstra a centralidade do médico no processo de cuidado em saúde mental. Isso poderia ser um obstáculo à construção de autonomia, no sentido de construí-la com os usuários dos serviços de saúde. O saber psiquiátrico, concentrado no médico, tende a excluir outros saberes e diminuir a ação de outros profissionais de saúde que compõem a equipe multiprofissional. A produção do diagnóstico e da prescrição de medicamentos reduziria as possibilidades de criação interdisciplinar, no tratamento em saúde mental.

A proposta, então, relativa à estratégia de cogestão, permitiria deslocar a centralidade do manejo do cuidado, ao compartilhar a experiência de uso de psicotrópicos com os usuários, dentro da construção de um projeto terapêutico com a equipe. Essa era uma tentativa de enfrentar o problema da centralidade do saber psiquiátrico e da heteronomia no processo de cuidado. Pensou-se também sobre o quanto a formação médica poderia estar implicada na medicalização, tanto nos processos de trabalho como

de formação em saúde. Desta maneira, baseados na valorização do saber da experiência fomos construindo outra proposta de formação na medicina, junto ao currículo da UFF, pela via da Iniciação Científica (IC) na graduação, através dos três projetos PIBIC e uma disciplina de IC, na faculdade de medicina.

Queremos destacar que a utilização da metodologia de cogestão na formação encontra-se em sintonia com a estratégia de formação em serviço, na medida em que, ao problematizar o processo de trabalho dentro da formação, cria-se um plano de constituição entre cuidado e conhecimento, em contraponto ao modo dos especialismos (abordado no capítulo anterior).

A produção de autonomia, como a princípio pode parecer, não se refere a uma prática de liberdade individualizada e, sim, à construção coletiva da gestão do cuidado. O maior grau de dependência se encontraria na internação manicomial, na qual o indivíduo passa a depender da instituição que o enclausurou, diminuindo suas possibilidades de construir relações sociais. Autonomia, na nossa concepção, não deve ser confundida com a noção de liberdade, no sentido de não precisar de ninguém, nem de estar sujeito a uma economia de mercado. É, antes, um valor construído pelas possibilidades políticas, econômicas e sociais que cada pessoa possui para gerir sua vida, dentro de vínculos construídos socialmente. Quanto à construção de relacionamentos familiares, de acesso à saúde, à educação, à cultura e à moradia, a autonomia prevê o que seja importante para se construir laços sociais, até vir a participar como cidadão e atuar como protagonista da política de saúde.

A pesquisa com a formação envolveu a investigação com humanos, sendo imprescindível o consentimento livre e esclarecido (TCLE) dos sujeitos envolvidos (alunos da graduação, integrantes do DIFOME), mas isso não foi suficiente para criar condições de emergência de novos protagonismos, ou processos coletivos de produção de autonomia. Devemos levar em consideração, que os processos de formação podem acabar privilegiando mais a transmissão de conhecimento, no sentido de construção de um saber verdadeiro, sem a participação ativa do aluno neste processo.

Em suma, temos o problema de querer propor a produção de autonomia com pessoas em formação que ainda não possuem autonomia profissional para prescrever condutas de tratamento. E, além disto, apresentava-se como obstáculo a cogestão do tratamento com pessoas definidas como portadoras de transtornos mentais (muitas vezes,

tuteladas por familiares e profissionais de saúde) que não possuíam uma certa autonomia funcional para gerir suas próprias vidas. Como nos conduzimos na formação de cuidadores para o cuidado do outro?

3.2- O DIFOME e seus Desdobramentos

Como vimos acima, o grupo DIFOME, no primeiro momento, era composto por oito alunos de medicina, mas apenas dois dos alunos poderiam participar da intervenção no ambulatório. A metodologia construída se pautava em trazer a experiência produzida no serviço para o debate coletivo, o que incluía a função de transmitir o processo no grupo GI-GAM, com os trabalhadores e usuários do ambulatório, para os demais integrantes do DIFOME.

Depois de longo debate, decidimos escolher entre nós qual seria a dupla de pesquisadores da graduação que estaria também no ambulatório e, por isso, teria a função de trazer os relatos, oriundos do manejo da cogestão com o guia GAM, para todos os pesquisadores. Este ponto da pesquisa passou a ser trabalhado no grupo como um aspecto bastante relevante: a função de transmissão, e o papel da narrativa neste processo, de trazer disparadores para o debate, como formas de resistência à objetificação dos sujeitos em diagnósticos de transtornos psiquiátricos, mas sem ignorar o debate sobre como são produzidos nos DSMs e no CID-10.

No período de pesquisa, entre agosto de 2016 e agosto de 2019, construímos três projetos de iniciação científica PIBIC, nos quais quatro alunos de medicina foram contemplados com a renovação da proposta: Samia Insaurreaga Jundi, Lia Melero dos Anjos (que iniciaram o grupo no ambulatório e na função de transmissão para o restante dos pesquisadores, em 2016/2017), Matheus Lemos Rodrigues de Souza (em 2017/2018) e Carla Graziela Paes Ladeira (em 2018/2019). Um dos pesquisadores da medicina, Vitor Talarico Campomizzo, participou de todo o processo da pesquisa, inclusive no ambulatório, mas não pôde ser contemplado por estar com bolsa, em outro projeto de iniciação científica. Marina Rodrigues Lemos e Carolina Martins Cabrita Lemos (alunas da faculdade de medicina) participaram das análises do grupo de pesquisa e no apoio ao processo de construção desta tese. No período de produção da disciplina de Iniciação Científica, na faculdade de medicina da UFF, no segundo semestre de 2018, participaram do grupo de pesquisa os alunos de medicina: Ricardo Vaz Tenório Bastos, Sara Lacerda

Malaquias Alves e Anna Beatriz Alves Peixoto. A participação de Eric Santos Oliveira (da graduação em psicologia da UFF) e Julia Moraes Aves (da graduação em psicologia FAMATH) foi fundamental para as análises do processo de formação na medicina. Sobre a participação de psicólogos no grupo, destaca-se a de André Miranda, que defendeu em agosto/2018 a dissertação de mestrado nesta pós-graduação, sobre nosso percurso de pesquisa, com o título: *Experiência e criação na produção de conhecimento: relatos, narrativas e breves histórias – diálogos com uma cognição em ato*. Voltaremos à produção de conhecimento e sua relação com a política narrativa, construída neste coletivo, mais à frente, mas agora vamos trazer o início da experiência dos pesquisadores do DIFOME, com ambulatório de Pendotiba, na leitura do guia GAM.

3.2.1- A Leitura Coletiva do Guia GAM e a Produção de Narrativas

Logo no primeiro passo, na leitura do guia GAM, é perguntado ao usuário como ele se apresenta para as pessoas. Sobre esta questão, os alunos perceberam que os usuários, em geral, centravam sua narrativa em serem portadores de uma doença mental ou se definiam pelo diagnóstico dado sobre eles. As respostas mais comuns eram: sou deprimido, esquizofrênico ou usuário de drogas ou traziam esta referência centrada em serem pacientes de determinado médico. A psiquiatra Renata era referência da maioria dos usuários, naquele momento inicial do grupo GAM. Esta forma de apresentação nos permitiu identificar um grau de tutela, mas também de gratidão, ao colocar o nome de um transtorno mental na frente de outras características, sendo a principal característica ter uma doença ou ser paciente de um especialista. Mas revelava também a valorização da profissional de saúde no seu tratamento.

Numa determinada reunião do GI-GAM, no final do primeiro mês de iniciado o grupo, a leitura de uma frase do guia produziu uma reflexão importante sobre este tema.

“Eu sou uma pessoa, não sou uma doença” (pag. 14)

Esta frase, traduzida do guia GAM do Quebec, durante muitos encontros foi lembrada, por vários usuários no grupo, revelando a problematização do sentido produzido pela forma como os usuários se viam e se apresentavam.

No grupo DIFOME, com os alunos da medicina e psicologia, esta questão foi intensamente discutida, por ter se mostrado muito relevante, para a produção de autonomia através do cuidado em saúde. O debate era produzido sobre como o

profissional de saúde poderia contribuir para o usuário não reduzir sua relação com o médico, e principalmente consigo mesmo, ao diagnóstico. Começamos a analisar o quanto a medicalização, reproduzida na formação, poderia estar envolvida na submissão dos usuários ao diagnóstico e ao saber psiquiátrico do médico. Renata tinha revelado, com incômodo, o fato de eles se referirem a si mesmos como pacientes dela. Segundo revelou, dava “uma impressão de subserviência ou de um excesso de gratidão para comigo”. Estes aspectos foram trabalhados algumas vezes quando ela frequentava a supervisão do grupo Enativos de 2016 até 2018.

O desafio era o de como aumentar as possibilidades de outras maneiras de narrar a relação com os usuários e de eles mesmos poderem falar de sobre si, sobre sua história de vida ou sobre a relação com o tratamento. Ou seja, através de outras abordagens, outros processos de subjetivação se davam em trajetórias singulares de cada participante, naqueles dois grupos. Não se tratava de destituir a relação médico/paciente ou a importância de produção de diagnóstico, mas não reduzir ou centralizar a narrativa, e a relação com o tratamento e a formação em saúde, num de seus elementos.

No segundo passo, outro elemento fundamental produziu discussões importantes: como ampliar as possibilidades de tratamento, sem que houvesse a redução do cuidado no uso de medicamentos, nem a importância de utilizá-los de forma adequada às suas necessidades. O debate no GI-GAM levava os usuários a conhecerem benefícios e malefícios dos medicamentos que agiam sobre o organismo de cada um e em sua subjetividade, no seu modo de viver. Neste ponto, muitos usuários discorreram sobre como o uso de medicamentos afetava sua sexualidade, tanto na falta como no aumento do desejo sexual. A importância deste tema reverberou em muitas reuniões. Numa delas, um dos usuários fez a pergunta diretamente para o pesquisador da pós-graduação (Marcio) e para psiquiatra do ambulatório (Renata). O usuário questionou se o uso de Haldol poderia aumentar a vontade de fazer sexo. Neste momento, muitos risos dos outros usuários pareciam revelar que aquela colocação seria inadequada ou não deveria ser feita por ele, mas na verdade acabou trazendo muitas questões para todos do grupo. Depois de risos e conversas paralelas, muitos se sentiram mais à vontade para falar da sua sexualidade e dos problemas que a condição de ser paciente trazia para sua autoestima, como o ser vítima de preconceitos, por usar uma ou mais medicações psiquiátricas ou frequentar um serviço de saúde mental. Após o término da reunião, no ambulatório, foram sentidos os efeitos desta problematização, que repercutiram nos pesquisadores da

graduação do DIFOME. Após o grupo no ambulatório, nos reunimos na UFF, para discutir a forma como lidar com este problema, não só quanto à medicalização do cuidado em saúde, mas um outro modo de construir relações, inclusive com o diagnóstico. Segundo os pesquisadores da graduação, a potência daquelas análises produzidas pelo grupo (com os usuários e trabalhadores) era muito distinta das que eram feitas num atendimento individual, entre o profissional de saúde e o paciente, nos locais de ensino formal da graduação. Além disto, poderem trazer estas questões, no DIFOME, propiciava falarem das angústias relativas ao modelo de aprendizado na faculdade e de como a formação em medicina restringia suas vidas. O cuidado com o tratamento, com os usuários, repercutia no cuidado com o processo de formação de si, no processo subjetivação no qual o cuidado com o outro repercutia no cuidado de si, junto a produção de conhecimento.

Neste sentido, pensávamos em como produzir cuidado consigo mesmo e com aquele grupo de pesquisa. Ao colocar a formação em questão, no cuidado (trabalho vivo) e na condução do outro (prescrição de conduta), percebia-se um desdobramento em outros modos de cuidado e produção de conhecimento sobre si mesmo e com outrem. Num mesmo trabalho de campo, como cuidar do outro ressoava no cuidado de si, e no processo de formação em serviço. O modo de produzir cuidado com outro, dentro de um processo grupal (GI-GAM) com os usuários, trabalhadores e pesquisadores, reverberava nos pesquisadores do DIFOME. O acolhimento dos usuários, naquele grupo no ambulatório, provocava um acolhimento no grupo, com os pesquisadores na graduação, e vice-versa. No DIFOME, se criava também a possibilidade de cuidar da formação dos cuidadores, quando se percebia que esta produção coletiva envolvia vários aspectos na construção de outros modos de se relacionar com os usuários e trabalhadores e entre nós mesmos. Era outro o processo de subjetivação, pois se respeitava a singularidade de cada participante, em sua trajetória. A produção de cuidado consigo envolvia a forma de lidar com o outro e, ao mesmo tempo, o cuidado do outro repercutia no consigo. Ou seja, o modo como construíamos o processo de formação para o cuidado em saúde, nos conduzindo, ressoava nos dois grupos. Mas qual era o grau de autonomia que se produzia nesta condução de si em formação, em relação ao manejo do grupo no ambulatório e na formação?

No terceiro passo do guia podemos encontrar a possibilidade de conduzir o tratamento, e provocaram muitas questões nos usuários e trabalhadores, em consonância

com o percurso da pesquisa e os direitos humanos. Os direitos dos usuários da saúde do SUS eram preconizados, respeitando-se os seguintes princípios:

1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.
2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.
3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.
4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça de forma adequada.
6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

Logo depois da leitura destes direitos, discutiu-se sobre poder utilizar outros tipos de tratamento ou mesmo recusar o uso de medicamentos.

Neste momento, são abordadas várias situações em que os usuários se sentiram obrigados a fazerem o que não queriam, em tratamentos anteriores, antes de entrarem naquele ambulatório. Já no grupo com os alunos, estes pontos levaram a discussões sobre a importância da participação política, deles mesmos e dos usuários, tanto na mudança do processo de ensino como do sistema de saúde, na direção de pensar a produção de autonomia como uma construção mais coletiva. A autonomia, muitas vezes, entendida como aumento de possibilidades dos indivíduos, em suas próprias vidas, se construía, no nosso grupo, de forma mais coletiva, envolvendo os participantes no manejo da pesquisa no DIFOME e com o grupo no ambulatório.

A produção de autonomia entrou em diálogo com a prescrição e também com o modo de utilizar os remédios psiquiátricos entre outras drogas, quando nos demos conta que, ao longo da leitura do guia, o interesse dos usuários aumentava tanto na direção de conhecer os efeitos dos medicamentos psiquiátricos como na produção de saúde, envolvendo a alimentação, a atividade física, uso de substâncias no lazer, redes de apoio

familiar e sociais ou acesso a diversão e cultura. Em muitos encontros, vários deles traziam os remédios ou as receitas para olharmos juntos a forma como os utilizavam e se havia necessidade de alguma mudança. Como conduzimos e como nos conduzir? Reverberava nas reuniões, mas tinham efeitos distintos no percurso de cada um, na trajetória do grupo de pesquisa e no ambulatório.

A característica do ambulatório de saúde mental de Pendotiba se revelava pela heterogeneidade dos problemas trazidos pelos usuários, ao longo dos encontros que ocorriam sempre às quartas-feiras, em torno das quatorze horas. Deve-se levar em conta que o serviço recebia uma variedade de usuários com diagnósticos variados: deficiência intelectual, depressão, esquizofrenia, abuso de drogas lícitas e ilícitas. A problemática de como seguir a conduta do médico, repercutia no grupo DIFOME, entre os pesquisadores da graduação, levando ao debate sobre como os usuários acabavam seguindo as condutas dos médicos. Muitas vezes, sem se questionarem sobre os efeitos colaterais que apresentavam, ou a sua reação ao tratamento, ou como a conduta prescrita intervinha no seu processo de subjetivação. Refletíamos sobre o problema da tutela ao saber médico, produzido dentro de uma relação de subordinação ao médico ou o modo como o conhecimento se fazia, apenas seguindo um saber especialista. Alguns usuários diziam que o médico era quem tinha estudado sobre o assunto, e, por isso, eles não deveriam questionar nada. Uma das usuárias perguntou se podia modificar a forma como usava os remédios, o que levou ao debate sobre não ser uma decisão a ser tomada por autogestão, mas em diálogo com o profissional de saúde. Neste momento, se produzia uma compreensão, no grupo de pesquisa e do ambulatório, sobre a produção de autonomia através da cogestão do tratamento. Debruçávamo-nos sobre como a heteronomia, na transmissão de conhecimento dentro da formação médica, influenciava a reprodução da relação de tutela com os usuários. No entanto, intervir na relação de tutela ou de subordinação ao médico, não deveria ser uma atitude de ser contra a medicação ou de ser uma tomada de decisão autogerida, entendida como individual, mas numa atitude de cogestão, no cuidado de si mesmo, com os trabalhadores da saúde.

No grupo com os pesquisadores, fomos percebendo como a cogestão do cuidado afetava os trabalhadores, que participavam do grupo no ambulatório, com destaque para a relação entre os profissionais Renata e o Felipe. Percebíamos como ele (estudante de enfermagem que trabalhava como AD, no ambulatório) passava a participar mais do

manejo, dentro destas discussões no grupo GI-GAM. A psiquiatra não centralizava a condução das perguntas feitas pelos usuários, ou na prescrição de condutas. Desta forma, se produzia a distribuição do manejo, antes centralizado na Renata ou em mim mesmo. Assim o manejo do grupo se distribuía entre os trabalhadores e com os dois pesquisadores da graduação da medicina. O “lugar” de saber da psiquiatria estava sendo partilhado, dentro do grupo, com o saber que se construía naquela experiência, com os usuários e os pesquisadores da graduação.

Não estamos dizendo que a psiquiatra estava ensinando para os usuários sobre os remédios psiquiátricos, como num curso de capacitação. Sem dúvidas, a especialidade da psiquiatria tem informações importantes sobre o diagnóstico e o tratamento, e devem ser trazidas para o grupo, mas a partir das colocações dos usuários e com todos os demais integrantes daquele grupo. O que queremos afirmar é que os temas discutidos eram trazidos pelos usuários, e o saber construído no grupo não tinha uma única direção, como numa consulta em que o médico examina o paciente e prescreve uma conduta. A proposta era de construção de um saber com os participantes, no qual o conhecimento médico tem sua importância, mas em conjunto com o saber da experiência do usuário e dos trabalhadores de outras formações. A complexidade da condução deste processo impactava na formação dos pesquisadores da graduação e da pós-graduação. O saber dos usuários envolvia sua experiência de vida, na produção de sua subjetividade, mas por eles mesmos também produzida, neste coletivo de cuidado, em seu percurso neste grupo. Ao perceber o efeito desta intervenção, no e do GI-GAM, também nós, pesquisadores, acabamos construindo outro modo de conhecimento, permanentemente em formação.

3.2.2- A Transição no Meio do Percurso

Depois um ano e seis meses de pesquisa com a graduação no grupo DIFOME, e de seis meses em parceria com o ambulatório de Pendotiba, um problema levou a refletirmos sobre a sua dinâmica no cuidado, e na formação dos pesquisadores envolvidos. O grupo no ambulatório se propunha a ser um grupo aberto à entrada de novos integrantes. Inclusive, na entrevista, Paula Cruz Azevedo da Silva (psicóloga do ambulatório) revelou que se interessou em entrar no grupo GI-GAM, justamente por causa desta característica que “oxigenava o trabalho”. No ambulatório, as reuniões do grupo aconteciam na sala onde a equipe se reunia em outro dia, na supervisão daquele serviço, pois era a mais ampla e se localizava no centro do serviço. Outro aspecto

importante sobre sua localização é a proximidade do corredor, que dava acesso às salas de atendimento, e passava à porta da sala do grupo GI-GAM, sempre aberta, onde estávamos lendo o guia. A porta aberta significava possibilidade de acesso a qualquer pessoa, mas também uma abertura grupal ao ingresso de outras pessoas, àquela reunião.

De forma diferente, no DIFOME, não tinha havido, ainda, nenhuma entrada de novos participantes. E, naquele mesmo momento, estávamos construindo uma transição dos dois alunos de medicina que integravam o grupo GAM, no ambulatório. Todos integrantes do DIFOME preocupavam-se com a transição dos pesquisadores, refletindo sobre o efeito que poderia causar nos usuários, relativo ao vínculo construído com eles e com trabalhadores do ambulatório. A questão de sermos, no DIFOME, até então, um grupo de porta fechada, mas em transição, revelava dois sentidos: o de não haver trânsito de pessoas no local de nossa reunião, na faculdade de medicina da UFF, e não termos possibilitado entrada de novos integrantes na pesquisa. Estes dois aspectos pareciam destoar do percurso no ambulatório. No entanto, a diminuição do número de integrantes do grupo DIFOME (com a possibilidade de saída de dois pesquisadores, e, também, a transição dos pesquisadores no ambulatório) nos colocava em questão sobre o compromisso com a pesquisa e a maneira como estávamos lidando com os processos disparados, com os usuários e trabalhadores, ou os efeitos sobre nossa implicação com a intervenção no ambulatório e o próprio funcionamento do DIFOME.

Como conciliar interesses pessoais, em períodos de formação tão diferentes, com o compromisso firmado com a intervenção no ambulatório e na pesquisa sobre o processo formação? Este ponto do processo foi muito delicado e difícil, tomando várias reuniões com os pesquisadores do DIFOME, além de várias demandas de supervisão no grupo Enativos.

Este período foi marcado pela saída de Lia, que iniciou o grupo no ambulatório e estava nos últimos períodos da faculdade de medicina, se preparando para as provas de residência médica. A maioria dos pesquisadores do grupo era dos primeiros períodos da graduação. A finalização da graduação produzia uma tensão sobre a busca de ter autonomia financeira e dar continuidade ao processo de formação, na escolha da especialidade, o que era entendido por aumentar sua competência profissional. A outra pesquisadora da graduação de medicina, Samia, de modo diferente, estava se preparando para uma viagem para Cuba, num intercâmbio da UFF com a universidade daquele país.

No final do primeiro semestre de 2017, houve, então, a transição dos pesquisadores, no grupo do ambulatório, com a entrada de Vitor e Carla. Mas cabe uma observação sobre esta transição dos pesquisadores, no ambulatório, pois eles já participavam do DIFOME desde seu início, o que produziu elementos bem interessantes. Ambos experienciaram muitas das discussões e análises produzidas naquele grupo de pesquisa, sobre os efeitos da intervenção da GAM, na formação. No final dos oito primeiros meses de intervenção no ambulatório (junto com os demais integrantes, incluindo a Lia e a Samia), gradualmente, Carla e Vitor foram construindo vínculos com os usuários do ambulatório e com os trabalhadores daquele serviço. Este processo de pactuação revelava que, na verdade, sempre estamos em processo de contratação. Mesmo quando não havia mudança de integrantes, os campos de cuidado e de pesquisa mostravam-se móveis e transitórios, tanto no trânsito de pessoas, na equipe de pesquisa, como nas mudanças de território existencial dos seus integrantes. O território existencial refere-se aos problemas trazidos pelos trabalhadores, usuários e pesquisadores, relacionados a mudanças inerentes ao percurso da pesquisa, sobre a produção de autonomia, através do cuidado no ambulatório ou da formação no DIFOME. A pesquisa-intervenção participativa e o cuidado integral em saúde exigem um processo de contratação, sempre em processo de construção e desmonte, com produção de novos territórios, numa repactuação constante entre todos os envolvidos. A condução dos usuários, pelos médicos no ambulatório, acabou reverberando na condução dos pesquisadores da graduação e no manejo da pesquisa pelo Marcio, levando à problematização da sua centralidade, na supervisão do Enativos. Como conduzir o processo de impacto em como nos conduzimos, ou de quanto necessitamos ser conduzidos na pesquisa sobre nossa formação?

3.2.3- A implicação com o Processo de Cuidado na Formação

Em muitos encontros no DIFOME, durante a transição dos pesquisadores da graduação em medicina, discutimos sobre a intervenção no ambulatório e os seus efeitos sobre a formação. Juntos, fomos construindo com os demais pesquisadores a mudança gradual dos dois integrantes que participavam do grupo, no ambulatório. Um dos problemas trazidos pelos pesquisadores foi sobre os usuários ficarem preocupados com a saída da Lia e da Samia, colocando em risco a continuidade do grupo. Alguns usuários diziam que tinham vivido, por várias vezes, a perda de um profissional de saúde que saía

do serviço. Este problema referia-se à rotatividade de profissionais nos serviços de saúde, provocado pela precariedade de vínculos e dos contratos temporários, referentes aos trabalhadores. Levamos o problema para supervisão no Enativos, e resolvemos, no grupo DIFOME, que Lia e a Samia iriam conversar com o grupo e com os usuários, sobre os motivos de suas saídas. Ao mesmo tempo, Carla e o Vitor se apresentavam como novos integrantes, neste grupo do ambulatório. O processo não poderia ser feito como uma troca de bastão, entendendo que os vínculos e o processo de contratação, neste coletivo, não se constroem como num revezamento de pessoas. A construção de confiança e a contratação coletiva trouxeram possibilidade de maior implicação dos pesquisadores com o campo da pesquisa e no cuidado em saúde, tanto no GI-GAM como no DIFOME.

A questão que reverberava era a estreita relação entre a produção de autonomia nos processos de trabalho e de formação em saúde. Refletíamos sobre o quanto nos deixamos conduzir no processo de subjetivação. Ou, ainda, como neste processo, estão incluídas as relações médico-paciente e professor-aluno; ou do pesquisador, especialista em psiquiatria, com os pesquisadores da graduação. Qual é o grau de tutela (ou de heteronomia) envolvido nestas relações? Ou quais as possibilidades de cogestão desses processos, na conquista do direito de se conduzir e de cuidar de si mesmo, mas em direção à autonomia não encerrada em si mesmo?

Por enquanto, vamos acompanhar os encontros seguintes. No DIFOME, Vitor e Carla revelaram que, em reuniões posteriores no GI-GAM, os usuários falaram sobre o receio daquele grupo acabar, quando eles fossem embora e terminasse a pesquisa. Debates sobre a importância de construirmos juntos sobre quanto tempo durariam aqueles encontros, no ambulatório, até finalizar a leitura do guia GAM e as possibilidades que poderiam ser construídas, ao concluir a pesquisa.

Os usuários conseguiram se colocar sobre como entendiam o processo de pesquisa e de como eles poderiam participar, junto com os trabalhadores e alunos, tanto na construção do cuidado, na cogestão do tratamento, como no processo de formação dos pesquisadores. O ponto de encontro, ou intercessor, entre o cuidado e a formação, se produzia na experiência de lateralizar processos distintos, naqueles grupos (DELEUZE, 2000). Os usuários disseram para Lia e Samia que elas levariam aquele aprendizado para sua vida profissional. Além deste reconhecimento do saber produzido até aquele momento, também se renovavam as possibilidades de outros alunos serem beneficiados

pelo grupo, com a entrada da Carla e do Vitor. Em vários encontros, depois da mudança dos pesquisadores, foi trabalhada a forma como os usuários se sentiam, quando algum profissional saía do ambulatório e deixava saudade. Algumas vezes, conversamos sobre a passagem de estagiários, residentes de medicina e da residência multiprofissional pelo grupo. Na entrada de pessoas novas, o grupo novamente se apresentava. Nestes momentos, se dava uma apresentação do motivo de nos reunirmos e cada integrante dizia um pouco do seu percurso. No início do grupo, esta apresentação ficava, muitas vezes, centrada em Marcio e Renata. No entanto, com as mudanças, nos demos conta da importância das pesquisadoras que saíram, e dos usuários que já tinham participado, mas estavam de alguma forma em nossa memória e nós nas deles. Era difícil a despedida, mas a importância do coletivo, de quem ficava, de quem era lembrado e, também, quem entrava, pôde ser valorizada. Os usuários passavam a se apropriar da fala, o que se expressava no convite que faziam para novos usuários entrarem, na maneira como os usuários tomavam a própria apresentação aos novos participantes. Naquele momento, se colocavam como membros daquele grupo de GAM e revelavam o que já tinham discutido sobre o guia. Portanto, não apenas integrantes passivos, mas como protagonistas do processo de cuidado compartilhado.

Depois de nos situarem sobre alguns pontos dos passos do guia, que foram debatidos até aquele momento, foi trazido o problema da falta de medicamentos distribuídos pela prefeitura e a saída de alguns profissionais daquele serviço. A precariedade dos vínculos dos profissionais e o direito ao tratamento, o que incluía acesso a medicamentos, mas não a eles reduzido, levaram à participação dos usuários, trabalhadores e pesquisadores em reunião fora do ambulatório, na AUFA (Associação de usuários, familiares e amigos da saúde mental) de Niterói.

3.2.4- Distribuição da Centralidade do Manejo nos Grupos

O meio do percurso, no ambulatório, se manifestava pela transição do posicionamento dos pesquisadores, trabalhadores e usuários no grupo GI-GAM, mas destacamos a dos pesquisadores da graduação, sobre como a intervenção no ambulatório repercutia na construção de autonomia e na produção de conhecimento. A centralidade do manejo, identificada no início do processo de pesquisa, foi se distribuindo tanto pela participação dos usuários como na possibilidade de Felipe (AD) de tomar, também pra si, junto com Carla e Vitor, as ações propostas. Principalmente, as relacionadas às políticas

de reivindicação dos direitos dos usuários ao tratamento no GI-GAM e da transformação do modelo de produção de conhecimento no cuidado em saúde no DIFOME.

As análises produzidas no grupo DIFOME envolviam, cada vez mais, as mudanças na formação dos alunos de medicina, a partir do processo de intervenção no ambulatório. A participação de alunos no GI-GAM, junto à produção de protagonismo com os usuários, levou a efeitos na formação dos pesquisadores da graduação. O manejo do grupo no ambulatório, antes mais centrado em Marcio e Renata, foi se distribuindo entre todos os participantes, principalmente, em alguns usuários, que permaneceram até o final da leitura do guia GAM, e no protagonismo do Felipe. Essas atitudes geraram maior distribuição de protagonismo, entre os pesquisadores da graduação em medicina (que participavam do GI-GAM) e Matheus, um dos pesquisadores que integrava somente o DIFOME. Ao ser colocada em questão a centralidade da Renata, no GI-GAM, e do Marcio nos dois grupos criava-se mais possibilidades de distribuição do manejo, tanto na condução do grupo no ambulatório como na pesquisa, em relação ao processo de formação dos pesquisadores da graduação. Naquele momento, a forma de transmissão do conhecimento médico e a hierarquia do saber psiquiátrico, com suas consequências na medicamentação do cuidado, foram problematizadas nestes dois grupos.

A criação de possibilidades de distribuição da centralidade envolvia as relações de poder, intrínsecas às formas como se hierarquiza a produção de conhecimento, tanto na relação de cuidado, em equipe multiprofissional, como na de formação em saúde. A direção decrescente desde quem teria maior conhecimento até o de menor. No topo da pirâmide, estaria um especialista: o médico ou professor de medicina sobre o paciente, sobre os profissionais da saúde (não médicos) e sobre os alunos da graduação. Sobre a distribuição da centralidade na produção de cuidado e conhecimento, os pesquisadores do DIFOME faziam análises sobre a função de Marcio e Renata, refletindo sobre formas de descentralização não só no manejo dos grupos como, também, na construção de conhecimento. Essa descentralização proporcionava a emergência de novos protagonismos. A metodologia utilizada conciliava outra maneira de gerir o cuidado com a formação dos pesquisadores da graduação, por “tríplice inclusão” (PASSOS; CARVALHO, 2016).

1. Dos diferentes sujeitos envolvidos na gestão do cuidado (gestores, usuários, trabalhadores e alunos da graduação)

2. Dos analisadores da intervenção que advêm da lateralização destes sujeitos
3. Da emergência do sujeito coletivo, resultante das inclusões dos itens anteriores, o que se manifesta, pela criação de novos protagonismos nos dois grupos (DIFOME e GI-GAM)

O método de tríplice inclusão deve ser operado em espaços de cogestão, do cuidado e da formação, no entanto, para se atingir a autonomia, se faz necessário o aumento da participação dos usuários na gestão do cuidado, só que acompanhado pelo profissional e pelo aluno – ambos, pesquisadores aprendizes, sempre em formação pela estratégia de Educação Permanente na formação em serviço. A estratégia de cogestão do tratamento psiquiátrico da GAM, além de levar ao aumento do protagonismo dos usuários, dos trabalhadores da saúde e dos alunos nos fóruns de gestão, atingiu as instâncias de formação de Niterói. No caso desta pesquisa, dão-se como exemplos, a participação na AUFA (Associação de Usuários e Familiares de Niterói), a apresentação no DEP (Divisão de Ensino e Pesquisa do mesmo Município) e na disciplina de iniciação científica, na faculdade de medicina da UFF.

Identificamos uma sintonia desta metodologia de tríplice inclusão com a proposta pelo quadrilátero na formação, referido no segundo capítulo desta tese. A transformação do processo de adquirir e produzir conhecimento transitava do modelo heteronômico de transferência de conhecimento até o de autonomia coletiva, na produção de conhecimento. O desafio comum se refere à construção de um plano de participação que reunisse usuários e estudantes, na solução de problemas trazidos pela prática em serviço. O que está em destaque, nesta pesquisa, é o efeito da problematização produzida pela GAM na formação em medicina. Desta forma, a análise da intervenção se revela pelo questionamento da centralidade da produção de conhecimento e do cuidado, numa forma de resistência à redução do cuidado ao diagnóstico psiquiátrico e, conseqüentemente, à prescrição de psicotrópicos.

Quanto maior a participação dos usuários, na gestão do seu tratamento, maior seria a possibilidade de vir a gerirem o próprio cuidado, no grupo GI-GAM. Pelo intermédio da metodologia de cogestão, criam-se condições de possibilidade de participação em esferas gradativamente superiores, ao assumir maior protagonismo em seus respectivos percursos. O mesmo raciocínio envolve a formação em serviço: pelo

aumento da participação do aluno, no processo de sua formação, atingem-se esferas de decisão, como em conferências de saúde ou em fóruns de mudança do currículo de medicina. Na medida em que são construídas novas possibilidades de intervir no processo de formação, também pode-se alcançar a gestão do cuidado, e vice-versa. Acreditamos que este empenho micropolítico na emergência de novos protagonismos, gerado num mesmo plano de produção de conhecimento e cuidado, pode vir a atingir o nível macropolítico das políticas públicas de saúde.

3.3- Desafios no Manejo: a experiência do erro

“Melhor aproveitar agora porque daqui a pouco não vamos mais poder errar.” Essa frase foi trazida por Matheus, pesquisador da graduação em medicina, para expressar um discurso comum que habita o território das habilidades médicas, e da execução perfeita da missão terapêutica, ensinada nos anos da graduação. Em sua narrativa, trazida para o grupo de pesquisa DIFOME, não apenas os alunos esboçariam essa pretensão de integrar o panteão dos médicos que sabem o que fazem. Alguns professores ainda se resguardam, em seus lugares institucionais, para exercer uma didática da ilusão da infalibilidade. A infalibilidade da conduta médica e dos preceitos científicos de neutralidade respaldam sua intervenção terapêutica, baseando-se na transmissão de conhecimento científico, o que definimos como uma relação onde predomina a heteronomia no ensino da medicina.

Na trajetória cumulativa dos conhecimentos técnicos e da instrumentalização da abordagem ao paciente, a perfeição tem cadência ditada pela simples regra da boa aplicação da conduta clínica. O erro, no presente ou no futuro, figura como força que impede o indivíduo de ocupar o estatuto social da medicina, particularmente nos últimos tempos em que a demanda por seguros de responsabilidade profissional do especialista na saúde tem crescido significativamente.

Mais do que entender os limites éticos da negligência, da imprudência e da imperícia, a construção coletiva de um conhecimento partilhado na experiência fez emergir as vozes do desconforto com as pressões na graduação para se tornar um profissional impecável. Por muitos momentos, o DIFOME ocupou-se das questões curriculares e estruturais da faculdade e das angústias experimentadas na formação médica que suprime frequentemente do processo de formação os espaços subjetivos a ponto de, por vezes, esvaziar sonhos. Uma nova compreensão do erro, que não se

dedicasse a vangloriar as falhas, mas que permitisse uma valorização diferente dos desvios, começou a permear os caminhos da nossa proposta de autonomia coletiva no processo de formação do trabalhador de saúde.

Apresentamos a seguir alguns acontecimentos que nos indicaram a problemática do erro na prática médica e sua relação com a heteronomia na formação médica. Um dos acontecimentos localiza-se no período de comemoração do primeiro ano de intervenção GAM no ambulatório de saúde mental de Pendotiba. Nesse primeiro ano do GI-GAM, diversas tentativas de promover a ocupação de espaços públicos pelo grupo com usuários e trabalhadores foram realizadas. Inicialmente, as saídas para os espaços externos ao ambulatório tinham o propósito de participação do grupo na agenda de lutas e reivindicações dos movimentos de usuários, trabalhadores e familiares da saúde mental. Exercitávamos a autonomia, a partir da consolidação do direito dos usuários no uso dos equipamentos sociais, na circulação pela cidade. Ainda que esses primeiros momentos estivessem implicados em um movimento reivindicatório e político do grupo, os desgastes decorrentes das demandas para a gestão da saúde em Niterói, e ainda sem resposta resolutiva quanto à garantia dos direitos dos usuários ao tratamento, acabou por diminuir o entusiasmo para outras tentativas de sair do ambulatório.

Na programação das festividades do primeiro aniversário do GI-GAM, foi aventada a possibilidade da saída do grupo para um encontro numa pizzaria da cidade, durante a tarde. Preparativos foram arranjados e todos estavam cientes e mobilizados para o encontro. Porém, houve um impedimento da médica psiquiatra do ambulatório para participar do momento planejado, em razão de um imprevisto importante. A solução colocada pelo Marcio foi entendida como suspensão do encontro, em atitude de cuidado com uma participante ativa nas reuniões do grupo que não poderia ir ao evento. E, embora o grupo já tivesse, em outras ocasiões, mantido seu agendamento mesmo com a ausência de algum integrante, não houve a comemoração na pizzaria naquele dia. Como a participante faltosa era a psiquiatra do ambulatório, uma profissional cujo lugar na relação médico-paciente costumeiramente está associado à centralização do cuidado, vários questionamentos foram suscitados. Os pesquisadores no DIFOME e no grupo do ambulatório (GI-GAM) se perguntavam acerca da centralidade no manejo, responsabilização individual e demandas de cuidado coletivo nos dois grupos.

O poder decisório dos pesquisadores e as frentes de comunicação, dentro do grupo foram aspectos analisadores nesse momento. Questionou-se a função do pesquisador doutorando no grupo DIFOME e no GI-GAM, tendo sido quem colocou em

questão a manutenção do passeio, considerando a possibilidade de cancelamento da agenda.

Nas combinações relativas ao passeio, Felipe seria o técnico responsável por acompanhar os usuários no trajeto do ambulatório à pizzaria. No manejo da eventualidade ocorrida, coube, então, a ele se comunicar com os usuários e a decisão de manter, ou adiar, o passeio. Contudo, por um possível ruído no fluxo de informações ou por construções tipicamente hierárquicas muito presentes nos serviços de saúde, em que médicos ocupam lugares de centralização, o questionamento do pesquisador “doutor” foi traduzido como uma “prescrição”: o cancelamento do passeio naquele dia.

Tal desfecho foi considerado, pelos integrantes do DIFOME, e principalmente pela Renata, como um erro. Suscitando as seguintes interrogações: 1) A ausência de um componente do GI-GAM (que não a psiquiatra do ambulatório) colocaria em questão a manutenção do passeio? 2) O questionamento por parte do pesquisador, também psiquiatra, tomado como determinação, refletiria um lugar comum àquele ocupado por médicos, nos serviços de saúde e nas relações de cuidado? 3) A construção coletiva produzida no grupo, a qual deu origem ao planejamento detalhado do passeio, estaria tão fragilmente alicerçada?

O erro, ou a sensação de erro, nessa situação, esteve relacionado à dificuldade de responder, com precisão, às interrogações enumeradas e também ao sentimento de culpa que assolou, sobremaneira, individualmente os pesquisadores e o Felipe. A Renata foi quem mais reagiu por não ter ocorrido a atividade. Havia uma ideia geral de que cada um pudesse ter agido de outra forma: o referido pesquisador deveria ter evitado anteceder, agir antes do desfecho. Sinalizou uma centralidade, mesmo que não atuasse na produção do diagnóstico ou não prescrevesse condutas assertivas.

Será que se Carla e Vitor tivessem participado, junto ao Felipe, do manejo da questão colocada, levaria a outro desfecho? A busca pelo responsável se fazia na busca da causa, na identificação do agente etiológico, e não no complexo hierárquico, envolvido nas relações de trabalho, que expõe a responsabilização individualizada, ou de um modo de fazer heteronômico, dentro da formação em medicina.

Embora, num primeiro momento, permanecesse entre os pesquisadores e trabalhadores a sensação de erro, o encontro subsequente ao episódio evidenciou que os usuários compreenderam tal situação não como um cancelamento, mas um adiamento, e concordavam com a importância do cuidado à psiquiatra do ambulatório. Curiosamente, neste dia, o grupo agendou um novo dia para o passeio (29 de novembro de 2017), sem

que nos atentássemos para o fato de que Renata, neste período, estaria de férias. Assim, os usuários viveram o episódio de outra forma.

Na nova data, para ida conjunta com trabalhadores e usuários à pizzaria, os pesquisadores estavam presentes. Se, na situação anterior, tal presença tinha o caráter de responsabilização individual nas práticas de cuidado; no novo agendamento da saída coletiva, a presença dos integrantes marcou o deslocamento do grupo.

A discussão acerca da centralidade do manejo do grupo e da individualização dos responsáveis pelos erros ressoou nos encontros posteriores no DIFOME até que se realizasse finalmente a esperada saída à pizzaria. Na ocasião, compareceram Felipe, Marcio, Carla, Vitor, Lia e dois usuários que depois acabaram sendo monitores de um novo grupo GAM, no ambulatório.

O principal aspecto analisador do episódio de saída à pizzaria foi a observação do caráter individualizante, dentro da formação em medicina, da experiência de desvios tomados como erro. O receio de falhar, ou a própria experiência do erro, tem a tendência de ser entendido como um incômodo individual e não como um efeito de processos coletivos. A heteronomia, no processo subjetivo de formação, configura-se numa tentativa de proteção dos profissionais de medicina, induzindo uma expectativa de controle. Dado que a responsabilização perante o erro será individual, na medida em que amplia a distância dos médicos em relação aos pacientes, e aos demais profissionais de saúde, cria um ambiente de aparente proteção, onde os médicos mantêm-se isolados do restante da equipe e da cogestão do cuidado com os usuários. É importante ressaltar que, sob a perspectiva individualizante do erro, a sensação de falha se articula à ideia de descumprimento de protocolos, mas também como fruto de inventividade ou de uma criação. A primeira advém da experiência de aplicação incompleta ou errônea do protocolo e a segunda articula o erro a situações em que, por não haver um caminho pré-determinado, pode levar a uma experiência de errância.

O desfecho da situação da ida à pizzaria nos pareceu bem-sucedido, por ter se desenvolvido na perspectiva da construção participativa e descentralizada. Na medida em que a compreensão do erro atinge outros limites de responsabilidade, a construção de uma resposta coletiva orientou transformações nas parcerias para consolidação dos alcances dos dois grupos. Quando o reposicionamento do grupo sobre suas potencialidades coletivas pôde desconfigurar o erro como falha individual, tornou-se possível produzir novas formas de acolhimento dos conflitos dos pesquisadores da graduação, em relação à sua formação.

Estas reflexões sobre o lugar do erro, na prática médica, podem restringir a criatividade nos processos de produção de cuidado a protocolos e procedimentos, baseados na metodologia científica. No entanto, não nos levou, necessariamente, a uma posição contra a ciência médica ou a qualquer tipo de protocolo ou procedimento biomédico. O saber transmitido pela medicina criou a possibilidade de controle de procedimentos cirúrgicos, de implementar terapias que envolvem a invasão bacteriana e viral, por exemplo, beneficiando a humanidade. Não se trata de rivalizar com a ciência médica ou com a tentativa de prevenção e promoção da saúde. O que queremos é afirmar que determinadas situações, e entre elas a experiência de sofrimento mental, algumas vezes, escapam ao controle de protocolos. Da mesma forma, o processo de formação em saúde envolve aspectos subjetivos que podem escapar ao controle científico e ao modelo heteronômico de sua transmissão. Outro ponto relevante é que a medicalização das práticas de cuidado pode ter efeitos iatrogênicos, como produzir o que se pretenderia eliminar, se essas práticas forem reduzidas à medicamentação. Não se pode recusar a importância do processo de transmissão de conhecimento, na formação profissional, porque esta não pode prescindir completamente de padrões de aprendizagem. Tampouco podemos recusar, na prática em saúde, os diagnósticos ou o uso de medicamentos. O problema está em tomar a prática de cuidado e formação por apenas um de seus elementos.

No processo de formação, o desafio é o da convivência agonista, e um antagonismo entre as práticas de transmissão de conhecimento e aquelas de sua produção participativa. Numa forma cogestiva de produção de conhecimento, há menos riscos de excessos de tutela ou especialismos, seja na confirmação de verdades incontestáveis ou eliminação de suas diferenças. Busca-se a valorização dos saberes em contratação constante, na construção de sentidos para seus integrantes, em seus respectivos percursos. A impressão de uma falha pode abranger a possibilidade de distensão das amarras metodológicas, ou do aprendizado enrijecido na verticalidade de um saber bancário. Assim, um erro pode ser tomado como fruto de contingências diversas e variáveis, que, ao implicarem relações entre conhecimento e cuidado, atingem os processos de subjetivação em saúde, mas menos pela culpabilização individualizada do que pela noção de implicação.

Em outubro de 2018, no segundo ano do processo de pesquisa no ambulatório com o GI-GAM e terceiro ano de criação do DIFOME, destacamos um acontecimento que pode contribuir para este relato de experiência. O episódio envolveu pesquisadores, profissionais e usuários na construção de um *ethos* de autonomia na formação em saúde e se seguiu à apresentação deste projeto de pesquisa, na semana acadêmica da UFF, quando se divulgaram os resultados dos projetos financiados pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC 2017/2018).

Os pesquisadores, instigados pela possibilidade de maior participação dos trabalhadores e usuários do GI-GAM nas apresentações a serem levadas a fóruns de comunicação científica, fizeram um convite a todos para participarem do XXVIII Seminário de Iniciação Científica (PIBIC 2017/2018) e Prêmio UFF Vasconcellos Torres de Ciência e Tecnologia, que aconteceria entre os dias 16 e 19 de outubro de 2018, no campus Praia Vermelha em Niterói da Universidade Federal Fluminense.

Durante alguns encontros no GI-GAM, foram discutidos os tópicos a serem colocados na apresentação científica e a importância da experiência daquele grupo na determinação dos resultados da pesquisa. Foi pactuada a presença de trabalhadores e usuários do ambulatório no dia da apresentação, em 17 de outubro de 2018. Neste dia, ao chegarmos, tivemos que fazer um pedido à banca avaliadora para que a ordem das apresentações fosse alterada, dado que estávamos listados como último grupo a falar e que a manutenção dessa ordem dificultaria a volta para casa dos usuários. Ao argumentarmos que havíamos construído coletivamente aquela apresentação e que a presença dos profissionais e usuários do ambulatório representava um importante passo na construção participativa de conhecimento, fomos questionados se aquela participação seria realmente importante, já que teríamos apenas cinco minutos de fala.

Apesar da resistência inicial, a banca consultou os demais grupos apresentadores sobre a mudança da ordem e fomos antecipados, passando a integrar o primeiro bloco de apresentação. Éramos o único grupo com integrantes presentes de diversos campos de saberes: acadêmicos de medicina e de psicologia, pós-graduando de psicologia, profissionais e dois usuários da rede de saúde mental de Niterói.

Após nossa fala e a rodada de perguntas da banca, fomos organizar os meios pelos quais cada um voltaria para casa. Nesse momento, uma usuária nos surpreendeu, com um convite: “Vamos fazer algo? Vamos comer uma pizza?” Todos se olharam, tomados pela proposta. Este acontecimento, manifestado pelo convite da usuária ao grupo, evidenciou

processos de transformação nos grupos DIFOME e GI-GAM, na construção de um plano comum da experiência na pesquisa. O acontecimento foi a emergência do protagonismo da usuária, que além de fazer a referida proposta também expressou suas considerações sobre a apresentação dos acadêmicos, dissolvendo a ordem hierárquica entre profissionais de saúde, usuários e estudantes, produzindo junto ao grupo, processos de autonomização.

Um acontecimento (Foucault, 1996), situado em determinado momento da história de um coletivo, é um evento não-individual, impessoal, sensível, que nos acomete e onde se expõe o jogo das relações entre poder e saber (Foucault, 1999), envolvidas na produção de conhecimento. Em sintonia com as análises de Foucault, Bondia (2002) afirma que aquele que experimenta é aquele que se expõe, sendo nessa exposição capaz de produzir um saber da experiência, mergulhado no processo de subjetivação, inerente à transformação produzida por um acontecimento que marca uma determinada cultura. Risco iminente pelo qual uma pessoa, ao se expor ou se abrir à experiência, vive o acontecimento: “único e agudo” dentro de determinado momento histórico (Foucault, 1996, p. 28).

Entendemos que a usuária tomou para si a iniciativa de convidar o grupo, permitindo a dissolução de posições instituídas como a de médico e paciente, ao protagonizar o convite e colocar sua opinião sobre a apresentação, naquele encontro. Esta experiência coletiva, produzida entre os participantes da pesquisa, nos indicou um efeito importante da estratégia GAM em relação ao seu envolvimento com o processo de formação. Os acadêmicos puderam experimentar a emergência, ao lado dos usuários e trabalhadores, de seu protagonismo na comunicação de um saber desta experiência, e que se construía de modo participativo, num plano de constituição heterogêneo. Este acontecimento de emergência de novos protagonismos nos pareceu um indicador de contração de grupalidade (PASSOS, et al. 2013). Entretanto, o processo de contração não é um ato de homogeneizar os indivíduos, evitando definitivamente a verticalidade da lógica hierárquica. Não se pretendia cair em uma horizontalidade, anulando as diferenças. A direção era a de constituir um eixo transversal (GUATTARI, 1981) mais democrático, em que fosse possível dialogar na e com as diferenças de saber e de poder, inerentes às relações de produção de conhecimento e cuidado em saúde.

Em relação aos usuários dos serviços de saúde mental, algumas vezes, seu discurso acaba sendo desconsiderado, em função do entendimento de que determinados transtornos mentais tirariam a capacidade de discernimento ou de relação com a realidade. O diagnóstico de esquizofrenia, por exemplo, no código internacional de doenças (CID-

10), se refere a uma disfunção de si, manifestando-se com perda do juízo crítico, pensamento fragmentado, delírios e/ou alucinações. Nos processos de autonomia, quando entendidos como construção coletiva, o diagnóstico não impede o usuário de ser protagonista de determinada ação, nem se coloca em questão a validade de seu discurso. O discurso científico, em psiquiatria, pode indicar a incapacidade no paciente em gerir sua vida e, em decorrência disso, não poderia ser responsável pelo seu tratamento, pois a perda do juízo o impediria de exercer a condução de sua vida, e até seu direito à cidadania, como quando interditado. De outra maneira, no grupo com os alunos no ambulatório se buscava a participação do usuário pela estratégia GAM. Ao mesmo tempo, se refletia sobre o impacto deste modo de intervenção, no processo de formação, que construía esta forma de conduta com o paciente. Numa tentativa de modificar a relação de aprendizado dentro do cuidado, em sintonia com a estratégia de formação em serviço, entendemos que através da cogestão do tratamento no ambulatório podíamos construir, no grupo de pesquisa, outro modo de produção de conhecimento, ao se problematizar a centralidade das ações no profissional de saúde, em particular no médico. Sendo assim, a pesquisa, ao incluir a participação dos alunos como mediadores (no manejo da cogestão), junto aos usuários e trabalhadores, no ambulatório, permitia uma crítica à transmissão de conhecimento, intervindo na formação dos pesquisadores da graduação.

No caso específico do objetivo da cogestão, relativo ao uso de medicamentos psiquiátricos, a estratégia é a de manejo do grupo, na busca de ampliar as possibilidades de emergência de protagonismo dos usuários na gestão do seu próprio tratamento e de sua vida. No entanto, para se atingir este objetivo, não bastava reunir pessoas heterogêneas (pesquisadores, alunos, profissionais de saúde e usuários), para que alguma forma de protagonismo viesse emergir. Podemos pensar da mesma maneira, em relação ao modo de conduzir-se na formação.

Em relação à pesquisa, entendemos que estas emergências estão relacionadas ao processo de produção de conhecimento, que repercutia tanto no processo de cuidado com os usuários como na implicação dos pesquisadores. Assim, tanto os usuários, em relação ao tratamento psiquiátrico, quanto os alunos, se deslocavam de polo receptor de tecnologias, protocolos e procedimentos, criando-se possibilidade para distribuição de protagonismos, o que definimos por um *ethos* de autonomia. Naquele encontro, entre diferentes atores envolvidos na pesquisa, a contração de grupalidade pode ser compreendida como a constituição de um plano de abertura ou de transversalização entre

diferenças, no qual se criam condições de lateralizar, e não homogeneizar, posições normalmente instituídas.

Nas análises produzidas pelos pesquisadores da graduação, em medicina e psicologia, a heteronomia estava associada ao medo ou à sensação de impossibilidade de lidar com o erro incutido na formação médica, visto que o erro no diagnóstico, como na escolha da melhor conduta de tratamento sempre a ele relacionado, pode trazer graves consequências.

Mas, em contraponto, se o acerto no diagnóstico ou na prescrição de tratamentos forem tomados unicamente como responsabilidade de um profissional, como fazer a cogestão do cuidado? Como compartilhar o conhecimento, que é propriedade do sujeito representado no especialista? A questão não é desvalorizar o saber especialista, mas seu modo de relação com outros saberes, como das pessoas definidas por serem portadoras de transtornos mentais ou dos outros profissionais da equipe multiprofissional.

Podemos encontrar os efeitos desta intervenção tanto na implicação dos alunos e trabalhadores do referido ambulatório, como nos usuários que propuseram um novo grupo GAM. Este novo grupo vem sendo desenvolvido desde março de 2019 por Renata e por Paula (que se envolveu, durante o processo de pesquisa, no ambulatório). A pesquisa no ambulatório foi concluída em dezembro de 2018, mas, para nossa satisfação, três meses depois, dois usuários iniciaram, junto com os trabalhadores, nova leitura do guia GAM. Os dois usuários, que agora são monitores, passaram a atuar no manejo da leitura do guia GAM desde o grupo anterior, continuando a fazê-lo agora junto aos dois trabalhadores do ambulatório e a seis novos usuários. Devemos levar em consideração que estes dois usuários participaram do percurso do grupo anterior, até o final de 2018, e continuaram na distribuição de protagonismos, na criação de processos de cogestão no manejo do grupo.

Tivemos a oportunidade de participar de dois encontros, como convidados, neste novo grupo GAM. O convite foi feito, pelos referidos usuários, ao grupo DIFOME, depois de pactuarem com os novos usuários e conversarem sobre a experiência que viveram anteriormente na pesquisa. O protagonismo dos dois usuários permitiu que o manejo do grupo se fizesse com os trabalhadores, o que revelava a possibilidade de processos de autonomia, não por adquirir independência, sendo um andarilho solitário - dono de seu próprio destino, mas na condução de si, no processo de subjetivação. A experiência narrada pelos pesquisadores mostrou que sua força estava na intervenção na formação dos profissionais de saúde, na medida em que passaram a incluir o saber da experiência

dos usuários no tratamento. Não tanto pela aplicação de um saber instituído, como o produzido na formação tradicional, mas pela emergência de um saber participativo, construído num mesmo plano de constituição de cuidado. O que nos permite afirmar a possibilidade de criação dentro do processo de formação e de produção de conhecimento no cuidado em saúde.

3.4- O Contágio na Experiência de Formação

No dia 22 de outubro de 2019, houve a apresentação da pesquisa de iniciação científica (IC) do PIBIC2018/2019, com o título de: “Validação do Dispositivo de Intervenção na Formação Médica: Um Estudo Cartográfico da Experiência na Universidade Federal Fluminense”. A finalização do processo de pesquisa da iniciação científica, relacionado a esta tese, compreendia a produção do relatório final e sua apresentação oral, no XXIX Seminário e Prêmio Vasconcelos Torres.

Neste final da escrita da tese, proponho fazer uma análise desta apresentação, com a intenção de compartilhar a experiência dos pesquisadores, trazendo analisadores, que possam revelar as transformações produzidas na formação dos alunos de medicina.

Depois de quatro anos e de várias tentativas de comunicação da pesquisa, nosso grupo acabou problematizando sobre se haveria possibilidade de contágio da experiência.

Este ponto trouxe vários questionamentos, durante as análises produzidas no DIFOME, sobre a formação em medicina, atravessada pela GAM. As reflexões eram em relação ao modo como é transmitido o conhecimento na formação em medicina, geralmente, calcado no depósito do conteúdo curricular sobre o aluno, numa produção de conhecimento centrada numa verdade científica, baseada no modelo biomédico. De forma distinta, no grupo de pesquisa, a proposta era a de um modo de produção de conhecimento, e de cuidado em saúde, no qual o diagnóstico e o tratamento psiquiátrico eram um dos elementos envolvidos no processo. As possibilidades de construção de conhecimento, no campo da saúde mental, envolvem uma disputa entre um conhecimento produzido pela psiquiatria biológica e as que emergem do saber construído pela reforma psiquiátrica. Em linhas gerais, a psiquiatria biológica entende o diagnóstico de um transtorno mental como fundamento para se produzir uma intervenção terapêutica e, comumente, reduz o cuidado ao vetor medicamentoso. Numa tentativa de enfrentar este problema, entendido como um nó cego da reforma psiquiátrica, a estratégia GAM propõe

problematizar a centralidade do saber psiquiátrico e da prescrição medicamentosa, investindo no protagonismo dos usuários: em seu saber sobre a experiência de uso de psicotrópicos e na cogestão do tratamento.

Vamos à experiência da pesquisa, na comunicação produzida por Carla e Matheus, transcrita abaixo.

“Eu sou Carla. Somos estudantes de medicina e estamos nos arriscando aqui numa área um pouco diferente...”

“A gente chegou nesta ideia de dispositivo depois de um tempo de caminhada. Então, é melhor falar um pouquinho desta caminhada e de como chegamos na ideia de tentar validar o que aconteceu. Tudo começa quando entramos em contato com a pesquisa desenvolvida pelo doutorado do Márcio que está aqui, e ele é médico/psiquiatra, depois dele encontrar dois alunos de medicina na Sétima Conferência Municipal de Saúde de Niterói. Eles estavam discutindo saúde, mas da perspectiva de quem? Nela, a participação dos usuários era muito pequena. Então a ideia era tentar produzir algum tipo de participação com os usuários. No caso específico, era de saúde mental porque tinha a ver com a trajetória já do Marcio. E qual seria o instrumento para fazer este debate? Para fazer esta participação acontecer? O debate sobre a autonomia. O instrumento foi este guia GAM, que tem origem canadense e ele veio para o Brasil com uma tradução e adaptação pela UFF, UNICAMP, IPUB, UFRGS, sendo construído junto com serviços de saúde mental, em parceria com os usuários e trabalhadores.”

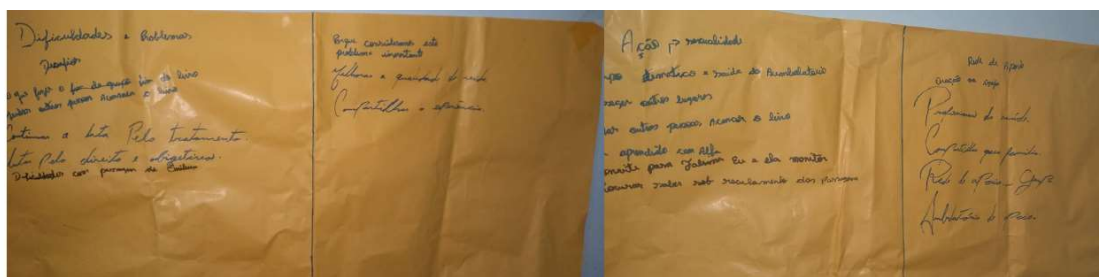
Nesta hora, o guia é mostrado e oferecido para os outros grupos e pessoas presentes na apresentação.

“Na nossa cabeça, o campo de intervenção era com os usuários e a gente percebeu que a transformação ... ela existe, ela faz com que o serviço se revigore, faz com que a gente se revigore. Mas

fomos percebendo que dentro de nós, estudantes, alguma coisa estava mudando também. A gente estava procurando aprender de outro jeito, procurando refletir nossas práticas de outro jeito. A gente não ia mais do mesmo jeito para a aula, fosse para o postinho, fosse para o hospital do mesmo jeito, fosse nos mínimos cenários de cuidado. A gente já não estava indo com os mesmos olhos. Nessa hora, refletimos sobre nós mesmos... não. Mas acho que tem um dispositivo sim, não é só o dispositivo que utiliza o guia, não é só o dispositivo grupo de intervenção no ambulatório, no nosso grupo (DIFOME) tem um ‘lugarzinho’. Esse grupo que começou nos preparando, para ir a campo, e agora a gente reflete sobre nossas ações no campo do ambulatório. Isso aqui é um dispositivo. E aí, quando a gente pensa sobre isso: será que se outras pessoas entrarem neste dispositivo, elas vão ter a mesma experiência? Porque a gente já tinha um histórico de pessoas que entraram. O Matheus, por exemplo, vai dar o depoimento dele. Sobre o que é isso, de entrar no meio do caminho. Só que a gente queria que fosse uma coisa ligada ao aprendizado. Aí, dentro da medicina, tem uma disciplina de iniciação científica, na qual podem entrar até seis alunos.”

“Inicialmente a ideia de organização era trazer quais os principais conceitos utilizados na GAM, a técnica de manejo e o dispositivo: grupo de intervenção GAM e o efeito da intervenção na formação em medicina. Quais experiências existiam na literatura, da estratégia GAM na formação em saúde? E de como a gente, enquanto participantes, nos víamos dentro daquele trabalho? A gente fez a nossa própria análise de implicação como também as pessoas que estavam entrando na disciplina de IC. O que a gente já tinha para contar, sobre aquela intervenção que estava em curso, no ambulatório desde outubro de 2016...”

Carla traz a experiência relativa ao sexto passo do Guia GAM, no qual se planeja as ações. A parte escrita à mão foi redigida por um dos usuários que atualmente é monitor no novo grupo GAM, no mesmo ambulatório com novos participantes.



Planejando nossas ações			
Problema → Dificuldades, Desafios	Porque consideramos este problema importante	Ação	Rede de Apoio para nossa proposta de ação
O que fazer (com) o fim do grupo fim do livro	Melhorar a qualidade de vida	Grupo temático (sexualidade) e saída do ambulatório	Oração na igreja
Ajudar outras pessoas a conhecer o livro		Conhecer outros lugares	Profissionais da saúde
Continuar a luta pelo tratamento	Compartilhar a experiência	Ajudar outras pessoas a conhecerem o livro	Compartilhar com a família
Lutar pelo direito e objetivos		Ter aprendido com a AUFA	Rede de apoio no grupo
Dificuldades com passagens de ônibus		Convide para Fabiana, eu e ela monitores	Ambulatório de apoio
		Procurar saber sobre regulamento das passagens	

“Dentro do guia GAM, há esta tabela. A primeira coluna fala do problema, o que os usuários identificam como problema, e qual é a proposta de ação para lidar com aquele problema, com que rede os usuários podem contar. Assim, foi produzido um cartaz pelos usuários. A participação, neste dia, foi dos trabalhadores e dos usuários do ambulatório, comigo e Vitor (no GI-GAM) e os alunos da disciplina de Iniciação Científica, na faculdade de medicina. Todo mundo estava sentindo uma experiência de contágio. Sendo abordado, sobre aquela experiência, ser uma forma de aprendizado. Isso pode ser um dispositivo de intervenção no processo de formação, além de uma intervenção na cogestão com os usuários. Mas, neste dia, tivemos uma fala contrária. Uma das alunas questiona se é possível entender os conceitos de autonomia coletiva e cogestão, mesmo sem ir ao grupo com os usuários no ambulatório. A proposta da disciplina não contemplava encontros continuados, no serviço, para os novos alunos, mas apenas alguns encontros pontuais. Aí a aluna da disciplina disse que poderia até entender a ideia geral, mas para fixar, sentir, corporificar, mesmo, a experiência, ela tinha que ir à campo, ao grupo no ambulatório, só na sala de aula não bastava.

Neste dia houve uma discussão muito acalorada, se a intervenção na formação necessitaria da experiência com o GI-GAM.”

Ao terminar sua colocação, passou a palavra ao Matheus.

“Eu entrei na pesquisa em 2017, numa condição especial, como membro do grupo de intervenção na formação médica (DIFOME), sem participação direta no campo do ambulatório com os usuários. Então, eu vivenciei todo esse processo gerado, da disciplina de IC, de trazer a experiência da pesquisa sem concretizá-la numa vivência com os usuários. Mas eu não senti uma sensação de déficit, como a Anna, aluna da disciplina de IC, ou de uma lacuna na experiência. Porque a minha experiência foi construída de uma forma longitudinal, nestes quase dois anos de participação na pesquisa. Essa experiência tem se estendido, no sentido de produzir cuidado e autonomia, que são indicadores que a gente tem considerado como avaliadores principais do progresso da pesquisa, no seu objetivo de transformar a formação médica. Porque, além de mudar seu caráter protocolar, também produz um ambiente de cuidado, que é a maior intervenção que a gente tem produzido, tanto junto aos usuários como entres nós - estudantes de medicina. Então, a produção de cuidado, enquanto uma entidade desta responsabilidade de produção coletiva, é um produto direto desta intervenção e que se materializou nas experiências de quem pôde permanecer mais tempo no grupo. O que difere da experiência de quem passou por menos tempo. Neste sentido, talvez necessite mais desta experiência no próprio ambulatório, como neste sexto passo referido pela Carla”. ...

A Banca era composta pelo professor Abraão da psicologia da UFF, professora Margareth e professor Torquato, ambos da educação da UFF. As falas a seguir são dos dois últimos.

Quem inicia a fala é o professor Torquato:

“Primeiramente, parabéns. Vou fazer comentários e não perguntas. A gente viu, agora há pouco, duas apresentações e que... quando coloca em diálogo com vocês... dá esperança. Então, parabéns pela pesquisa.”

Em seguida, professora Margareth faz as seguintes considerações:

“Vocês são teóricos práticos. Isso para mim é fantástico. Vocês, já em sua formação, não colocaram uma prioridade entre teoria e prática. Então, vocês serão médicos reflexivos... Aprendendo isso no processo de pesquisa. E isso é altamente freiriano, altamente revolucionário. Ninguém segura vocês. Amei o trabalho. (Risos na plateia). Sério, eu vejo isso, eu sei do que estou falando. Eu mexo com isso há muitos anos, eu vejo. Eu conheço um pesquisador, e de ponta, na minha frente. Parabéns. Me manda esses slides que eu vou falar sobre este trabalho onde eu for. Me dá seu contato.”

Depois de todas as apresentações, foi proposta, pela banca, uma roda de conversa, composta por todos os professores e alunos presentes, naquela apresentação do seminário de IC. Neste momento, todos puderam se colocar, em relação ao encontro, criando um plano de abertura comunicacional. Uma maneira de compreender a abertura ao diálogo, nesta apresentação (inclusive revivido na roda de conversa que se seguiu), foi a “abertura” na hierarquia das relações entre níveis distintos de saber, frequentemente, instituídos entre orientadores e orientandos, bem como professores e alunos.

Abaixo, os trabalhos apresentados, pois consideramos importante destacar a participação de todos, neste encontro. Não há a tentativa de definição de um vencedor e, sim, o processo de compartilhamento da experiência desta pesquisa, no ato de comunicação.

PAULA LAND CURI e CAMILLA BONELLI MARRA

(RE)PENSANDO AS CONCEPÇÕES DE CUIDADO E ASSISTÊNCIA A PARTIR DO ENCONTRO COM A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

VIRGINIA DRESCH e JULIANA CAMINHA DE LIMA E SILVA

O PARADOXO CANCER DE MAMA: ALTA CURABILIDADE VERSUS ALTA MORTALIDADE

ANA CLAUDIA LIMA MONTEIRO e ANDRE ARAUJO FERREIRA

DISPOSITIVOS AFETIVOS: OFICINAS DE PRODUÇÃO SENSÍVEL DE CORPOSSUJEITOS

EDUARDO HENRIQUE PASSOS PEREIRA e CARLA LADEIRA

VALIDAÇÃO DO DISPOSITIVO DE INTERVENÇÃO NA FORMAÇÃO MÉDICA: UM ESTUDO CARTOGRÁFICO DA EXPERIÊNCIA NA UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

MARCELO SANTANA FERREIRA e CAIO VIEIRA FAGUNDES

POLÍTICAS DA TRANSMISSIBILIDADE EM PSICOLOGIA SOCIAL

SILVANA MENDES LIMA VINICIUS e JERONIMO JUVENTUDES

ARTE E CULTURA EM MOVIMENTO: CARTOGRAFIAS AFETIVAS

ANA LUCIA NOVAIS CARVALHO e LETICIA DA SILVA DE SOUZA

SAÚDE MENTAL EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DE IES PÚBLICAS E PRIVADAS NO NORTE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO MANHÃ

MARY YALE NEVES e LEONARDO FERREIRA SANTOS

SOFRIMENTO, ADOECIMENTO E ESTRATÉGIAS DE LUTA PELA SAÚDE: EM CENA OS/AS TRABALHADORES/AS DE UMA ESCOLA PÚBLICA DO ENSINO FUNDAMENTAL DO MUNICÍPIO DE Niterói/ RJ

MARIA ANGÉLICA PISETTA e THIAGO DE CASTRO ALEIXO

INCONSCIENTE E LINGUAGEM: SOBRE O BRINCAR E O CORPO NA ESCOLA MANHÃ

LUCIANA GAGEIRO COUTINHO e PAULA FONSECA REGUFE

ADOLESCÊNCIA, LAÇO SOCIAL E EDUCAÇÃO: NOVAS QUESTÕES, NOVOS HORIZONTES

As pesquisas apresentadas eram heterogêneas e nenhuma representava o todo. Dentre elas, a nossa pesquisa foi eleita para concorrer ao prêmio Vasconcelos Torres, na segunda etapa das apresentações, entre outras também selecionadas na área das Ciências Humanas. O encontro, por si só, já satisfazia uma velha sensação de fracasso comunicacional, em outras tantas apresentações feitas pelo nosso grupo DIFOME. A experiência de uma espécie de falha ou erro, nas nossas tentativas de comunicação, em eventos anteriores, tem o sentido de incapacidade de construir uma narrativa de compartilhamento da experiência na pesquisa. E neste encontro/apresentação criou-se com os professores da psicologia e alunos da graduação em psicologia e medicina da UFF, envolvidos naquelas pesquisas de iniciação científica, um acontecimento: uma contração do grupo, junto aos demais pesquisadores presentes, no sentido de criação de

um plano de abertura comunicacional, ou de uma transversalidade (GUATTARI, 1981), entre produção de cuidado e conhecimento, desenvolvido na iniciação científica e na pós-graduação em psicologia, nesta intervenção na formação em medicina. Queremos dizer que, naquele momento, foi possível a comunicação da experiência e, ao mesmo tempo, uma experiência de contração, na própria experiência de comunicação, construindo um mesmo plano de constituição ou um “plano comum” (KASTRUP; PASSOS, 2016). Este termo, plano comum, foi trazido por uma das orientadoras de um dos trabalhos apresentados, na roda de conversa, quando abordou a experiência, naquele encontro. E, também, pelo professor da banca, quando se referiu à pesquisa ter dialogado com outras apresentações, dando-lhe uma sensação de “esperança”. Em outras palavras, a apresentação da pesquisa sobre o processo de formação, atravessado pela estratégia de cogestão da GAM, teceu um plano comum ou plano de contração coletiva.

Esta experiência nos permitiu rever todo o processo de pesquisa, com uma sensação de um bom encontro, no sentido de ser possível o contágio da experiência da formação. Demo-nos conta de que, na tentativa de trazer a experiência, estávamos buscando desenvolver narrativas referentes ao cuidado no grupo do ambulatório, o que levou ao reposicionamento dos pesquisadores, na condução de seu processo de formação.

Ou seja, ao narrar como se deram transformações nos usuários e trabalhadores, ao mesmo tempo, o processo repercutia na formação dos pesquisadores. As transformações dos pesquisadores em formação emergiam das narrativas produzidas na ressonância entre os dispositivos. Sempre numa tentativa de diálogo com a formação curricular em medicina da UFF, disputamos sentido com a produção de conhecimento transmitido na faculdade, em contraponto com o saber médico, no desafio de dar passagem a narrativas menores. Assim, construímos outra política de narratividade, (PASSOS; BARROS 2009b) que expressava o saber desta experiência.

Entendemos que, quando o grupo DIFOME colocou em questão a centralidade do diagnóstico psiquiátrico e do tratamento com psicofármacos, no GI-GAM, criava-se necessidade de construção de outra política narrativa. O DIFOME colheu efeitos do processo construído no ambulatório, mas os trabalhadores e usuários também colhiam efeitos dos processos disparados pela pesquisa, num contágio por afetação. Revigoraram-se – nos diz Carla. Os alunos de medicina e psicologia, ao pesquisarem a intervenção por

eles produzida, junto aos usuários e trabalhadores, acabaram colhendo transformações em si mesmos, por uma espécie de contágio afetivo.

A narrativa do saber da experiência não pode ser confundida com o protagonismo ou autonomia de um sujeito, mas pela emergência do sujeito coletivo. As transformações não são referidas a um sujeito ou à singularidade da experiência de alguém. Há, portanto, um plano de afetação coletiva, não uma individualidade.

Cabe ressaltar que a abertura para outras formas de conhecimento, na construção de outra política narrativa na formação, não pode se fechar em novos especialismos. O que importa é uma atitude de abertura ao diálogo, entre saberes, não uma disputa entre quem tem o saber mais adequado para determinado caso clínico ou problema institucional. Apenas quando aberto ao diálogo é possível produzir um vetor agonista, por dentro da formação curricular, na criação de um *ethos* de autonomia na formação.

Mas qual é o risco ao qual Carla se refere? Arriscando-se, ao se expor ou se abrir ao diálogo.

Carla encontrava-se, então, no segundo período de medicina, mas já era formada em economia pela federal de Viçosa e, no momento, fazia o internato no HUAP. No nosso primeiro encontro, colocou seu interesse na criação de uma intervenção que criasse possibilidade de construção de autonomia, mas sem tanta participação do Estado. Conversamos sobre a psiquiatria revolucionária de Nise da Silveira e de como se articula a arte e o lúdico, nas propostas de tratamento em psiquiatria. Mas não caberia aqui descrever todo seu percurso na pesquisa, por enquanto vamos apenas nos deter sobre em que estaria se arriscando, ao entrar na pesquisa. Arriscou-se em várias situações em que foi levada a enunciar o que mudou na sua formação, por participar da pesquisa.

“Não tenho como dizer o que se transformou. Minha formação se confunde com o percurso da pesquisa. Não vejo possibilidade de pensar sobre minha formação sem o que foi construído, durante a intervenção no ambulatório (GI-GAM) e no nosso grupo de pesquisa (DIFOME). O tanto de médica que tenho me tornado, e o tanto de mulher que hoje me permito ser, seriam de outra forma, sem esses quase quatro anos na pesquisa. Não posso dizer que ele é a única causa, porque, como sempre repito, minha

graduação e minha formação, se confundem” (Carla décimo período de medicina da UFF, relato de experiência, 21/07/19).

Curiosamente, a graduação e a sua formação com a pesquisa se confundem na sua colocação, pois o “confundem” pode ser interpretado como Carla ter confundido o que é pesquisar a sua formação e o que é o processo de formação acadêmica, seguindo o currículo da UFF. Ainda mais se colocarmos junto: o tanto de médica e o tanto de mulher em que tem se tornado ou se permitido ser.

O verbo confundir, sendo um ato de alguém, revela o sentido de assumir uma coisa por outra, não distinguir aspectos distintos, misturar, equivococar, estragar, desorientar, despistar e arruinar, uma lógica ou sentido previamente estabelecido. Portanto, confundir o que lhe é prescrito, geralmente por uma autoridade, pelo saber instituído na universidade, ou poder, por este saber estabelecido, de um discurso verdadeiro, cientificamente comprovado pela ciência experimental!

Um exemplo de confusão é não seguir a prescrição de um protocolo de diagnóstico, ou procedimento de tratamento, prescrito para o aluno, durante sua formação. E isto envolve a absorção e domínio do conteúdo de um saber científico instituído. Mas, mesmo que seja esta a interpretação, não é isso que nos interessa em sua colocação, pois ela afirmou que sua formação e a pesquisa “se confundem”. Se tomarmos o ato de se formar como processo de subjetivação, pesquisar processos de formação é acompanhar um percurso e não o alcançar o objetivo de ser médico. É o formar-se permanente, no percurso de pesquisar essa experiência, numa proposta de produção de conhecimento em que o saber é construído coletivamente, não se fazendo sobre objetos, mas com os participantes da pesquisa, no processo de formação. O processo de produção de conhecimento na formação, quando pautado no saber da experiência produzida pelo próprio caminhar, revela outra imprescindível pista metodológica da cartografia: acompanhar processos (POZZANA; KASTRUP, 2009). Uma pesquisa, ao propor um caminho sem predefinição ou sem um determinado lugar de chegada, indelevelmente, envolve o risco de se perder no percurso, do pesquisador se confundir com seu campo de intervenção ou, ainda, na análise dos dados que o incluem.

O pesquisador se confundiu com seu campo, ou a produção de conhecimento (saber da experiência) e formação de si, na pesquisa cartográfica, se confundem?

Como uma bússola, na qual o sentido norte é o cuidado no percurso, a implicação ética com a pesquisa não é guiada pelo interesse apenas do pesquisador, mas, sobretudo, pelo acesso ao plano de forças deflagradas pela relação entre os participantes. Nesta proposta de intervenção na formação médica, envolveram-se trabalhadores e usuários, o que produziu uma atitude de cuidado com o campo da saúde mental e com os efeitos desta intervenção. Assim, uma pesquisa cartográfica, ao habitar um território existencial, neste plano coletivo e heterogêneo, tem que cuidar dos riscos de confundir-se, ao acompanhar os processos, inerentes a reversão metodológica, exigida pelo mergulho na experiência: no trabalho de campo (ALVAREZ; PASSOS, 2009). O cartógrafo, nesta metodologia que coloca o primado no caminhar, é sempre um aprendiz, sem certezas de onde vai chegar, mas afirmando seu rigor na colheita de dados tecidos no percurso. Os dados colhidos se referem aos analisadores, obtidos através dos dois dispositivos (DIFOME e GI-GAM) por uma inversão metodológica de *metá-hodós* em “*hodós-metá*” (PASSOS; BENEVIDES, 2009a, p.17).

Carla afirmou que o campo de intervenção foi a construção de autonomia com os usuários da saúde mental. Ela percebeu ocorrerem transformações, a partir da criação do grupo DIFOME, dando destaque ao momento de criação do grupo GI-GAM, no ambulatório. Ela afirma que as transformações deram-se, fazendo com que a gente se “revigorasse” e o serviço tenha se “revigorado”, referindo-se à equipe de trabalhadores e usuários do ambulatório, e ao grupo de pesquisadores do qual fez parte.

A proposta da pesquisa-intervenção (PASSOS; BENEVIDES, 2009a), na formação médica, construiu outro grupo para utilização do guia GAM, com os usuários e trabalhadores, no cuidado compartilhado do tratamento psiquiátrico. Mas acabou colhendo, por escolha metodológica, os efeitos da intervenção, principalmente, na formação dos pesquisadores da graduação em medicina. Tanto a perspectiva de intervenção do pesquisador como a de participação do objeto pesquisado, entendidos como efeitos do processo de encontro entre sujeitos, são pistas da cartografia que têm o potencial de revigorar as práticas institucionalizadas, trazendo à tona as forças, muitas vezes, ainda contidas em formas fixas (PASSOS; BENEVIDES, 2009b). As formas fixas ou instituídas são secundárias às relações hierarquizadas.

No nosso caso, a resistência à heteronomia na formação se fez através da intervenção, ao incluir a participação dos alunos e dos usuários, tanto na gestão do

cuidado como no processo de formação em saúde, na produção de um saber que emerge desta experiência. Na relação entre a cogestão do cuidado e da formação, se produz um plano de consistência que cria condições de processos de subjetivação, que definimos por um *ethos* de autonomia.

Será que a pesquisa conseguiu acessar, através dos dispositivos que compõem o campo de pesquisa, as forças de resistência, fraturando formas fixas ou instituídas?

Entendemos “revigorar” como a emergência destas forças, que foram acessadas pela ação do dispositivo de formação, no grupo DIFOME, criando dois dispositivos na relação entre cuidado e produção de conhecimento. E, ao mesmo tempo, colhendo efeitos sobre si mesmo (DIFOME), mas numa interação com o GI-GAM no ambulatório. Ao acessar esta experiência, geradora de fragmentos no instituído, seja das relações entre médico e paciente, como de aluno e professor, podemos pensar como é transmitido um caso, tomando o ensino da disciplina de psiquiatria.

Tomemos, então, o modo como é transmitida a técnica do “exame”, pelo saber psiquiátrico, no currículo da medicina. Um caso de esquizofrenia, ou outro transtorno mental, é construído pela classificação de sinais e sintomas, descritos no CID-10, transmitido pelo professor de psiquiatria. O professor de psiquiatria ensina como fazer o diagnóstico para, em seguida, levar seu aluno a identificá-lo no paciente, em geral no ambulatório ou enfermaria do Hospital Psiquiátrico ou no Hospital Universitário, habilitando o estudante a reproduzir a técnica do exame, num ambulatório ou na rede de saúde. Neste processo de incorporação do saber psiquiátrico, é necessário associar ao enunciado do saber que, ao mesmo tempo, reproduz um poder de objetificação do transtorno mental, a visibilidade do fenômeno, já apreendido em sala de aula. Deixa de ser uma simples introjeção de uma verdade do discurso científico, para se tornar um modo de fazer ver, uma técnica de exame psíquico. Entendemos a articulação do enunciado do saber/poder médico à visibilidade do objeto como um dos dispositivos de medicalização, reproduzido na formação médica, nesta integração entre teoria e prática, na fase de estágio e do internato.

Todavia, quando estamos num grupo com alunos de medicina, que investiga como a medicalização psiquiátrica é o resultado de um processo histórico, atualizado durante formação médica, se constrói outro modo funcionamento, criando um dispositivo de intervenção na formação. Através da metodologia de inversão, utilizamos o dispositivo

tanto para revelar o saber fazer quanto o procedimento de acesso às forças embutidas na individualização (transtorno ou saber instituído), para liberar os processos de subjetivação que nos compõe, do sujeito do saber e de seu objeto.

Sendo assim, o caso instituído pelo saber psiquiátrico, seja do diagnóstico psiquiátrico (ou de sua forma de transmissão), como o transmitido pela técnica de exame psiquiátrico, se abre para outro tipo de análise. O dispositivo tomado como intervenção, permite cindir formas instituídas e possibilita a emergência das lutas silenciadas, pela narrativa científica, no diagnóstico descrito pelo CID-10. As formas instituídas (professor ou psiquiatra, aluno ou paciente, sujeito ou objeto) acabam dando passagem às forças que os habitam, e das quais são apenas efeito. O caso (diagnóstico psiquiátrico) fragmentado traz outras possibilidades de compor as forças, num movimento de devir, ou de contágio, criando outra narrativa produzida pelo viés participativo da intervenção (PASSOS; BENEVIDES, 2009b)

Pensamos que o dispositivo de intervenção, primeiro com os pesquisadores da graduação no DIFOME, tenha permitido acessar como se constroem as formas instituídas pela medicalização do cuidado. Mas, depois, com a criação do grupo no ambulatório (GI-GAM), permitiu acessar o plano de forças, que rebateram as formas individualizadas, como as do diagnóstico psiquiátrico e da prescrição medicamentosa, revigorando-se a formação. Em outras palavras, foi pelo contágio afetivo da experiência coletiva, junto aos usuários e trabalhadores, que colhemos os efeitos desta relação, tecida pelos dois dispositivos que se integram no trabalho de campo e na formação dos pesquisadores.

Na apresentação da Carla ficou evidente que alguma coisa estava mudando, também, nos pesquisadores, ao aprender de outra maneira e ao refletir sobre nossas práticas de outro jeito, outras formas ou outros modos de subjetivação, menos individualizantes. Não iam mais para aula, postinho, hospital ou cenários de cuidado, com os mesmos olhos. Passaram a dar ênfase ao momento da pesquisa de reflexão sobre si mesmos. “Acho que temos um dispositivo”, no nosso grupo, tinha um “lugarzinho” ... “Isso aqui é um dispositivo”. E “se outras pessoas entrarem, elas vão ter a mesma experiência”?

O que é um dispositivo para Foucault?

O autor o define, primeiramente, por uma heterogeneidade que envolve “discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas”. Heterogeneidade que se expressa por uma rede, estabelecendo relações entre elementos distintos, nos revela tanto enunciados discursivos como visibilidades. Cria uma forma de jogo que produz mudanças de posição ou de funções, dando-nos acesso a um novo campo de racionalidade. O conceito de dispositivo, portanto, devido a “uma função estratégica dominante”, responde a uma urgência (FOUCAULT, 1996, p. 244).

Numa entrevista para Alain Grosrichard, Foucault revela a heterogeneidade do conceito, tanto em sua composição como em sua função estratégica, possibilitando várias interpretações ou modos de uso. Nossa intenção não é a de delimitar todas as possibilidades de seu entendimento, pois se trata de um conceito com muitas derivações, inclusive, muito bem construído por seus leitores (DELEUZE, 2016; KASTRUP; BENEVIDES, 2009). O que nos interessa é entender como foi utilizado por Foucault, primeiramente, parecendo não ter um contorno bem definido e, ao mesmo tempo, reunindo instâncias referentes às relações, sempre recíprocas, entre saber e poder. Permite-nos tanto a análise como a decomposição de enunciados científicos (discurso ou saber), e de instituições (não discursivo). Podendo também ser utilizado como uma estratégia de resistência ao instituído, produzindo “fissuras” nas formas individualizadas, dando passagem a processos de subjetivação.

Segundo a leitura de Deleuze (2016) deste conceito/ferramenta de Foucault, haveria “linhas de sedimentação” e “linhas de fissura”. “Desenredar as linhas de um dispositivo, em cada caso, é construir um mapa, cartografar, percorrer terras desconhecidas, é o que ele chama de *trabalho de campo*” (p.360). É uma metodologia de utilização, ou uma atitude, de se instalar nas linhas, mas não se detendo, apenas, no entendimento de sua composição.

O dispositivo, quando entendido como um modo de operar, ou por uma função estratégica, ajuda a quebrar formas instituídas, revelando os elementos heterogêneos de sua composição. Através do dispositivo hospitalar, expõe-se a história da produção do conhecimento médico e, assim, revela-se, por exemplo, como se integrou o hospital como dispositivo terapêutico, mas também de formação dos médicos modernos. As suas

análises do “lugar” do hospital, na produção de conhecimento psiquiátrico, como um local privilegiado ao ensino, trazem as relações de poder nas entranhas do saber. Em meados do século XX, o conhecimento produzido pela ciência biomédica acabou aumentando o poder do médico, após tê-lo extraído da observação dos pacientes enclausurados no hospício no século anterior. Foucault esclarece que, do século XVIII ao XIX, no internamento da loucura, foi possível a produção de conhecimento da alienação. O saber psiquiátrico, naquele momento, era inseparável do poder sobre o doente (FOUCAULT, 2002, 2011).

No entanto, as formas instituídas trazem em si mesmas as forças que as compõem, então, a noção de dispositivo como estratégia, pode trazer as lutas que estão em jogo, nas relações entre poder e saber, com a possibilidade de fraturas no instituído e liberação de processos de subjetivação (KASTRUP; BENEVIDES, 2009).

Neste sentido, utilizamos a noção de dispositivo de intervenção na formação, numa crítica à reprodução da medicalização, na própria construção do diagnóstico e do tratamento psiquiátrico, produzida, inicialmente, na graduação.

Em linhas gerais, a noção de dispositivo pode trazer o jogo de forças envolvidas na construção do conhecimento científico da psiquiatria, como um saber histórico e errante, mas tomado como linear e verdadeiro pela epistemologia de certa forma de ciência. O exemplo que Foucault (1975) nos oferece vem da visibilidade do presídio e do discurso da delinquência, como construções heterogêneas, mas que pela ação do dispositivo prisional, produz um campo que parece homogêneo. E este saber respaldaria um poder de polícia, justificado pela norma de conduta legal, em qualquer estabelecimento, ou mesmo nas ruas, com nas câmeras colocadas sobre os cidadãos de “bem”. Os novos elementos deste dispositivo prisional podem ser atualizados na prisão em domicílio, com as tornozeleiras eletrônicas, mas também no *home office* e *home care*. Podemos, da mesma maneira, entender que o hospital e o tratamento da loucura eram heterogêneos, contudo, o dispositivo da medicalização hospitalar permitiu um saber da doença mental, que, por sua vez, parece respaldar um poder de “exame” da norma de conduta social (FOUCAULT, 2002; 2006). Os novos elementos deste dispositivo de medicalização se desprendem do estabelecimento onde foi gerado e se concretizam na medicalização da vida, em espaço aberto (WHITAKER, 2017). Isto pode ser identificado

na ampliação dos diagnósticos dos transtornos mentais no DSM-V e no incremento do consumo de psicotrópicos prescritos (CAPONI, 2014).

Nesses modos de captura, entre poder e saber, Foucault vai dizer que se encontrava diante de um problema ou empasse, nos livros sobre a história da sexualidade (FOUCAULT, 1998). Diz que foi levado a repensar as relações de força, dando primado à resistência, e não tanto ao modelo da repressão sobre os oprimidos. Oferece novas possibilidades de análise, da relação entre as forças (poder) com a produção de conhecimento (saber), produzindo rachaduras no instituído, numa abertura para uma estética da existência, ou novas possibilidades de viver, liberando novos processos de subjetivação (FOUCAULT, 1999).

O dispositivo, na concepção que queremos, comporta tanto a possibilidade de processos de individualização, na objetificação dos transtornos mentais, como de subjetivação, abrindo para outras formas de existência, construído numa dinâmica de bifurcação, inerente aos processos de sujeição e de autonomização, no cuidado de si. Queremos utilizar a noção de dispositivo em sua possibilidade de rachar formas instituídas e produzir outros modos de subjetivação, tomando a gestão do cuidado como um processo coletivo, como a dos usuários dos serviços de saúde mental, assumindo maior protagonismo, na cogestão da medicação psiquiátrica (ONOCKO et al, 2013). O dispositivo diz respeito não só ao processo de individualização, instituído pela norma sujeito/objeto, mas à “individuação que diz respeito a grupos ou pessoas, que escapa tanto a forças estabelecidas quanto aos saberes constituídos: um tipo de mais valia” (DELEUZE, 2016, p.362).

Desta maneira, pensamos no dispositivo de intervenção como “um lugarzinho”, criado com a participação dos alunos de medicina e de psicologia (DIFOME), que cria possibilidades de produzir processos de subjetivação. Um modo de fazer saber, numa inversão do saber fazer, em sintonia com as diretrizes de produção de autonomia da GAM e da educação permanente.

Esta forma de lidar com a construção de conhecimento encontra-se em sintonia com a estratégia de formação em serviço da educação permanente, na medida em que coloca em questão a transmissão de conhecimento científico heteronômico e propõe que o conhecimento se encontra sempre em construção. A formação em serviço está em consonância com a estratégia GAM, ao problematizar a relação de cuidado, produzida

entre o profissional de saúde e o usuário, na construção da cogestão do cuidado em saúde. Amplia os cenários de formação e diversifica as possibilidades de construção de conhecimento para fora do Hospital Universitário ou do Hospital Psiquiátrico, nos serviços de saúde estabelecidos no território dos usuários.

Como dissemos, acima, o dispositivo de intervenção na formação deve ser tomado pela possibilidade de desmontar formas preestabelecidas, dando passagem a processos de subjetivação, gerados na experiência de pesquisar a formação no cuidado em saúde mental, em que conhecimento e cuidado fazem-se num mesmo plano.

Não investimos na reprodução de uma verdade, como se a transmissão de conhecimento da psiquiatria, na objetificação do transtorno mental, correspondesse diretamente a um saber constatado por uma entidade autônoma. Não existe, como objeto natural, a esquizofrenia, ou algo concreto que poderemos definir por um ser autônomo, definido como esquizóide. O que há são diferentes modos de existência, os quais se convencionou denominar numa classificação diagnóstica. Um grupo de sintomas no CID-10, ou no DSM, não corresponde à multiplicidade de modos de existir. Bleuler (1960) não imaginaria o que os psiquiatras atuais fariam com seu diagnóstico, muito menos com a possibilidade de sua ampliação, como da noção de “espectro” da esquizofrenia ou do autismo, com descrito no DSM-V. Não podia prever que haveria interesse na predição ou prevenção da esquizofrenia, ou diagnósticos prodômicos, de um vir a ser patológico, e com eles a importância de se evitar um surto psicótico, utilizando um tratamento farmacológico preventivo.

A pesquisa, ao incluir a gestão autônoma da medicação, cria outras possibilidades de cuidado e produção de conhecimento e deixa de ser uma verdade a ser reproduzida. O que se pretende é ampliar as formas de lidar com o processo definido por transtorno, cujo interesse é criar outras maneiras possíveis de formar-se médico. A isso chamamos de processos de subjetivação e não de uma subjetividade individualizada. Sendo assim, na relação médico-paciente, o diagnóstico não marcaria a identidade de uma pessoa a um rótulo, mas seria um dos elementos utilizados no campo do cuidado em saúde. A relação do profissional de saúde com o cuidado envolve aspectos sociais, políticos, éticos, culturais e uma crítica ao modelo de conhecimento, utilizado em sua formação, baseado no saber biomédico.

A formação deve ser tomada por um processo de educação permanente, junto a um devir aprendiz do pesquisador, em contraponto com a heteronomia da transmissão de um saber especialista, sobre um objeto naturalizado. Este é um modo contínuo de construção de si mesmo, de estar sempre em formação, em que o fazer saber é uma forma de cuidado de si e do outro.

O DIFOME nos permitiu desmontar as formas instituídas, como por exemplo, do diagnóstico psiquiátrico e o modo de transmissão deste tipo conhecimento, durante as reuniões. A redução do cuidado (articulação de um diagnóstico à prescrição de uma conduta corretiva) não é produzida, apenas, quando se prescreve uma substância (psicofármaco). Acontece, sobretudo, quando se define como um paciente deve se comportar ou conduzir sua vida. O remédio é um dos elementos responsáveis por esta tentativa ortopédica de corrigir o comportamento humano. Mas o principal objetivo de sua prescrição é o retorno do paciente à conduta esperada pela sociedade.

Nessa experiência, não buscamos a confirmação de um diagnóstico com num experimento de pesquisas controladas (estudos duplo-cego e randomizados), na tentativa de neutralizar a intervenção do pesquisador na definição do objeto, tomando-o como um dado natural. Nesta forma de produzir conhecimento, a realidade corresponde ao conhecimento do pesquisador, o objeto é revelado e tomado por uma existência independente do observador. Portanto, não buscamos uma correspondência entre o conhecimento e a representação da realidade (PASSOS KASTRUP; 2016). No modo heteronômico de transmissão de conhecimento, que respalda a metodologia científica hegemônica na medicina, baseada em evidências, os dados coletados, comprovam, ou não, a acurácia de sua neutralidade na produção da realidade investigada. Neste ato, se despreza tanto participação do pesquisador, na própria construção do objeto observado, como a do sujeito, definido como portador de um transtorno mental, no processo de sua objetificação.

De outra forma, nos propomos à construção do conhecimento afirmando o caráter de co-emergência do pesquisador e do sujeito investigado, pois nesta disputa de sentido, do que vem a ser ciência, implica na participação do pesquisador e do sujeito anteriormente objetivado. No ato de conhecer se ativa um processo, tomando a ciência como um ato produção. Neste método de pesquisa o pesquisador, necessariamente, mergulha na experiência, e é dela que emergem sujeito pesquisador e sujeito investigado.

O conhecimento sobre o sujeito investigado (e o pesquisador nele implicado) se produz num mesmo processo, no qual criam a realidade investigada (KASTRUP; PASSOS, 2016).

Nesta tese, a realidade investigada é a formação atravessada pela GAM, porém, seu objeto de pesquisa, emerge do mergulho dos pesquisadores na experiência. Ou seja, a colheita, e a análise dos dados, se relacionam à transformação dos alunos da graduação e da pós-graduação, junto ao processo disparado no ambulatório. Os dois pesquisadores (Carla e Vitor) do GI-GAM, traziam para o DIFOME os dados colhidos pela cogestão do cuidado, gerando os analisadores responsáveis pelas transformações, produzidas pelo manejo da cogestão no grupo GAM e colhiam os efeitos da intervenção em sua formação num plano comum de cuidado e de produção de conhecimento.

Retomando a apresentação dos pesquisadores no Seminário científico da psicologia, devemos nos atentar ao fato de que Carla participava tanto do grupo no ambulatório como do grupo de pesquisa; no entanto, Matheus, participava, apenas, do DIFOME. Mesmo assim ele não tinha uma sensação de “déficit da experiência”, sem tê-la concretizado na experiência com os usuários. Referiu-se à “produção de autonomia e cuidado” como “indicadores” ou “avaliadores do progresso” no seu “objetivo de transformar a formação”. De sua maneira, entendia a produção de cuidado, como uma “entidade” de “responsabilidade coletiva”, como um “produto direto desta intervenção”. Matheus participou do grupo de pesquisa desde março de 2017, quando houve a mudança de pesquisadores no GI-GAM, com a entrada de Carla e Vitor no grupo no ambulatório.

A entrada de Carla, no ambulatório, mudou sua forma de participação. Antes, ela ficava como Matheus, nas análises do relato trazido pelos alunos de medicina que estavam no ambulatório, de outubro de 2016 até maio de 2017. O GI-GAM iniciou sua atividade com Lia e Samia, mas elas não puderam continuar na pesquisa. Lia foi fazer residência em medicina de família, no estado de Santa Catarina. Samia encontra-se na fase do Internato, no HUAP. A transição dos pesquisadores, no grupo do ambulatório, com a entrada de Carla e Vitor, se deu no mesmo período de entrada de Matheus e Carolina, no grupo DIFOME. Matheus se manteve até esta finalização da pesquisa, mas Carolina teve que sair devido à demanda do internato.

Matheus, assim como Carla, mergulharam na experiência de análise dos dados e de produção de textos científicos. Matheus não tinha estado, regularmente, junto ao GI-

GAM, no ambulatório. O que ele nos trouxe, como relato de experiência, em relação aos dados colhidos no processo, nos permitiu pensar na relação entre os dispositivos, nas análises do impacto da pesquisa em sua formação. A experiência de Matheus nos fez refletir sobre a forma de compartilhamento da experiência entre os dois grupos, como dispositivos distintos e complementares na composição do campo de pesquisa. Para cada participante, a experiência produziu efeitos distintos, mas a transformação na formação e no cuidado contagiava a todos. O envolvimento de Matheus e Carla são analisadores deste efeito de contágio. Ressaltamos que Matheus nos trouxe uma possibilidade de contágio da experiência, em sua narrativa, ao comunicar os efeitos da intervenção, numa reverberação entre os dois grupos.

Para Matheus, produzimos uma “entidade de responsabilidade coletiva”. Segundo ele, foi um “produto direto da intervenção” que possibilitou a “transformação da formação”. Carla nomeou o DIFOME como um “lugarzinho”. “Acho que temos um dispositivo”. Matheus relatou não ter participado, semanalmente, do GI-GAM, não o impossibilitou de mergulhar na experiência. Já Anna, aluna de medicina da disciplina de IC, questionou se poderia haver uma experiência de contágio, caso não houvesse participado do encontro com os usuários. Anna nos fez um relato de sua experiência na faculdade de medicina em outro estado do Brasil, onde entrou em contato com uma metodologia ativa. Contou como era interessante o processo, pois se assemelhava pela formação de um grupo de alunos de medicina, para debates sobre um problema de saúde ou uma situação específica a ser trabalhada pelos alunos com o professor. Não era um aula apenas expositiva, ou de transmissão do conteúdo da matéria, mas no caso desta disciplina de IC, o que mais lhe chamou a atenção era a proposta de produzir conhecimento junto ao cuidado, sendo que o conhecimento dos pesquisadores era construído junto ao saber da experiência com os usuários e trabalhadores do ambulatório. Anna destacou ter sido importante ter tido a oportunidade de estar com os usuários, no ambulatório, para poder ter uma experiência em ato. Para ela, não bastava estar na sala de aula, mesmo achando inovador o processo conduzido na disciplina.

Seria necessário, ou determinante, ir ao ambulatório, ou mesmo participar regularmente do GI-GAM, para ser afetado pelo dispositivo de intervenção produzido no grupo DIFOME?

Deleuze (2016) propõe não deixar que as “linhas de subjetivação” se fechem num si, como determinação preexistente e pronta, em “universais”, como da instituição do transtorno mental ou de um sujeito fundador, naturalizados no paciente e no médico. Neste sentido, o que Matheus e Carla nos revelavam era a possibilidade de cuidado, em cogestão, e de produção de conhecimento, num mesmo plano de consistência. Linhas de subjetivação que se entrecruzam em linhas de formação, ou linhas de cuidado entrecruzando com linhas de produção de saberes não instituídos. Não se trata de entendê-los como dispositivos com funções estanques, mas tomá-los em sua criatividade variável, que, ao tentar escapar das linhas de saber e poder, produzem novas formas de existência. O grupo DIFOME não foi o mesmo, ao longo do percurso, bem como o GI-GAM, nem tampouco somos os mesmos, quando propusemos uma disciplina de IC, na graduação em medicina.

3.5- Disciplina de Iniciação Científica

O protagonismo nas atividades que integram a pesquisa vinha crescendo de tal forma que, por iniciativa de Carla e Matheus em reunião do DIFOME, decidimos investir no contágio da experiência com novos alunos da graduação, através da criação de uma disciplina de iniciação científica (IC), na faculdade de medicina. A proposta era de construir outra possibilidade de transmissão da experiência de pesquisar a formação médica, sem que se repetisse um modelo da formação, baseado no saber instituído e na heteronomia na construção de conhecimento e, sim, dentro da mesma metodologia participativa, com os novos alunos na disciplina de IC. O momento da pesquisa era de finalização da intervenção, no ambulatório e de defesa da dissertação de mestrado do pesquisador do DIFOME: André Miranda, proferida no segundo semestre de 2018. Os pesquisadores do DIFOME trouxeram, durante as aulas ministradas pelo grupo, o percurso da pesquisa, através de sua implicação nos dois grupos. Naquele momento da pesquisa, trabalhávamos no que estava acontecendo no GI-GAM, quando Carla e Vitor estavam no quinto passo do guia GAM. Foi importante construir possibilidades de criação daquele grupo, quando os pesquisadores saíssem do ambulatório. A conclusão do processo, referente à leitura do guia GAM, se relacionava à segunda parte do guia. Era importante rever o percurso para, em seguida, no último passo, vir a planejar as ações, no término da leitura do guia GAM, no ambulatório.

Todo o processo de pesquisa no ambulatório reverberava no DIFOME, repercutindo no modo em que nos conduzíamos na formação, no momento de finalização da leitura do guia, junto aos trabalhadores e usuários. Ao mesmo tempo, em que concluíamos a pesquisa no ambulatório, propusemos novo projeto de iniciação científica, PIBIC 2018/2019, sendo a disciplina de IC o objetivo daquela nova intervenção, propondo-se a entrada de novos alunos da graduação em medicina.

Processo de Contágio e Distribuição do Manejo na Disciplina

Nesta segunda intervenção na formação, ocorria a inclusão dos novos alunos da graduação, na disciplina de IC na pesquisa. O destaque ia para o contágio da experiência, numa resistência à transferência que reproduzia a medicalização do cuidado na formação. Entende-se que a medicalização da vida frequentemente se reproduz, ao ser atualizada ainda na graduação, pelo saber biomédico, nas tentativas da psiquiatria em definir os desvios de comportamento, dentre N possibilidades de fazer diagnósticos de um transtorno mental, no DSM. Os processos disparados, no ambulatório, contagiavam todos os participantes. Muitos protagonismos emergiam, tanto dos profissionais e usuários do ambulatório quanto dos pesquisadores da graduação. Um dos efeitos mais trazidos pelos alunos (referente à intervenção no ambulatório, entendido como analisador deste contágio) foi a transformação da atitude de Felipe (estudante de enfermagem e AT do ambulatório). A sua participação, na equipe multiprofissional do ambulatório, era referida como muito tímida e, na fase inicial, ele pouco se colocava nas reuniões do GI-GAM. Progressivamente, seu protagonismo, no manejo do grupo GI-GAM junto da Renata (psiquiatra) e com os usuários, crescia, o que se revelava na cogestão do cuidado, dentro do ambulatório.

Como já abordamos, o manejo do grupo GI-GAM se concentrava na Renata e em mim. Desta forma, havia uma dupla centralidade, na condução do manejo do grupo, e no ambulatório. Acumulávamos também a centralidade na condução com os pesquisadores da graduação no DIFOME. Em determinado momento, no DIFOME, a centralidade no manejo no GI-GAM com a Renata, colocou-se em pauta o saber dos psiquiatras, como um saber especializado no diagnóstico e prescrição de psicotrópicos. Este saber estaria acima do conhecimento dos demais profissionais e, sobretudo, do saber construído com os usuários.

No DIFOME, eram trabalhadas situações sobre o manejo do grupo no ambulatório e seu impacto na formação em medicina. Portanto, o problema do manejo era discutido, na tensão entre centralidade e distribuição, sobre a condução dos processos disparados nos dois grupos. A discussão de um tema proveniente do ambulatório, impreterivelmente, também reverberava no papel do doutorando, na condução da pesquisa na formação dos pesquisadores.

A complexidade da situação foi colocada em relação à maneira como o pesquisador da pós-graduação poderia continuar na centralidade do manejo de ambos os grupos, mesmo quando buscava a participação de todos. Além disto, no ambulatório havia uma discussão sobre o que aconteceria com a finalização da pesquisa. Neste momento, muitos usuários acabavam não querendo ler mais o guia, revelando o receio do fim daquele grupo.

Finalizar a pesquisa no ambulatório, com o fim da leitura do guia, nos fazia pensar em outras possibilidades a serem construídas em conjunto. No DIFOME, diante de tais situações, decidimos pela minha saída do grupo do ambulatório, na tentativa de que os pesquisadores da graduação se apropriassem, com os trabalhadores, do manejo do grupo. Vários encontros foram necessários para construir a saída deste pesquisador da pós-graduação. E, muitas vezes, os usuários chegaram a falar de uma antecipação do fim do processo no ambulatório. Entendemos que era necessário trabalhar o fim da pesquisa e da leitura, mas junto à construção de novas possibilidades, com os usuários e trabalhadores no ambulatório. O protagonismo não era de propriedade de um dos participantes. Além dos dois usuários, Felipe aumentava sua participação no manejo da leitura do guia, na cogestão deste processo, junto à Renata e aos pesquisadores da graduação. Vitor e Carla se revezam na colheita de analisadores, descritos nos seus relatos na disciplina de IC, do processo de distribuição do manejo entre os participantes no ambulatório. Além desta transformação da participação dos envolvidos no GI-GAM, Carla e Matheus participavam, junto ao pesquisador desta pós-graduação, da condução da pesquisa no DIFOME e dos encontros na disciplina de IC.

Queremos destacar este momento do GI-GAM, analisado no DIFOME e trabalhado com os novos alunos na disciplina de IC. Neste sentido, buscávamos refletir sobre os efeitos da distribuição do manejo no ambulatório e a possibilidade de emergência de protagonismos, no processo de formação dos pesquisadores envolvidos. Este problema

da distribuição do manejo era um analisador do processo, que possibilitava identificar um gradiente de autonomia coletiva e de contração de grupalidade, tanto na cogestão do cuidado quanto no processo de transformação dos alunos de medicina.

Sobre o processo de saída do pesquisador da pós-graduação, do grupo no ambulatório, uma das usuárias afirmou que se tinha a intenção de observar como os alunos manejariam o grupo. A fala da usuária revelava a possibilidade de seu protagonismo no grupo. Outra pista desta distribuição do manejo pode ser colhida na fala de Felipe. Podemos perceber o quanto tinha se transformado durante o processo, mas não apenas no GI-GAM, em na sua relação com os usuários e junto à equipe do ambulatório.

“A minha participação mudou muito, na questão da evolução no protagonismo, entendeu? Passei a ter mais responsabilidades e procurar tomar mais o trabalho, participando mais ativamente na reunião de equipe, buscando ficar mais atento, de olho em pontos que antes passavam despercebidos. E saber onde eu posso entrar naquela situação que está sendo debatida na reunião. Sempre conversando com os colegas de trabalho. Estar mais na frente, em vez de ficar esperando ser chamado. Deixando de ficar no canto esperando aparecer alguma coisa. Passei a coordenar o grupo que faço com os usuários, onde busco a relação com o território, desenvolvendo saídas para exposições e exibições de filmes, nos estabelecimentos culturais da cidade. O protagonismo do próprio trabalho, é não deixar... as outras pessoas dizerem o que eu tenho que fazer. Um trabalho conjunto, no diálogo com os demais profissionais, buscar opiniões e trabalhar junto com as próprias, né? Minha evolução vem daí, de estar mais participativo, tá mais ativo... Na parte da comunicação mesmo, de estar mais próximo da minha fala. A minha fala tem uma importância também, para todos da equipe, o trabalho que eu fui criando e desenvolvendo, até perceber que, o que fazia, também tinha importância” (Felipe, em entrevista no dia 19/06/19 com os trabalhadores no ambulatório).

O protagonismo de Felipe (que era acompanhante domiciliar (AD) e se tornou acompanhante de território (AT) emergiu gradativamente no grupo GI-GAM, logo após o primeiro episódio, frustrado, de sairmos para uma pizzaria, no final do primeiro ano do grupo no ambulatório, relatado no item 3.3 da tese. Os pesquisadores da graduação já se colocavam de outra forma, em sintonia com a mudança de atitude de Felipe, no manejo do grupo no ambulatório. O manejo, quando se descentraliza, é um analisador do processo de produção de autonomia coletiva, o que reverberava na apropriação do trabalho de Felipe, junto aos demais trabalhadores da equipe daquele serviço. Seja na condução dos projetos terapêuticos com os usuários ou na relevância de seu trabalho no cuidado com a equipe, mas, em especial, na articulação com o território dos usuários.

Neste sentido, queremos ressaltar que, no processo de produção de autonomia, através do cuidado e do saber da experiência, todos os envolvidos têm potencialmente possibilidades de tornarem-se protagonistas, em seus respectivos percursos. Os pesquisadores da graduação, ao analisarem estas transformações, e perceberem sua implicação com a pesquisa, revigoraram-se, em seu dever de trabalhadores. O processo de pesquisar a formação, como efeito de construção de um grupo GAM no ambulatório, não pode ser compreendido como um vetor de sentido único. Não foi o GI-GAM que impactou o DIFOME, e nem o contrário, o campo de pesquisa envolvia os dois dispositivos do campo de trabalho desta pesquisa. Entendemos que colhemos os efeitos desta relação entre os dois dispositivos, destacando, nesta narrativa, o impacto da pesquisa na formação dos alunos de medicina, o que não pode ser entendido como uma diminuição da importância de todos os participantes.

A Formação como estratégia de Intervenção

A problematização do campo da medicalização da doença mental e da reprodução da medicamentação foram estratégias para acessar o plano de forças envolvido na formação do médico, em relação ao saber psiquiátrico. No entanto, o foco da pesquisa era cartografar os efeitos na formação dos pesquisadores da medicina, em sintonia com a proposta da formação em serviço. Junto aos alunos de medicina, o objetivo era o de, além de entender qual seria o papel da formação médica na reprodução da medicalização, tentar transformar seu percurso ao incluir o saber da experiência da pesquisa, com os usuários e trabalhadores.

Deve-se observar que o processo de cogestão da GAM, no ambulatório, acontecia junto com a intervenção na formação, o que levou a distribuição de protagonismos, tanto na condução da pesquisa no DIFOME - na análise do processo de formação - como no cuidado compartilhado no GI-GAM. Podemos constatar o protagonismo dos alunos, ao aumentarem sua participação no processo de pesquisa, como por exemplo, quando decidem pela criação da disciplina de IC, na faculdade de medicina da UFF. Esta iniciativa possibilitou a entrada de três novos alunos de medicina e dois de psicologia. Para os integrantes do DIFOME não bastava que tivéssemos produzido uma intervenção na própria formação dos integrantes do grupo, já constituído, era preciso contagiar outros alunos...

A disciplina de Iniciação Científica V, denominada Validação do Dispositivo de Intervenção, na Formação Médica: Um Estudo Cartográfico da Experiência na Universidade Federal Fluminense (UFF), na Faculdade de Medicina da UFF, foi iniciada no segundo semestre de 2018. Depois de três anos de pesquisa, discutindo os impactos da GAM na formação médica, com os pesquisadores da graduação, pensamos que seria interessante investir na entrada de novos integrantes, que não tiveram contato prévio com a pesquisa, numa tentativa de transmitir a experiência para outros alunos em formação. O protagonismo dos pesquisadores da graduação se revelou na proposta desta disciplina, como produto da iniciação científica. Foi relevante, também, na apresentação de trabalhos, como no Fórum de Direitos Humanos e Saúde Mental, em meados de 2019, e o XXI Encontro Científico de Estudantes de Medicina em Salvador, além da apresentação da pesquisa na Sessão Clínica, proposta pelo Departamento de Ensino e Pesquisa (DEP) ligado à Coordenação de Saúde Mental do Município de Niterói

O desafio era o de produzir contágio daquela experiência, em estudantes e profissionais em formação, no encontro com o grupo DIFOME e, assim, intervir em outros trabalhadores e pesquisadores da área da saúde. Ao discutirmos os impactos da GAM na formação em medicina, com os integrantes da disciplina de IC, apostávamos na pista de que o saber da experiência se disseminaria por movimento de contágio. Ou seja, um movimento que se expande e se multiplica por dentro, ou através dos espaços em que se insere ao longo do tempo, numa ressonância entre a cogestão do cuidado e a formação em serviço, produzida num mesmo plano de consistência pela metodologia de caráter participativo. Este efeito está sendo entendido como um efeito de “capilarização” do processo de pesquisa, por dentro dos processos disparados na formação e no cuidado em

saúde, nas análises da supervisão da pesquisa no grupo Enativos na UFF que, ao mesmo tempo, apoia todo o percurso dessa intervenção.

Na disciplina de IC investiu-se na construção de um espaço em que, a partir do compartilhamento das experiências com os novos alunos, seriam construídas outras possibilidades de produção de conhecimento. Este modo de produção se construiu junto com os efeitos de subjetivação da GAM, com os usuários e trabalhadores, gerando outra forma de “olhar”, ou, melhor, outros modos de nos conduzir na pesquisa-intervenção, inseparavelmente, de uma proposta de formação-participativa.

A proposta da disciplina se fazia como tentativa de romper com a aparente neutralidade da transmissão de conhecimento, reduzindo a distância entre sujeito que conhece (médico ou professor de medicina) e o polo receptor: sujeito objetivado (paciente ou aluno). No caso do usuário, sua objetificação se revelava na medicalização junto ao processo de trabalho em saúde. E, no caso do aluno, na transmissão bancária desse modelo de produção de verdade, inerente à aplicação de um saber heteronômico e especialista, durante a graduação.

A partir dos relatos de experiência dos alunos integrantes da pesquisa, incluindo aqueles que se matricularam na disciplina de iniciação científica, observou-se que o processo de entrada gerava a necessidade de narrar o percurso percorrido pela pesquisa, ao ainda estranhado neófito. Os relatos abaixo foram desenvolvidos pelo reconhecimento de situações que revelaram os atravessamentos advindos da produção de conhecimento junto ao cuidado no ambulatório. Através deles, trazemos as dificuldades encontradas no manejo da estratégia GAM, no uso da cogestão no GI-GAM e seu impacto na formação dos pesquisadores da graduação. Podemos dizer que as análises do grupo DIFOME, referentes ao ato de como manejar a cogestão dos psicotrópicos no ambulatório, nos permitiu criar estratégias de como resistir à reprodução da medicalização na formação, e consequente da medicamentação no cuidado. O momento que vamos abordar, nesta experiência de pesquisar a formação médica, se refere a trajetória do grupo no período de finalização da pesquisa no Ambulatório. O final do processo no ambulatório dava-se junto ao desta disciplina de Iniciação Científica. Os relatos foram produzidos de duas maneiras: escritos pelos próprios pesquisadores ou gravados, durante os encontros na faculdade de medicina, para depois serem transcritos e ambos utilizados nestas análises.

“Nunca imaginei ser recebido com tanta abertura afetiva e comunicação tão horizontal como foi na minha chegada. Não que essa dinâmica não causasse desconforto. Frequentemente, esperava alguma direção mais clara sobre os objetivos daquele diálogo em grupo (DIFOME) e sobre a identificação de personagens de um outro grupo (GI-GAM), do qual eu não participava. Era o desafio diuturno de reunir peças metodológicas, conceitos de bibliografias não lidas por mim e me associar aos papéis individuais e coletivos da pesquisa. Foi um caminho de adaptação, de construção de uma comunicabilidade interna e de recomposição de posicionamentos.” (Matheus - estudante de medicina e integrante do DIFOME desde 19/04/2017)

Sara, uma das alunas da disciplina, também descreveu seu processo de entrada na pesquisa e, assim como Matheus visualizou, no grupo, a abertura como uma forma de acolhimento, diferente das experimentadas em outros cenários de formação até aquele encontro com o grupo.

“Entrei no grupo de uma forma diferente dos demais. Perdi o prazo de inscrição na disciplina, mas o grupo me acolheu como ouvinte. No entanto, em razão dos desencontros das tais diversas tarefas da faculdade, acabei indo aos encontros apenas três semanas após o início da disciplina, em agosto de 2018. Já cansados das entradas consecutivas, o grupo me acolheu - não houve sentimento de exclusão - com a recusa de uma apresentação formal. Acostumada com locais que exigem certa formalidade, como os colegiados e comissões, este acabou sendo o primeiro golpe na estrutura hierárquica da Universidade provocado pelo DIFOME.” (Sara - estudante de medicina e integrante do DIFOME desde a disciplina de IC em setembro de 2018)

As falas de Matheus e de Sara, além de expressarem surpresa quanto à receptividade do grupo, refletem o estranhamento com a forma de comunicação estabelecida entre os campos da pesquisa. O GI-GAM, composto por dois estudantes da graduação e um da pós-graduação (Marcio), juntamente a usuários e trabalhadores do ambulatório de Saúde Mental de Pendotiba. Os tópicos debatidos e as reflexões levantadas, nessas reuniões, eram, também semanalmente, trabalhadas no DIFOME. Os estudantes de graduação (Carla e Vitor) e dessa pós-graduação participavam de ambos os grupos e atuavam como elo comunicacional. O que era vivido em cada um dos grupos atravessava afetivamente os integrantes do DIFOME e, a transmissão desses atravessamentos, provocava a produção de outras experiências com os demais componentes na disciplina. Matheus afirmou sua transformação, a partir do desconforto com o formato tradicional das pesquisas e das aulas expositivas. Já Eric ressaltou uma mudança possível, a partir desse modo de comunicação.

“Coisas aconteceram e foram perturbando essa minha expectativa com minha graduação em Psicologia. Durante os encontros do DIFOME, os relatos que Carla trazia, sobre suas experiências nos estágios nos hospitais psiquiátricos e no GI-GAM no ambulatório de Pendotiba, me tocaram. Em especial, lembro do dia que conversamos sobre os limites da internação involuntária: se ela é um mal *per se*, ou se há condições em que o cuidado em saúde se apresentaria com ela (e quais seriam estas). Nosso grupo (DIFOME) se reunia na Faculdade de Medicina da UFF, no prédio anexo do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP). Eu achava muito estranho ir ao hospital sem estar doente, pesquisando e falando sobre a leitura de Foucault, sobre a medicalização envolvida na formação médica. Acho que essa vivência me colocou em outra posição com minha formação, de saber que serei um psicólogo e serei convocado a emitir opiniões que terão impacto na vida das pessoas, que trabalharei com gente. E o mais inesperado foi a apreensão de que tudo isso é pesquisa científica, mas não aos moldes do que eu tinha como ideal. Uma surpresa.” (Eric - estudante de psicologia e integrante do

DIFOME desde sua entrada no grupo Enativos, em agosto de 2018)

Outros aspectos foram elencados por Eric, como estranhos na sua aproximação com a pesquisa: os códigos de vestimenta e conduta, estabelecidos no trânsito pelo hospital universitário, onde ocorriam as reuniões do DIFOME; a possibilidade de discussão, dentro da pesquisa, de tópicos que lhe pareciam inconciliáveis entre a medicalização e a produção de cuidado. De outra forma, Vitor viu-se confrontado com seus próprios limites não exatamente na sua entrada no DIFOME, mas quando passou a compor o GI-GAM, no ambulatório:

“Agora, começando o internato e buscando na Saúde da Família e Comunidade a continuidade da minha formação, houve momentos que me remeteram à experiência com o grupo GAM e o DIFOME. A experiência na Clínica da Família, na qual iniciou meu estágio, no bairro do Andaraí, na cidade do Rio de Janeiro, tem me feito refletir bastante sobre a formação e como sinto que o ambiente universitário, as relações de hierarquia entre alunos e professores me bloqueiam, reforçam muitas inseguranças quanto a capacidade técnica que precisarei demonstrar, dentro dos serviços de saúde. Antes de começar o estágio, na segunda-feira, eu estava muito apreensivo, com um sentimento de que não estava pronto e questionando a validade da minha preparação, enquanto acadêmico até então. Vejo que essa insegurança é um sentimento carregado e reforçado durante todo a formação, e que esse movimento de reflexão dos nossos conhecimentos é tão intenso que me recordo da sua influência mesmo nos espaços da pesquisa, lá em 2016, quando estávamos próximos de iniciar o grupo no ambulatório e me senti paralisado para me candidatar, mesmo o processo construído pelo grupo até então tendo resultado na ideia de que nunca estaríamos prontos para tal. Mas chegara o momento de construir outros sentidos a partir da intervenção junto com os usuários e captar os efeitos desse movimento na nossa formação. A pesquisa me desafiou confrontar essa ideia de que devemos sempre estar preparados

para tudo, por conta do discurso construído, durante a formação. Em muitos momentos, me senti esmagado pela formação tradicional e me deixei silenciar, acreditando que realmente não tinha nada para acrescentar, tanto nos espaços da universidade, quanto nos espaços da pesquisa. Mas as pessoas participantes da pesquisa sempre estiveram ao meu lado para dizer o contrário e isso foi importante para que, de alguma forma, eu reagisse contra esse sentimento de incapacidade.” (Vitor - estudante de medicina e integrante do DIFOME desde outubro de 2015)

Ricardo foi o integrante que manifestou maior reticência à proposta da pesquisa, na disciplina de IC, embora tivesse, durante o percurso, também admitido conseguir traçar suas próprias maneiras de conduzir seu processo de formação, mas a partir desta experiência com a disciplina.

“Diante da sintonia entre o DIFOME e os meus desejos - uma pesquisa em psicologia e a minha vontade de significar a formação médica, senti uma desconfiança tremenda da validade do dispositivo, na intervenção da formação. Sentimento a priori oposto do que se espera, porém bastante coerente: até aquele momento, na minha formação, a maioria dos sentidos haviam sido construídos na oposição do que é apresentado pelo externo. Ou melhor, por meio das experiências anteriores, meus significados se evidenciavam de forma predominante no que eu não queria ser ou fazer. Sentidos como: eu sabia que anatomia não era coerente da forma como era lecionada: baseada quase que exclusivamente na memorização de estruturas; incomodado com a força e evidente natureza perversa do discurso que respalda a sedação imediata de usuários com sintomas psicóticos, em algumas emergências psiquiátricas; mal-estar com o fato de qualquer uma das psicologias fragmentar os indivíduos e determiná-los, determinação que reduz o ser. Assim, as minhas primeiras falas no DIFOME condizem com a falta de fé na possibilidade de lidar com a formação, sem ser na contraposição e no manejo do cuidado de uma forma menos opressiva. Não seria

o sentimento de construção de saberes de forma coletiva no DIFOME uma contingência daquele arranjo de pessoas e da natureza do que discutiam? Até porque, a sensação de produção coletiva poderia existir por meio do bom relacionamento dos integrantes, dos temas de interesse comum e da transformação cômoda de um objeto de pesquisa dócil - os pesquisadores. Aspecto distinto se comparado a uma disciplina como a física, disciplina em que os paradigmas não podem mudar somente de acordo com o interesse e o afeto dos pesquisadores, pois dependem da reprodução experimental. Como intervir na formação em geral, a fim de promover autonomia e construção coletiva, se o que há no currículo não é sempre de interesse do indivíduo, diferente do DIFOME onde todos se interessam por saúde mental e pelo questionamento da medicalização? E, de fato, não é culpa somente do currículo, pois qualquer área exige competências básicas e, portanto, tornar-se determinado profissional depende do domínio de temas que podem não ser de interesse do indivíduo que se forma. Com essa dúvida eu pensava: como neste planeta seria possível eu enxergar sentido no aprendizado de anatomia e conseguir estudá-la por outro motivo que não fosse o medo da reprovação? Esse fato parecia para mim a evidência da impossibilidade de desenvolvimento de autonomia na formação. Todavia, a impossibilidade em questão se trata da autonomia individual na formação.” (Ricardo - estudante de medicina e integrante do DIFOME, desde a disciplina de IC em setembro de 2018)

Como refere Ricardo, a formação tradicional na qual ele está envolvido conferiu marcas importantes nos modos de compreender as relações tecidas na atmosfera produzida no percurso, particularmente, nas habilidades tomadas como competências para a atuação profissional. Vitor, em seu relato, refletiu, após a colocação de Ricardo, sobre as atribuições socialmente delegadas aos profissionais de saúde, em especial, à categoria médica:

“O trabalho, no grupo GAM com usuários e trabalhadores, com a intenção de construção de autonomia coletiva, trouxe, para mim, a oportunidade de visualizar diferentes barreiras que permeiam a formação médica, onde pude visualizar e refletir sobre o personagem médico que é construído na universidade, e sobre o papel atribuído pela população a esse profissional e sobre a própria hierarquia médica, instituída ao longo da história e como esta implica nas relações dentro dos espaços de cuidado em saúde e na medicalização da vida. Pude exercitar e compreender um pouco sobre o poder da comunicação para a efetivação do cuidado, sobre como o diálogo é impactante para gerar empatia entre as pessoas e significar situações de vida, explorar sentimentos, valorizar qualidades e também mudar o olhar sobre nossas limitações e erros. Nem sempre isso foi possível, em alguns encontros do grupo Gam, ficamos sob uma energia mais pesada diante de alguns momentos. Mas o bacana disso é que, nesses momentos, o grupo simplesmente acolhe. Isso se mostrou o suficiente para essas situações, demonstrando a capacidade que emerge através do cuidado com a formação neste coletivo. Desenvolvi, junto com os trabalhadores do ambulatório de Pendotiba, a capacidade de acolher mais, e temer menos, nossas incertezas, à medida que aprendemos a contar com o outro e no desafio de sair das nossas zonas de conforto, a partir do momento em que questionamos as práticas de cuidado hegemônicas. Questionamento esse que é impulsionado à medida que nos colocamos junto com o usuário.” (Vitor - estudante de medicina e integrante do DIFOME, desde outubro de 2015)

Fazendo um contraponto a Vitor, Matheus admitiu sua familiaridade com o modelo formativo adotado pela faculdade de medicina da Universidade Federal Fluminense.

“Existem os célebres aforismos que quase constituem lugares comuns da filosofia e do cotidiano de muitas práticas. Enquanto estudante de Medicina do segundo período, quando cheguei à

pesquisa sobre os impactos da estratégia GAM na formação médica, carregava muitas dessas frases reflexivas e mantras. Uma espécie de velha sintaxe na progressão de uma semântica sempre mutável. Várias dessas verdades pertenciam ao campo da hegemonia biomédica, no saber teórico e prático da Medicina, talvez algumas obviedades, talvez parte do meu comportamento pouco transgressor ou de uma curiosidade tímida em relação a novos caminhos na graduação. Assim, me colocava como aluno perfeitamente adaptado às exigências formais e, até então, as poucas exigências éticas do estudante de Medicina. Estava muito habituado aos conteúdos sobre a célula, as moléculas e a interpretação apriorística da fisiologia humana. As disciplinas de Saúde Coletiva supriam bem, na minha experiência, a falta de discussões que flertassem com as Ciências Humanas. Um ritmo agradável, inclusive discordante da experiência de vários colegas, com a composição curricular dos primeiros períodos dessa jornada de formação.

...

Depois das dicotomias entre adaptabilidade à tradição médica e a sugestão de caminhos disruptivos, entre experiência de contágio e experiência de produção in loco, entre a emissão de sujeito-pesquisador e a emissão de observador-cientista, a maior dicotomia, para mim, tem se dado no ingresso ao chamado “ciclo clínico” da formação médica. O envolvimento com a disciplina de Semiologia Médica sempre é um grande agente de transfiguração na trajetória de formação do estudante de medicina. As aclamadas competências clínicas são introduzidas com muitos epônimos, manobras e técnicas de exame físico. O conteúdo, então, sugere algo grandioso e importante. Mas, além do conteúdo e junto dele, emergem questões sérias de responsabilidade e proximidade com o destino do trabalho médico, com as reais competências médicas. As apreensões que antes via em algumas falas de pesquisadoras, quando entrei no

grupo, hoje podem se assemelhar a apreensões que eu sustento. Contudo, muitas dessas apreensões não são de franca oposição a uma sistemática, mas falam sobre o retorno de uma identificação, ainda que não a mesma, com os códigos dos conteúdos biomédicos, com a patente responsabilidade que pode diferir um profissional do outro na cadeia do cuidado. Inevitavelmente, supõe-se um itinerário individual, suscita-se a visão das diferenças em vez das semelhanças, o que pode ser uma frustração no cenário de revisitação aos resultados transformadores desta pesquisa.” (Matheus - estudante de medicina e integrante do DIFOME desde maio de 2017)

Contudo, apesar de se sentir adaptado às exigências acadêmicas da graduação em medicina, Matheus fez coro às sensações percebidas por Vitor, na comparação de sua entrada no campo do GI-GAM com a rotina vivida naquela etapa do curso.

“Em 2017, foi uma superação para eu ter me permitido vivenciar a experiência de ir a campo, me trazendo tantos contrapontos em relação às experiências vivenciadas até então, nos outros ambientes de formação da universidade. No hospital, por exemplo, nosso conhecimento técnico acaba sendo muito mais requisitado por professores e também pelos pacientes que apresentam necessidades clínicas, muitas vezes, como mais urgentes e a forma como isso se dá coloca um peso muito grande sobre os acadêmicos, colocando-nos em situação de estresse que são padecedoras. Diante desse cotidiano, participar do grupo com os usuários era um alívio durante as semanas. É claro que são cenários completamente diferentes, com demandas distintas, mas ter essa variabilidade de cenários de formação, com uma perspectiva de cuidado a ser trabalhada no coletivo, tornou possível, pelo menos em algumas horas durante as semanas, afrouxar algumas amarras que diariamente são reforçadas na formação médica.” (Vitor - estudante de medicina e integrante do DIFOME, desde 2015)

Ricardo associou a medicalização aos aspectos que ganham legitimidade como critérios de avaliação e desempenho, dentro da escola médica.

“Para cada falta de sentido na experiência do curso de medicina, existe uma justificativa permeada pela medicalização. Todavia, essas justificativas costumam responder somente o motivo da necessidade de dominar os conteúdos e denunciam a falha da experiência formativa do curso. Por exemplo, eu posso me convencer da relevância de determinado gene que possa aumentar a chance do desenvolvimento de câncer de mama. No entanto, saber o número e o nome completo desse gene como parte da avaliação não faz sentido. O fato de um tema ser importante não legitima a redução da experiência formativa aos métodos avaliativos predominantes no curso. Como você pode ser avaliado por ter decorado ou não um gene específico, em um exercício prático como a medicina? Sem falar que, na prática, é possível consultar rapidamente uma lista de genes carcinogênicos. Esse modelo, permeado pelo medo da reprovação e de experiências esvaziadas de sentido no decorrer da formação, consegue se sustentar por meio da fé no empreendimento de si. O estudo dos conteúdos prescritos levaria o aluno para mais próximo do que um médico deveria ser e, portanto, menos distante do status social de médico e da aptidão para cuidar. Nesse sentido, por mais que, muitas vezes, não haja sentido no que é proposto na formação médica, pode-se suprir o vazio de uma experiência formativa prescrita por meio da sensação de empreendimento de si, no avanço do curso de graduação e, conseqüente, na proximidade do título.” (Ricardo - estudante de medicina e integrante do DIFOME, desde setembro de 2018)

A produção de sentido, na disciplina de IC, se revelava pela compreensão das experiências desencadeadas por certo estranhamento nos novos participantes, no momento de acesso aos dois dispositivos (DIFOME e GI-GAM), num mesmo campo de intervenção. A relação entre os pesquisadores e os novos alunos provocou análises dos efeitos, nos processos formativos dos pesquisadores. Os relatos traziam os modos

relacionais com a formação dos que entraram no grupo, através da disciplina. A produção de contração de grupalidade (PASSOS, et al. 2013) foi o mecanismo utilizado pelo grupo para dar conta da tarefa de construir sentidos, incluindo direções distintas, e sem rivalizar com a formação curricular da UFF. A contração do grupo foi tomada como um acontecimento coletivo, experimentado pelos participantes. Ela nos indicava emergência de protagonismos distribuídos, nos percursos dos pesquisadores da graduação.

Desta forma, não bastaria uma reunião com pessoas heterogêneas (pesquisadores e alunos aliados a profissionais de saúde e usuários) para informá-las sobre os objetivos e interesses da pesquisa. Para que a contração da grupalidade emergisse, consideramos fundamental a temporalidade de cada participante da disciplina, gerada a partir da narrativa interativa da experiência dos pesquisadores nos grupos DIFOME e GI-GAM. Nesse sentido, apostávamos na distinção entre contratação e contrato, na construção da grupalidade, como possibilidade de emergência de protagonismos no cuidado e na formação. Devemos levar em consideração que realizar um contrato (como assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido na pesquisa, por exemplo) não cria, por si só, as condições de contratação e contração de grupalidade. É preciso que haja um processo para que pudesse emergir um *ethos* de autonomia, na grupalidade.

Vitor encontrou, na pesquisa, especialmente na ideia de contração, amparo para algumas de suas inseguranças, como futuro profissional de saúde.

“Através do grupo, pude perceber muitas inseguranças, por não ter o arcabouço técnico necessário ou mesmo por não ter confiança necessária para me colocar, por pensar que nossas palavras têm que ser sempre dotadas de resolutividade. No entanto, a experiência mostra que o grupo não se sustenta nisso e que as relações de cuidado se potencializam muito mais pela presença do que temos a oferecer do que pela ausência pontual de algo que, individualmente, julgamos necessário. No grupo GAM, encontramos espaço para o fluir das emoções e o afeto que é dispensado entre os participantes foi modificando o olhar diante das situações vivenciadas e permitiu, gradativamente, uma expressão mais livre, sem tanto receio e criando um sentimento de grupo que se mostrou capaz de gerar autonomia individual e

coletiva, em diversos momentos. A implicação dos participantes se deu de maneira não linear, mas, na medida que foi possível, as inquietações de cada um passaram a ser mais passíveis de compartilhamento. E assim percebo que as minhas reações se tornaram mais orgânicas, sem tanta responsabilização individual ou necessidade de assertividade como nos é cobrado diariamente no ambiente universitário. Foi se constituindo um sentimento de que existência de um grupo, que se acolhe e é capaz de se desdobrar em diferentes direções, sem que alguém precise centralizar e apontar o caminho, mesmo nos momentos mais delicados, quando o grupo pensava no seu próprio fim, com o término da pesquisa.” (Vitor - estudante de medicina e integrante do DIFOME, desde outubro de 2015).

Carla, ao refletir sobre a intensidade de sua participação nos grupos DIFOME e GI-GAM, diferenciou suas características pessoais das atitudes demandadas no processo coletivo de implicação.

“Talvez eu seja mesmo um pouco assim, espaçosa, e, por isso, tenha me espalhado tanto no GI-GAM como no DIFOME. Não aguentaria ficar só na salinha de reuniões às quartas-feiras, pela noite, horários da reunião do DIFOME. Eu precisava ir a Pendotiba, à casa do orientador desta tese, à supervisão no grupo Enativos, aos ‘cento e oitenta milhões’ de eventos, inclusive, entrando nas apresentações que nem eram pra ser minhas. Tenho ciência que fui incômoda para muitas pessoas, que estiveram junto nesse caminho, mas, com elas e em consideração elas e a tudo que estivemos construindo lado a lado, aprendi que só me entornar não colava mais. Estar lá sem compromisso, sem comprometimento, sem segurar a peteca não me bastava. Se o grupo chegou à denominação do estar junto sem corpo presente, ele também me ensinou que só de corpo presente, para mim, não rolava.” (Carla - estudante de medicina e integrante do DIFOME desde outubro de 2015)

Depois de Carla ter se colocado, Ricardo trouxe sua experiência coletiva na formação. Ele relacionou esses conceitos à possibilidade de aplicação nas práticas de ensino, como produtoras de conhecimento em ato na disciplina de IC.

“Hoje não vislumbro como um caminho honesto a defesa de uma formação individual que seja, principalmente, autônoma. Até porque, formar-se com um determinado título exige o entendimento de saberes que, em geral, não podem ser produzidos pelos próprios acadêmicos, por meio da experiência. Trata-se de conteúdos que precisam ser transmitidos e, por isso, dificultam a permanência em uma posição de sujeito por quem está exposto a tais tipos de conteúdo. Saberes heteronômicos. É claro que essa análise diz respeito somente à natureza dos conteúdos contidos no currículo, mas já é o suficiente para tornar improvável uma formação individual autônoma. No entanto, é fato que o processo de aprendizado de qualquer conteúdo pode ser protagonizado por quem está em formação, protagonismo que está contido na dinâmica de funcionamento do DIFOME. Todavia, o dispositivo vai além e cria condições de possibilidade para uma formação que, por meio do coletivo, é, de fato, mais baseada na autonomia. Afinal, além dos integrantes do dispositivo compartilharem um protagonismo no processo de construção do conhecimento, também produzem conteúdo, por meio da experiência coletiva. Para mim, é a partir dessa combinação, calcada pela autonomia coletiva, que se pode inferir uma formação mais autônoma. Por exemplo, um aluno que desenvolve sozinho mecanismos de associação que fazem sentido para si no aprendizado de anatomia é agente do seu processo formativo e isso é bastante positivo, mas o conteúdo ainda é prescrito. Em contrapartida, no DIFOME, por mais que cada um traga sua bagagem teórica e vivências anteriores, é na disputa de sentido presente na experiência coletiva que o grupo constrói conteúdo. A experiência coletiva produz saberes inalcançáveis para os saberes heteronômicos da formação em saúde. O discurso

biomédico prescreve um comportamento para a sociedade baseado na razão, prescrição que legitima a medicamentação, na medicalização da vida, nas internações e, muitas vezes, na redução da formação médica a avaliações sem sentido. Torna-se evidente, assim, a insuficiência da razão biomédica no cuidado, já que, muitas vezes, não apresenta bons resultados terapêuticos. Ou pior, causa dano, dano que inflige toda a sociedade por meio da prescrição de uma forma de ser respaldada pela redução do cuidado à racionalidade biomédica. No entanto, o papel do saber produzido, de forma coletiva na formação, não é o de substituir o biomédico, mas o de suprir a insuficiência do que é somente heteronômico e individual. Geralmente, as insuficiências do que é estritamente individual estão na contrapartida da autonomia e, de forma coincidente, os saberes coletivos podem tentar suprir essas sensações de incapacidade ou de insuficiências de saber. Eu acredito que exista essa coincidência, pois a construção de saberes coletivos depende da autonomia coletiva.” (Ricardo - estudante de medicina e integrante do DIFOME, desde setembro de 2018)

Uma das vias para se produzir, na disciplina de IC, condições de emergência de contração no grupo foi a experiência de diluição da hierarquização da estrutura disciplinar (FOUCAULT, 1996). Desde o primeiro encontro, foi explicitado que não haveria uma relação de autoridade entre Márcio (pós-graduando responsável por ministrar a disciplina, como estágio docência) e os alunos de graduação. A proposta foi de constituir um espaço coletivo de produção de conhecimento, trazendo o processo de cogestão da pesquisa, na própria condução da disciplina. Não seria um espaço para passar adiante o pensamento de um “professor”, mas compartilhar o percurso, na transmissão de um fazer saber que emergia daquela experiência junto ao ambulatório, trazido pelo grupo de pesquisa. Um exercício coletivo de arriscar-se no pensamento de ser diferente do que se esperava ser o normal da formação. Na experiência de pesquisar a formação, utilizando a estratégia GAM, acabamos colhendo efeitos sobre nós mesmos, no diálogo entre os grupos DIFOME e GI-GAM, e, nesta iniciativa com os alunos da disciplina de IC.

Comparando a organização dos grupos de pesquisa com a de outros projetos que esteve envolvida, Sara apontou a importância de problematizar a hierarquia, no processo de formação, com a finalidade de consolidar relações mais democráticas.

“Dentre as tarefas as quais me propus, a gestão do diretório acadêmico Barros Terra (DABT) era a que mais me tomava tempo à época e, de alguma forma, os caminhos entre o DABT e o DIFOME acabaram se encontrando. Paralelamente ao início da disciplina, cresciam discussões sobre o currículo da medicina na UFF nos colegiados e, conseqüentemente, dentro da gestão da formação. Fomentada por tais discussões, a criação de uma comissão de reestruturação curricular foi proposta pelo colegiado da faculdade de medicina. Esses espaços pareciam extremamente opostos. No DIFOME, eu tinha voz, não havia a hierarquia de rotina e tudo parecia fluir sem grandes esforços. Já no outro, as coisas pareciam difíceis. Para ter voz era preciso gritar, era preciso o esforço de ocupar! Mas como ocupar? Como gerir a aparente impotência do graduando e o anseio de se colocar politicamente, diante de tais figuras de poder? De alguma forma, a dinâmica do DIFOME parecia ser parte da resposta. Sem saber exemplificar, com palavras, a dinâmica do grupo, a cogestão pareceu contagiar os espaços. A necessidade de construir, juntos, mostrou-se superior ao medo da ruptura das hierarquias.” (Sara - estudante de medicina e integrante do DIFOME, desde setembro de 2018)

O questionamento da lógica hierárquica, na formação em medicina, se dava na condução participativa da disciplina, na mudança do modo de construir relações entre professores e alunos. Pensávamos que a modificação deste tipo de compatibilidade na formação poderia gerar um profissional que não reproduzisse, tanto, com o paciente uma relação heteronômica, como a aplicada na medicalização dos processos de trabalho.

Carla atribuiu à pesquisa a possibilidade de criação de outros sentidos, na composição entre cuidado e conhecimento. Esses sentidos emergiram na formação do profissional de saúde, através da investigação do processo.

“No tornar-me médica, a levada entre o firme e o delicado, entre o embate e a comunhão, deu sentido ao conjunto de conhecimentos que me foi bombardeado. Recordo de um dia em que me queixava, em Pendotiba, da sequência de aulas improdutivas de uma manhã, tendo sido a última sobre litíase renal. Após terminar meu relato e suspirar de cansaço e revolta, uma usuária se vira para mim e diz: para pedras nos rins, tem que tomar chá de quebra-pedra. A espontaneidade e a sabedoria daquelas palavras me tomaram. Ao ouvir o que ela disse, pensei que era para e com ela, que eu precisava me formar. O conhecimento técnico, procedimental só ganhava propósito quando podia se conectar a todos os outros saberes, igualmente relevantes. Se, na aula, tentaram me descer, goela abaixo, as pedras de estruvita, cistina, ácido úrico e oxalato de cálcio, foi na reunião do GAM que pude transformar essa massa seca em conhecimento, porque lá eu tive troca e sentido.” (Carla - estudante de medicina e integrante do DIFOME, desde outubro 2015)

Matheus apontou seu envolvimento com a pesquisa como um indicador da mudança pessoal de perspectivas, no sentido clínico e político de sua participação e na forma de se conduzir na formação.

“Certamente, não conduzo os mesmos olhares às experiências, médicas ou não, como fazia quando ingressei na pesquisa. Porém, o real nível de transformação que experimentei, tal qual tenho afirmado em sucessivas apresentações orais sobre minha trajetória no grupo, reside na ética e na micropolítica, na possibilidade de ressignificar e reorientar relações e afetos no processo do cuidado em saúde. Essa conquista pode parecer pouco diante de metas metodológicas ou críticas epistemológicas que permeiam a pesquisa. Mas afirmo que poder ser um futuro médico, filiado a práticas do conhecimento tradicional com

instrumentos afetivos e clínico-políticos de desafio a estruturas incômodas para a produção de autonomia e cuidado, para mim, é um grande avanço.” (Matheus - estudante de medicina e integrante do DIFOME, desde 2017)

O tempo de construção de um *ethos* de autonomia, não refere apenas a uma cronologia medida pela quantidade de horas de aula e de estágios supervisionados, nem mesmo por adesão ao currículo ou à pesquisa como se fossem contratos, ou algo previamente combinado. Estar presente no DIFOME, no GI-GAM, ou mesmo na disciplina de IC não garantia entrada neste processo de transformação, em que se abre a comunicação entre saberes instituídos, como o do saber psiquiátrico, e a produção de um saber construído na experiência de pesquisar. Na perspectiva de Matheus, era possível arquitetar um contraponto ao conhecimento biomédico, pela produção de um saber que emergia da experiência, mesmo que não estivesse no GI-GAM. Neste sentido, se almejava que os novos alunos da disciplina fossem contagiados por uma trajetória concebida de outra forma.

A entrada na disciplina provocava uma desestabilização das relações instituídas, no encontro dos novos alunos com os pesquisadores do DIFOME, pela forma como percebiam a relação dos pesquisadores da graduação com o campo de cuidado na formação e no grupo do ambulatório. Naquele momento da pesquisa, acolher novos membros demandava mais do que adicionar cadeiras. Fazia-se necessário reconstituir o funcionamento do grupo, em que a adesão de um novo membro disparava novos processos de formação, mas sem uma forma predefinida. A disciplina foi estruturalmente dinâmica: cada entrada de novo integrante forçava que o grupo DIFOME fizesse uma nova configuração. Entrar no grupo era uma experiência de desconstituí-lo e reconstituí-lo em ato. As entradas provocavam um “desmonte” no instituído e, nessa configuração de constante reconfiguração, o novo integrante passava a ocupar função fundamental, qual seja, a de trazer seu estranhamento e, conseqüentemente, potencializava as possibilidades instituintes sempre em formação. O momento de entrada de novos participantes, convocando ao rearranjo do grupo, criava uma demanda de comunicação da implicação dos pesquisadores com a formação e com a conclusão da pesquisa no ambulatório. Quanto à entrada e trajetória na pesquisa, Julia refletiu sobre suas inseguranças e seus desejos.

“As palavras são como armadilhas para alguém com tanto medo de errar. Escrever sozinha é como confessar minhas falhas, minhas faltas, para qualquer um que possa vir a ler. Mas falar também é difícil e mesmo assim, falei. O que foi que aconteceu nessa disciplina de iniciação científica que me fez conseguir falar? Como ela produziu esse deslocamento em mim? Tenho muitas perguntas e nenhuma resposta concreta, finalizada, nenhum ponto final. Mas o que eu sei é que me senti tão inquietada que precisei me expor. E foi bom, às vezes angustiante, mas foi bom. Na disciplina de IC, discutíamos sobre temas muito interessantes, todo encontro era intenso, produzia deslocamento, exercíamos política e toda voz era importante. Não igualmente importante, mas o “grau” da importância de cada voz mudava constantemente. Uns se pronunciavam com mais confiança que outros, cada um com a sua trajetória, mas o desejo de estar ali, compartilhando a inquietação, disputando sentido, não era constante, mas quase. E o desejo de compartilhar essa inquietação foi tanto, que fui a Salvador fazer uma apresentação em um fórum, evento acadêmico. Fui falar sobre essa experiência, buscar essa inquietação em outros espaços.” (Julia - estudante de psicologia e integrante do DIFOME, desde setembro de 2018)

As inseguranças dos novos integrantes se expressavam através da narrativa. Mas, pelo viés político da participação na pesquisa, se enfrentava as incertezas do percurso, levando à distribuição do protagonismo, no processo de investigação da formação dos alunos da disciplina, em sua transformação em pesquisadores. Segundo Vitor, podia-se até prescindir de palavras, mostrando que o contágio da experiência era responsável pelas transformações dos alunos, gerando a implicação de cada integrante, em percursos singulares.

“E é curioso falar sobre isso, sobre lidar com incertezas, pois eu vejo elas acontecendo no meu caso, muito mais no DIFOME do que no grupo GI-GAM, e até mesmo ao escrever esse texto, não estou seguro em afirmar muita coisa justamente porque sei que

vocês o lerão, e às vezes sinto que me faltam palavras para expressar o significado dessa experiência. Algo que a pesquisa sempre me incentivou foi exatamente isso, que sempre temos algo a falar ou a oferecer e, isso pode se manifestar de várias formas. E mais, esse processo não se dá, necessariamente, pela fala. Estar em campo foi uma oportunidade de trabalhar com outras formas de comunicação, pelos olhares, pela expressão corporal das pessoas do grupo, pelo próprio aproveitamento do espaço. Eu julgo que isso contribua para que eu seja uma pessoa/trabalhador cada dia mais observador, dentro processo no qual também participo. Acho que a experiência deixou isso muito claro para mim, somos muito mais do que palavras, somos troca de afeto, gestos e também silêncios, que também dizem muito. Quando a gente aceita isso como uma característica de diversidade, acredito que fortalecemos a capacidade de acolher e criar algo, a partir do que não é dado.” (Vitor - estudante de medicina e integrante do DIFOME, desde outubro de 2015)

3.6- Análises do Percurso da Pesquisa, na Formação em Medicina

Como produzir uma análise que coloque o pesquisador diante de sua implicação com a formação dos pesquisadores, em dois dispositivos, no trabalho de campo?

Devemos estar atentos ao desenvolvimento de dois processos, num mesmo plano de intervenção, na construção de dois dispositivos, compondo o trabalho de campo com os pesquisadores da graduação. Um grupo-dispositivo é construído com pesquisadores no DIFOME e um dispositivo-grupo refere-se à cogestão do tratamento psiquiátrico, no ambulatório de Pendotiba (GI-GAM). A metodologia de intervenção, utilizada na formação dos pesquisadores da graduação, impôs a necessidade de rever o percurso construído, ver-se outra vez, o modelo de formação tradicional, colhendo os efeitos produzidos, no processo dessa investigação. Já, na criação da disciplina de IC, o desafio foi o de produzir outra política narrativa, na tentativa de expressar o saber construído, no grupo-dispositivo DIFOME, em ressonância com o dispositivo-grupo, gerado na pactuação com o ambulatório de Pendotiba. A experiência coletiva de produção de

conhecimento, que emergia na relação entre os dois dispositivos, nos colocava diante da necessidade de abrir a comunicação entre a faculdade de medicina e a pesquisa. O risco era o de acabar realizando uma transmissão descritiva da pesquisa e não o contágio da experiência. Na produção da narrativa, deveríamos incluir os efeitos da intervenção, trazendo a experiência de produção de conhecimento, sem definir um caminho a ser seguido previamente, mas não por isso sem método.

Os orientadores da tese nos alertavam para não acabarmos dando a entender que estava sendo proposto um novo modelo a ser seguido, ou que tínhamos descoberto o melhor caminho, certo e verdadeiro, de formação em saúde. Na tentativa de produzir um modo crítico de formação, pode-se definir uma determinada forma de condução. A demanda envolvia nossa atitude na condução da pesquisa, na colheita dos efeitos na formação, mas tomando os alunos como pesquisadores, na construção de conhecimento no processo de cuidado, na relação com GI-GAM. A finalidade, o objetivo da pesquisa, era o de construir uma experiência diferente da produzida pela transmissão de um modelo de conhecimento. Neste sentido, o dispositivo-grupo (GI-GAM) funcionava como um intercessor na formação dos pesquisadores, trazendo à tona analisadores, referentes ao processo de intervenção no ambulatório, a serem trabalhados no grupo-dispositivo de intervenção na formação (DIFOME). Contudo, um fato deveria ser levado, também, em consideração: o pesquisador da pós-graduação era especialista em psiquiatria, e mesmo que pudesse ter uma atitude crítica, sobre o modo heteronômico de produção de conhecimento, seu comprometimento na condução da pesquisa necessitou ser problematizado.

Portanto, estamos trabalhando nessa pesquisa, a partir desta reflexão metodológica, com o modo de condução em dois processos, os quais se distinguem, mas não se separam, no trabalho no campo: a) a distribuição do manejo na cogestão do dispositivo-grupo, junto aos participantes do grupo no ambulatório (GI-GAM); b) o processo de produção de conhecimento no cuidado, junto aos pesquisadores da graduação na faculdade de medicina da UFF (DIFOME). Almeja-se, nessa interação, um encontro entre os princípios da formação em serviço e da estratégia de GAM, pelo viés político de indução de conhecimento, na formação em saúde do SUS, que podem ser utilizados na transformação dos modelos de assistência em modos de cuidado.

Como tentamos mostrar, o diagnóstico em psiquiatria pode fazer que se acredite num objeto natural denominado transtorno mental (medicalização) e que os psicotrópicos seriam a forma mais eficaz de intervenção terapêutica (medicamentação). Foucault (2006), no resumo do curso dado no *Collège de France* entre 1972 e 1974, definiu este modo de produção de conhecimento pela via científica de constatação de um fato, como se sua definição estivesse fora da História de sua produção e, assim, respaldando-se a aplicação do saber psiquiátrico sobre o paciente. No modelo de produção de conhecimento do saber psiquiátrico sobre a doença mental, ambos são tomados como realidades separadas, justamente, pela distinção operada entre o sujeito do conhecimento e o objeto naturalizado. No entanto, o conhecimento não seria algo já dado em definitivo, pois seria efeito de uma disputa, que encobriria outra forma de produção de conhecimento pela via da “prova” (idem, p. 440). A prova ou a disputa, na produção deste tipo de conhecimento, encoberto pela via da constatação, envolve a História da construção epistemológica do objeto. Portanto, a investigação da construção histórica do saber psiquiátrico nos conduziu a revisitar como a ciência moderna, progressivamente, vem tentando pasteurizar a disputa envolvida na produção de conhecimento, mas sem eliminá-la. Mais importante do que saber o quanto determinado conhecimento teria de verdadeiro, seria tentarmos entender os jogos de poder envolvidos na sua produção. Ou seja, é preciso reconhecer os efeitos de verdade, inerentes à iluminação deste objeto científico, responsável pelo equívoco, ao tomar o diagnóstico psiquiátrico por uma constatação naturalizada, como se o transtorno mental existisse independentemente do sujeito do conhecimento.

Estas análises nos permitem entender a construção do diagnóstico e a prescrição do psicofármaco, de forma heteronômica. A relação de poder se faz, justamente, do sujeito que parece deter o conhecimento sobre um objeto preexistente. O modelo da prova nos revela que o objeto seria por ele próprio construído, quando provoca sua pasteurização pela via da constatação. Desta forma, o transtorno mental (e o seu conhecimento) pode ter efeito de produzirem realidades distintas, mas não se despreza a possibilidade de haver um equívoco, em sua suposta neutralidade, principalmente, no campo da saúde mental.

Nas duas formas de relação, aparentemente neutras, pela via da constatação e da transmissão da técnica ao aluno, prepondera a heteronomia. A primeira, pela aplicação do saber médico sobre determinado objeto; a segunda, na transmissão desta técnica ao aprendiz, na graduação em medicina.

A problematização acima se refere a como conduzir a pesquisa na formação, enquanto estávamos vivendo situações delicadas, provocadas pela leitura coletiva do guia GAM, no ambulatório. E com a intenção de compartilhar com os leitores esta problematização, vamos trabalhar com dois fragmentos, em situações que envolveram a condução da pesquisa na graduação e o manejo da cogestão no ambulatório pela via da prova.

Numa determinada reunião, dois meses após o início da leitura do guia GAM. Um dos usuários revelou que seguia outro guia, mostrando ao grupo sua Bíblia. Neste momento, todos se entreolharam preocupados, mas Renata interveio, dizendo que aquele grupo não se propunha a seguir uma religião, e sim, a debater sobre o tratamento com aqueles usuários. O objetivo era dialogar com os usuários e trabalhadores sobre o tratamento psiquiátrico e estava sendo oferecida aquela ferramenta para leitura coletiva, junto aos pesquisadores da graduação em medicina da UFF. No entanto, o referido usuário, ao mesmo tempo em que se levantou da cadeira, lançou o guia GAM na direção do proponente desta leitura, exatamente em quem o havia distribuído naquele dia. Marcio, talvez numa tentativa de não manifestar que, diante daquela situação, não sabia o que fazer, ficou imóvel. Parecia que a formação em medicina, a especialização em psiquiatria, ou sua experiência acumulada até aquele acontecimento, não tinham oferecido os instrumentos necessários para se conduzir em situação tão inesperada. Devemos entender que o objetivo de trazer o guia era de, ao oferecê-lo aos usuários e trabalhadores, propor seu uso como uma ferramenta, na cogestão do tratamento psiquiátrico.

Mas como lidar com a reação daquele usuário no grupo, sem rivalizar com a escolha de qual guia deveria ser seguido?

Era preciso saber como conduzir a pesquisa e aquela situação, que se relacionava ao modo de manejar a leitura do guia GAM com os usuários e trabalhadores, mas, também, envolvia a condução da pesquisa, com os pesquisadores da medicina. Cabe uma explicação: em geral, o guia deve ser de posse de cada usuário, mas, naquele momento, havia apenas dez guias e, por este motivo, se sugeria que permanecessem no ambulatório, mesmo que cada um pudesse escrever neles ou levá-los para casa. E mesmo que, na capa, tivesse um espaço para ser escrito o nome do usuário, o guia acabava sendo distribuído no início de cada encontro.

Naquela situação inesperada, Renata abordou sobre a importância das questões religiosas. Disse que podíamos dialogar sobre seus aspectos, mas não era objetivo daquele grupo ler a Bíblia. Assim, todos os participantes, inclusive o referido usuário, seguiram a condução proposta por ela. Depois desta situação, Renata nos revelou que tinha conversado com ele, junto dos profissionais de referência no seu tratamento. Ficou decidido que havia a impossibilidade de aquele usuário poder participar das reuniões seguintes, pelo menos enquanto não fosse indicado no seu projeto terapêutico.

Nossa intenção não é trazer a singularidade clínica desse usuário, em particular, ou a possibilidade de sua participação naquele grupo, o que foi trabalhado em reunião de equipe e na condução do tratamento do referido usuário no ambulatório. Nosso intuito foi o de trazer a questão da centralidade, no manejo deste grupo no ambulatório, produzida inicialmente por Marcio e Renata. É importante relatar os efeitos produzidos na condução da pesquisa na formação em medicina.

Como conduzir a pesquisa sobre a formação, junto ao manejo da cogestão do grupo, no ambulatório?

A condução proposta pelo grupo de pesquisadores, no DIFOME, após muito debate depois daquela reunião, foi a do guia GAM ficar no centro da sala, numa cadeira, dando acesso a quem quisesse pegá-lo, sendo que haveria uma distribuição da função de manejo e maior participação dos dois pesquisadores da graduação em medicina, para sua leitura no grupo. O que queremos trazer é que a condução não foi dada por um especialista. Foi trabalhada, no grupo, com os pesquisadores e construída, naquele grupo de pesquisa, para, em seguida, ser trabalhada com o grupo do ambulatório. Por várias vezes, o referido usuário, em reuniões seguintes, veio ao grupo para falar com alguns dos usuários ou com os trabalhadores. E, em outras vezes, ele passava na porta, cumprimentando a todos, mas não retornou para ler o guia GAM, naquele grupo.

Mesmo que parecesse termos conseguido conduzir aquela situação na pesquisa, muitas vezes, a centralidade do manejo no ambulatório reverberava na centralidade do tratamento em saúde mental, e na heteronomia do processo de formação em medicina. O problema do diagnóstico, em psiquiatria, também levou a discussões sobre os limites de cada usuário em participar da cogestão do tratamento. Ainda se debateu o fato de a formação médica nos levar a ter o poder de prescrever não apenas medicamentos, mas de conduzir a vida de outras pessoas. A forma como conduzimos o tratamento poderia ser

transmitida desde a graduação, numa certa capacitação para conduzir unilateralmente o tratamento dos usuários. Neste caso, a heteronomia se revelava tanto na prescrição do tratamento, representada pela Renata, como na condução que se produzia na relação comigo, na formação dos pesquisadores em medicina. E mesmo esse pesquisador da pós-graduação não sendo psiquiatra no ambulatório. O fato de o pesquisador da pós-graduação não ser o psiquiatra do ambulatório o colocava diante de situações em que precisava pensar sobre o modo como as atitudes dos pesquisadores e dos trabalhadores influenciavam no manejo da leitura do guia no ambulatório, o que reverberava na condução da pesquisa, em ambos os grupos. O modo de produção do conhecimento na formação médica, calcado na heteronomia do saber psiquiátrico e em seu modelo de transmissão, implicava a reprodução de um modo de saber fazer especialista, tanto na sua aplicação quanto na sua transmissão aos alunos.

Tempos depois, após a mudança dos pesquisadores da medicina no grupo do ambulatório, outro acontecimento veio colocar em questão o manejo da cogestão no GI-GAM e a condução do processo de pesquisa no DIFOME. A situação ocorreu, quando havia em torno de um ano de leitura do guia. Naquele momento, conversávamos sobre o uso dos medicamentos psiquiátricos com os usuários e trabalhadores, no que referia ao quarto passo do guia.

Uma usuária questionou sobre o motivo de as perguntas serem dirigidas e, geralmente, respondidas pelos usuários. No entanto, quando os usuários perguntavam sobre como poderiam agir em relação a medicação, quem se pronunciava, mais frequentemente, eram os psiquiatras: Marcio e Renata. Novamente, todos se olharam e se dirigiram aos dois psiquiatras, buscando uma resposta para aquela problematização. O manejo da cogestão era uma tentativa de compartilhamento da experiência de uso dos medicamentos psiquiátricos e de lidar, coletivamente, com as questões que emergiam no grupo. Neste sentido, no GI-GAM, cada participante era convidado a, além de construir junto com a equipe do ambulatório, a melhor maneira de se relacionar com tratamento psiquiátrico, trazer sua experiência com o tratamento. Naquele momento do diálogo, os usuários abordavam que quem havia estudado sobre o assunto era o médico. Desta forma, apenas ele tinha o conhecimento necessário para conduzir a prescrição e a melhor maneira de usar os medicamentos. A direção, no manejo da cogestão, estava sendo no sentido de valorizar a experiência dos usuários, no uso dos medicamentos, incluindo-a no processo de cuidado e na produção de conhecimento com os pesquisadores da graduação. A

condução do tratamento podia ser pensada como uma construção coletiva, e não tanto pelo saber apenas do especialista, possibilitando a valorização do conhecimento que emerge naquele grupo.

Não se sabe bem dizer por qual motivo, mas sobre este aspecto, Márcio deu um exemplo de condução do tratamento pelo trabalhador, trazendo a forma como pode ser conduzida uma pipa. Sendo a tensão da linha relacionada ao modo de conduzir o tratamento, ao puxar e soltá-la, para a pipa se manter voando e, assim, o tratamento poder seguir da melhor forma. Neste momento, a usuária que trouxe a questão acima dá um sorriso e problematiza: “mas, se, por acaso, alguém cortasse a linha?” Sorrisos, silêncios e entreolhares pareciam buscar uma resposta, mas o que importava é que a condução foi cortada.

Quem estava na condução da cogestão do grupo GAM e da pesquisa, no DIFOME?

Os fragmentos trazidos podem contribuir para termos uma pequena noção das dificuldades envolvidas na condução da pesquisa e na construção de saberes compartilhados, naqueles dois grupos. O que gostaríamos de abordar sobre esta situação relativa à possibilidade de produção de um conhecimento compartilhado, refere-se ao saber da experiência construída em grupo. Havia a tentativa de construção de um plano de cuidado, mas a partir da relação com os usuários, sem reduzi-los à descrição de sintomas psicopatológicos, ou na identificação do diagnóstico psiquiátrico. Esses procedimentos levavam em consideração que quem poderia estar na condução da linha de pesquisa (e no manejo da cogestão) foi cortado. Podemos pensar neste plano de cuidado e produção de conhecimento da seguinte maneira: quem conduz este processo de cuidado e qual tipo de conhecimento guia esta condução? É preciso problematizar a condução da pesquisa, na formação em ressonância com o manejo do grupo no ambulatório.

Precipitadamente, pode ser entendido que aquele que prescreve condutas, em formas de protocolos e procedimentos a serem seguidos, ou seja, quem conduz o tratamento, acaba, ao mesmo tempo, conduzindo a formação em medicina e vice-versa. O que nos obriga a voltar ao problema da heteronomia, envolvida no modo de produção de cuidado e conhecimento em saúde, na condução da pesquisa, tanto no processo de formação quanto de construção do cuidado. Devemos ter atenção sobre estarmos

pensando em intervir na formação dos médicos, mas não numa transformação ao ponto de não conduzirem mais o tratamento com os usuários. A proposta era de inclusão do saber dos usuários, mas sem excluir o saber construído pelos alunos de medicina, naqueles dois grupos.

A prescrição na formação e nos processos de trabalho nos comparece em duplo significado ou modos de relação: a) com o que é produzido em conteúdo de conhecimento, b) em sua aplicabilidade na construção do cuidado. Podemos pensar na ação do médico, especialista em psiquiatria que, no ato de diagnosticar e planejar ações de cuidado ao paciente, não age apenas na remissão de sintomas, na prescrição dos psicofármacos, mas, principalmente, no comportamento, no modo de subjetivação do usuário. E também na ação do professor universitário, que, através de um estilo ou modo de relação com a formação, indica uma conduta única para o aprendiz, na produção de conhecimento e de sua aplicação sobre o paciente. Queremos destacar a condução dentro do processo de formação, no movimento de vir a ser médico. Sendo assim, quando revemos o processo de formação, produzido no percurso da pesquisa, colhemos os efeitos sobre a formação dos pesquisadores da graduação e do pesquisador pós-graduação, ao escrever este final de capítulo.

Ao longo do processo da pesquisa, os usuários nos trouxeram pistas, índices, desta dupla significação da prescrição, dentro da formação e no processo de trabalho em saúde. Os relatos, trazidos pelas experiências dos pesquisadores da graduação, diferenciavam-se do modelo reproduzido pela heteronomia, disputando sentido entre o modelo de transmissão e o viés político da participação dos alunos, tanto no manejo do cuidado como na condução da pesquisa.

Novamente, não se pretende estabelecer um modelo teórico e prático, mas questionar a tradicional condução da formação, correndo o risco de excluir tanto a experiência do usuário como dos aprendizes. Quando revemos o que os usuários trouxeram, como marcas de uma experiência singular, acabamos percebendo a possibilidade de outro modo de estabelecer relações, neste plano de constituição da cogestão do cuidado, em coprodução com o processo de pesquisa. A construção do cuidado, junto da formação dos pesquisadores, no grupo DIFOME e no GI-GAM, exigia a construção de relações com os usuários e trabalhadores, mas também com a formação dos pesquisadores, em sintonia com a formação em serviço. Podemos dizer que todos

somos pesquisadores ou aprendizes, nesse processo, mesmo em momentos diferentes da formação (seja na graduação ou na pós-graduação), em busca da construção de conhecimento, junto aos usuários e trabalhadores da saúde.

Quando acompanhamos os relatos dos pesquisadores da graduação, colhemos seus efeitos na construção de outra possibilidade de condução do cuidado, mesmo que em trajetórias distintas. Nesse processo, a formação se transformava. Mas se tornava outra coisa?

A formação dos pesquisadores, ao ser atravessada pelo compartilhamento do cuidado com a equipe de saúde mental, produzia sua implicação com a produção de conhecimento no encontro com quem vive a experiência, denominada de transtorno mental. Levou-nos a tomar certa consciência de que determinados cuidados se darão, apenas, se for possível compartilhar sua condução, mas não se abrindo mão dela, mesmo ao ser cortado, seja por um não saber ou pelo próprio saber construído com os usuários da saúde mental e com pesquisadores da graduação. Pensávamos em como construir redes de cuidado mútuo, utilizando linhas de subjetivação, entrecruzando-se, na tessitura de parcerias, nos percursos produzidos junto ao grupo do ambulatório.

Talvez, mais do que cortes de linhas de condução uni direcionadas, possamos refletir sobre modos de resistência aos especialismos, no percurso da formação em saúde. Em outras palavras, não pretendemos cortar linhas de formação que produzem especialistas, mas analisar o quanto nos permitimos compartilhar, na produção de cuidado, a construção de conhecimento, desde o processo iniciado na graduação.

O que foi acionado na formação médica, pela intervenção no ambulatório?

Na perspectiva de Carla, sua formação se configurou num “lugarzinho”. Sendo assim, passamos a acreditar que o processo de formação dos pesquisadores se constituiu como um dispositivo de intervenção na formação médica. Era uma “entidade de responsabilidade coletiva” na produção de conhecimento e cuidado, segundo Matheus. Quando criamos o grupo no ambulatório, ao todo participaram das reuniões vinte dois usuários, sendo que, em cada dia, compareciam entre seis a dez usuários. E, no DIFOME, participaram cerca de oito alunos de medicina da UFF, além de três alunos de psicologia, dois deles da UFF e outra da FAMATH.

Segundo Benevides (1996), a primeira característica de um dispositivo é sua capacidade de agir. É aquilo que comporta uma disposição, mas com o risco de impor uma regra ou uma prescrição a ser seguida. Queremos pensar o dispositivo de intervenção na formação em sua capacidade de agir: na construção do cuidado junto à formação médica.

Na perspectiva da metodologia desta intervenção, quer-se atingir a reprodução da medicalização na formação em medicina, por uma atitude crítica ao modelo heteronômico e aos riscos do excesso de poder terapêutico. O risco principal envolve a redução do cuidado a uma tecnologia que constrói protocolos diagnósticos, seguido de procedimentos que restringem o tratamento à prescrição de psicotrópicos. Nas nossas análises, este tipo de conduta acarreta a desvalorização do saber da experiência construída com usuários, alunos, professores e trabalhadores da saúde.

O grupo, como dispositivo, pode agir intervindo onde prevalece a construção de sujeito e objeto, como unidades previamente dadas, nos modos indivíduos. Lembremos que a soberania do conhecimento heteronômico especialista atua tanto sobre o médico quanto em seu paciente. Como se a condução do tratamento só pudesse ser produzida por um dos indivíduos; outro seria um mero polo receptor. Assim, corre-se o risco de desprezar a composição entre a produção de cuidado e conhecimento, envolvida nesta relação. Neste encontro entre indivíduos, quem pretende cuidar deve estar atento à forma como seu conhecimento está sendo produzido e como será aplicado, evitando-se focar apenas na constatação de uma doença a ser combatida no paciente. De outro modo, uma patologia pode ser efeito de como o paciente e o médico conduzem suas vidas. Se entendermos a importância da cogestão, na condução do cuidado em saúde, poderemos construir outras formas de intervenção, nesse processo de produção de saúde.

O efeito da tecnologia GAM não está apenas em reunir mais de duas pessoas com a mesma finalidade, mas por um modo compartilhado de ação, construído por saberes produzidos no percurso do processo de sua pactuação, entre o cuidado e a formação em saúde. A relação médico-paciente e todas as relações que envolvam a construção do cuidado devem ser analisadas, no que tange à condução de outrem. Conduzir o cuidado necessita de uma relação construída entre seus integrantes, mas sem garantia de bom resultado por um saber antecipado e especialista. E mesmo que o conhecimento tecnológico possa ser entendido como evolutivo, não há garantias de melhoria da saúde

de toda população e nem se disponibiliza o acesso aos cuidados necessários à integralidade, no ato de cuidado.

Como o conhecimento no campo da psiquiatria vem sendo utilizado, para melhoria da qualidade de vida das pessoas, no campo da saúde mental? Esta problematização trouxe à tona o modo de utilização do conhecimento no cuidado. É preciso não reduzir uma variedade de formas de existência ao diagnóstico de transtornos mentais, e nem as possibilidades de intervenção à prescrição de procedimentos para os usuários.

Na pesquisa, este problema da condução em processos distintos, nos colocou diante de movimentos inesperados, tanto dos pesquisadores, no questionamento de sua formação, como no cuidado produzido com os usuários, no ambulatório. O processo de construção dos dois grupos rebatia sobre como conduzíamos a formação e o cuidado com os usuários e pesquisadores. Naquele momento em que concluíamos a pesquisa no ambulatório, estávamos diante da condução da pesquisa na formação e de como lidar com fim da intervenção no ambulatório, ao término da leitura do guia GAM. As linhas de formação e produção de cuidado se entrecruzavam desmanchando certezas, como as de um especialista, na condução do cuidado em saúde e da formação. Ao mesmo tempo, sentíamos aumentar nossa responsabilidade na conclusão da pesquisa no ambulatório e, em seguida, com os pesquisadores da graduação.

A direção recomendada era de distribuição na condução do cuidado, e do manejo no grupo GAM com os trabalhadores e usuários, para que houvessem outros desdobramentos no ambulatório, após a saída dos pesquisadores. Já em relação à formação médica, a responsabilidade distribuída na condução da pesquisa, com os alunos da graduação, nos impunha revisitar o percurso do pesquisador da pós-graduação e dos trabalhadores do ambulatório envolvidos.

Percursos distintos não deveriam impossibilitar o cuidado com cada participante, em sua trajetória de relacionamento com os usuários e entre nós, como pesquisadores da formação. A distribuição da condução abria canais coletivos de construção de processos de subjetivação, disparados pelo compartilhamento das experiências, nos respectivos grupos. Ao mesmo tempo em que construíamos as análises da colheita de dados e dos efeitos de subjetivação nos pesquisadores, revíamos nossa formação. Tratava-se, portanto, de uma mudança de orientação na condução do processo de pesquisa, mas por

dentro da formação curricular, deslocando uma relação de heteronomia em direção à outra atitude, a um *ethos* de autonomia. Não havia sentidos a serem revelados, mas a serem produzidos. O dispositivo de formação agia em direção a novas conexões, criando um plano de constituição favorável à emergência de protagonismos, mas em trajetórias distintas. Neste sentido, nos grupos não havia interesse em formar um protagonista no cuidado ou na produção de conhecimento, mas protagonismos distribuídos.

Qual é o sentido produzido pela pesquisa intervenção, nestes dois grupos, em que o cuidado e a produção de conhecimento se produzem pelo viés participativo?

Benevides (1996) nos traz os riscos de sobreimplicação, na produção de um modelo de qualidade total, no sentido de implicar-se num grupo dentro de instituições que buscam moldar seus integrantes. A sobreimplicação, na produção de subjetividade serializada, acontece em formas identificadas na universidade, cujo regime seria de qualidade total, relacionada aos especialismos, na formação médica. O excesso de especialização, na formação dos médicos, pode produzir um “nós especializado”, como das associações médicas de especialistas, que definem protocolos e procedimentos a serem seguidos, pasteurizando modos de construção de conhecimento mais participativos. Sendo assim, caso prevaleça a heteronomia, na forma de produzir um diagnóstico e na prescrição de medicamentos, a proposta de compartilhamento do cuidado tenderá a ser inviável.

Segundo o relato de Ricardo, aluno da disciplina de IC, o conhecimento dos alunos pode vir a ser excluído, quando acontecem os rituais de avaliação para passar nas disciplinas da faculdade e a recompensa de seguir os ensinamentos dos professores e orientadores. Talvez, possamos pensar na formação como um modo produção de conhecimento compartilhado e não, apenas, em aprendizes depositários de um saber heteronômico e especialista. Numa tensão constante entre transmissão e produção de conhecimento, construímos uma abertura ao diálogo, entre modos distintos de relacionar-se na formação em saúde.

Nosso desejo foi o de construir uma formação crítica e implicada, numa atitude agonista junto ao percurso dos pesquisadores envolvidos. Apostamos no movimento de contágio dessa experiência de produção de autonomia, construída de forma coletiva e sem possibilidade de imunização aos seus leitores.

INCONCLUSÃO

Como pesquisas baseadas na metodologia de intervenção participativa podem propiciar modos de resistência à medicalização nos processos de formação para o cuidado em saúde?

Retorno à Hipócrates, *primum non nocere*, princípio de não fazer mal ao outro, na relação do médico com o paciente e na condução da formação do profissional de saúde. Assim sendo, a prescrição de um *phármakon* não pode ser compreendida pelo melhor uso de uma substância, mesmo que seja em busca da cura, pois envolve o risco de envenenamento do processo produção do conhecimento no cuidado de outrem.

Não acreditamos que a formação em saúde, e a prática profissional, devam se basear na produção de sujeitos autônomos, mas processos de subjetivação e não individualidades independentes. Em outras palavras, indivíduos que se expressem por processos de subjetivação coletivos, na construção de cuidado, ou seja, dentro de um plano de constituição coletivo. Segundo Paulo Freire: ninguém deveria se colocar como sujeito da autonomia de outros (2011). O sentido dado por Freire pode ser analisado como o de que ninguém seria sujeito de sua própria autonomia. Na medida em que é um processo contínuo, tanto na produção de saúde quanto dos profissionais sempre em formação. Se tiver sentido para o leitor a afirmativa anterior, a saúde de alguém, e o conhecimento em saúde, não se constroem num modo indivíduo. Seja num sujeito fechado em seu conhecimento especialista, ou na passividade do paciente e do aluno.

Em relação à formação dos pesquisadores, não se trata de capacitá-los em definirem os melhores protocolos e procedimentos a serem prescritos. Mas, também, não se deve entender por autonomia um processo de autogestão, mas pela valorização do saber que emerge da experiência com os usuários. Da mesma forma, torna-se necessário, na criação de processos de autonomia no cuidado em saúde, a valorização da produção de conhecimento pela iniciação científica na graduação.

A gravidade dos problemas que os alunos de medicina trouxeram, no percurso da pesquisa, referentes ao processo de formação, pode estar relacionado ao modelo de transmissão heteronômico de conhecimento. Provavelmente, o aluno de graduação seja o mais curioso e criativo dos pesquisadores, sendo assim, sejamos professores ou

especialistas ou pós-graduandos, podem se revigorar ao construir conhecimento junto da graduação. Mas isso, parece não ser relevante para quem não se abre a ser investigado, apenas acreditando atuar na formação de outros. Talvez, possamos pensar no descuido do profissional de saúde, e do professor, que não cuida de si mesmo, no processo de cuidado do outro e de sua formação. Mas, de qualquer forma, não podemos nos descuidar dos efeitos da atividade profissional, no sujeito sobre o qual se aplica, ou se transfere um conhecimento ingenuamente neutro. Como se o conhecimento pudesse ser de propriedade de um ser autônomo, no sentido de ser um sujeito independente do próprio processo de sua produção.

Ao contrário, por se descuidar da experiência com os usuários da saúde, o cuidado em saúde tende a ser prejudicado, se o que se propõe, através dele, seja a produção de processos de autonomia. Talvez, também, possamos pensar que um descuido com a experiência de produção de conhecimento, junto aos alunos, está implicado nessa problematização. Tanto nos aspectos relacionados ao cuidado com os usuários quanto com os profissionais e alunos. Inclusive, os pesquisadores da graduação em medicina nos revelam a crescente incidência de problemas mentais no corpo universitário, referente ao descuido com o processo de formação na atualidade.

Dentre as iniciativas produzidas para lidar com este grave problema, se destaca a da Liga Acadêmica Multiprofissional de Saúde Mental e Psiquiatria da Universidade Federal Fluminense (LiPsi/UFF). Os integrantes da LiPsi organizaram vários encontros, numa tentativa de propiciar discussões sobre o sofrimento mental, identificado, também, durante o curso de medicina. A gravidade relacionada ao risco de suicídio nos jovens universitários, em todas áreas de formação, foi destacada no projeto: “*Setembro Amarelo*” na UFF, trazendo à tona este debate, com o objetivo de criar estratégias de cuidado e prevenção do suicídio durante a formação.

A relevância desta temática, dentro da formação em medicina na UFF, impactou de tal forma a experiência dos alunos que: Matheus Lemos Rodrigues de Souza, Carla Graziela Paes Ladeira e Mateus Caldeira Lima, além de uma médica, egressa da mesma faculdade, Debora Grion, elaboraram um Projeto de Extensão: *Promoção de Saúde Mental e Cuidado na Faculdade de Medicina*. Lembramos que os dois primeiros autores, acima citados, também fazem parte do corpo de pesquisadores dessa tese.

O projeto de extensão, criado pelos pesquisadores da graduação, encontra-se em implementação na faculdade de medicina da UFF. E, através de sua leitura, podemos identificar, logo na introdução, a problematização do processo de aprendizado na medicina: “qual o tamanho do fardo que precisamos suportar sozinhos para cuidar das pessoas que carregam o seu próprio”?

“Sozinhos” estão os usuários com seus fardos e, ao mesmo tempo, os alunos ao entenderem que terão que suportar, individualmente, o fardo de cuidar dos usuários. Todos entendidos como sendo fardos próprios, ou uma propriedade apenas daquele que padece por carregar o peso de uma doença ou o fardo do seu paciente. Talvez, tanto mais os alunos, por se perceberem tendo que dar conta da formação médica, se entendida por uma ação unilateral e derivada do acúmulo de conhecimento.

A faculdade de medicina, tanto em seu curso quanto na perspectiva de seu final, seria um fardo para os alunos? Teriam que cuidar de si sozinhos no processo de formação e, depois, da condução do cuidado dos pacientes. Segundo os autores do projeto, tem-se por objetivo: “alcançar um modo de comunicação transformadora com os estudantes, de forma a estabelecer uma grupalidade cotidianamente dedicada ao entendimento e acolhimento das questões de saúde mental”. E para se atingir este objetivo se propõem: “organizar estratégias coletivas para manejo do sofrimento psíquico, porém sem ocupar a centralidade do cuidado em casos mais graves, para os quais se espera haver a disponibilidade de serviços especializados para atendimento dos estudantes”.

Vejamos que a proposta envolve a estratégia de construir, coletivamente, o cuidado no processo de formação, mas sem ocupar sua centralidade. Podemos entender que não se trata de autodireção, e sim de cogestão do cuidado, numa construção junto aos profissionais de saúde e professores da faculdade. Em sua metodologia fica mais claro que o projeto tem a intenção de desencadear atividades de formação, capacitação e acolhimento, mas a partir de estratégias grupais e da participação de docentes como colaboradores. A estruturação do projeto é muito interessante, articulando produção de conhecimento e cuidado, na criação do “grupo de escuta e apoio” em saúde mental, na “rotina da formação médica”.

A sintonia do projeto dos alunos com essa pesquisa, desenvolvida durante estes quatro anos, pode ser identificada pela relação entre cuidado e produção de conhecimento durante a formação médica. Segundo os autores do projeto, um “fardo” de propriedade

de quem adoece e de quem conduz o cuidado. Podemos entender por fardo a via de transmissão de conhecimento conteudista, sem a participação do aluno na produção de conhecimento, levando ao padecimento do aprendiz. Justamente, por entender a assistência como um peso, além da necessária aquisição infinita de conhecimento. E este peso pode ser medido pela exigência de absorção de um tipo conhecimento instituído, referente à um saber de fora do ato de cuidado com o outro, e sua relação consigo.

O contágio destas experiências, ou a forma como esta pesquisa reverbera na formação dos pesquisadores no cuidado em saúde, se revela no percurso dos pesquisadores envolvidos nesta pesquisa. Além de Carla e Matheus, que produziram o projeto de extensão, Lia - médica formada na UFF, egressa deste grupo de pesquisa - nos relata que escolheu fazer residência médica em medicina de família, em Florianópolis, concluindo-a em março de 2020.

Lia iniciou no grupo de pesquisa em outubro de 2015, e participou da criação do grupo no ambulatório de Pendotiba, em outubro de 2016. No período em que participou junto aos usuários do grupo GAM, trouxe vários relatos para serem analisados com o grupo de pesquisa. O percurso de sua formação, e sua implicação na pesquisa, revelam muitas possibilidades em trajetos singulares, no qual a participação na pesquisa era apenas um dos elementos. Entre os que ela destacou incluem-se os debates produzidos no grupo de pesquisa (DIFOME), sobre o cuidado compartilhado em saúde, e de como criar formas de resistência à medicalização nos processos de trabalho. Além disto, abordou sobre a importância da interação com a supervisão, no grupo Enativos, onde se discutiam vários campos de pesquisa, na utilização da GAM dentro de serviços de saúde, no estado do Rio de Janeiro. Mas o mais significativo, segundo relatou no seu percurso de pesquisa, foi a experiência de produção de cuidado com os usuários, junto a equipe do ambulatório de Pendotiba.

Em sua narrativa nos revelou que desistiu de fazer residência em psiquiatria, justificando que não encontrou, no conhecimento psiquiátrico, a possibilidade de construir a relação profissional que gostaria de ter com os usuários. Curioso foi o fato de ter conhecido duas médicas durante a pesquisa, que faziam a residência em medicina de família, quando fomos num congresso da ABRASME de saúde mental, em meados de 2017, justamente na Universidade Federal de Santa Catarina, em Florianópolis.

Neste grupo de pesquisadores a dúvida, em qual especialização seguir, fica entre medicina de família, saúde coletiva, medicina preventiva ou psiquiatria. No entanto, todos trazem a saúde mental como uma perspectiva transversal, independentemente da escolha da pós-graduação. Vitor e Sara seguem na graduação, revelando mais interesse pela atenção básica e saúde coletiva. Já Carla, Matheus e Ricardo relatam que pretendem fazer residência médica em psiquiatria.

O aspecto que queremos ressaltar é a transversalidade da saúde mental nestes campos de conhecimento em saúde, aparentemente distintos da psiquiatria que Lia abordou. Por exemplo, a Lia fez residência em medicina de família, mas relatou que se sentiu à vontade quando iniciou atividade num CAPSII, na cidade de Palhoça, Santa Catarina. Curiosamente não estranhou o fato de prescrever psicotrópicos, sem ser especialista em psiquiatria. Nos surpreende dizendo que não conta com nenhum psiquiatra naquele serviço, e que trabalha com a equipe de saúde mental. Por alguns instantes, durante nosso diálogo por telefone, pensávamos que ela abordaria sobre alguma dificuldade por não terem psiquiatria no CAPS. No entanto, ela expressou que estava gostando de trabalhar “com a equipe, nas necessidades trazidas pelo próprio processo de trabalho junto aos usuários”, e que não gostaria de atender num modelo como de consultórios, ou individualmente, lhe agradando mais em “ficar nos grupos, na convivência, no cotidiano construído para o cuidado com os usuários, em espaços mais coletivos”.

Quando foi perguntada sobre como lidava com os diagnósticos e a prescrição de medicamentos psiquiátricos, nos responde que preferia entender os casos pelo problema trazido pela equipe. Segundo ela, os trabalhadores da equipe demonstravam domínio, sobre sua atuação profissional interdisciplinar na saúde mental, trazendo-lhe a história de cada usuário e o percurso percorrido com o projeto terapêutico. Tudo isso tem lhe permitindo certa forma de segurança para agir, mas “com o apoio da equipe”. No caso de não ter condições de propor uma conduta junto da equipe do CAPS, o que podia ou não envolver uma prescrição, ela também contava com o apoio da equipe do NASF. A sua tranquilidade revelava estar acostumada a compor o tratamento com outros profissionais e junto com especialistas, quando fosse necessário. E continua dizendo estar sendo uma experiência muito interessante, chamando-lhe atenção o cuidado desta equipe para com ela. Sua primeira impressão era de que a equipe revelava algum receio dela vir a não suportar o trabalho. Nos conta que a equipe do CAPS ficou surpresa, pois, mesmo que

não tivesse feito uma especialização em psiquiatria, não aparentava medo de se relacionar com usuários, nem tomava o cuidado como uma tarefa pesada ou mesmo solitária.

A intensão destes relatos é a de trazer como os pesquisadores estão levando as experiências na pesquisa para suas atividades, após o fim dos grupos no ambulatório e no DIFOME, tanto no cuidado com os usuários quanto na condução de seu processo de formação. Já a participação dos trabalhadores do ambulatório de saúde mental, e o contágio desta experiência de pesquisa, concluída no final de 2018 no ambulatório, mereceria a escrita de outra tese. Através da participação de Renata e Felipe, e depois com entrada da Paula no grupo GI-GAM, um outro aspecto, bastante relevante, foi incluído no processo de pesquisa. Estamos nos referindo a transformações dos profissionais do ambulatório que participaram do grupo GAM e sua atuação na formação dos pesquisadores.

Na entrevista que vamos abortar, com os trabalhadores no ambulatório, em julho de 2019, Renata trouxe a importância de uma participação “aberta a si transformar neste processo de cuidado do outro, mas de modo mais coletivo, como no grupo GAM”. Disse que passou a enxergar os usuários com “outro olhar”, considerando que no grupo GAM pôde conhecer, ainda mais, cada um dos usuários e de uma outra perspectiva. Renata, também, se referiu à mudança no modo de relação, não apenas nos trabalhadores, mas entre eles, no posicionamento dos usuários com ela. Nos fazendo entender como um índice da intervenção da pesquisa, a transformação não apenas no grupo GAM, mas também nos seus atendimentos individuais.

Segundo ela era bem mais interessante em grupo, entretanto, percebia o efeito da experiência tanto nos atendimentos individuais como na maneira como a equipe se relacionava com ela. O problema, segundo sua avaliação, era uma questão de postura ou de atitude, o “modo de relacionar-se”, só que não teria “se transformado” sem “os deslocamentos de posição” produzidos no grupo GAM. Em nossa pesquisa, a mudança de posicionamento não desconsidera a importância da especialidade da psiquiatria ou do psiquiatra, o que importa é um deslocamento da centralidade deste saber, ou deste profissional, na sua relação com o usuário e com os demais trabalhadores no ambulatório.

Quando participamos das reuniões de equipe, o grau de abertura institucional se alargava na medida em que os trabalhadores e, também, os que não participavam do grupo, começaram a falar dos efeitos da pesquisa nos usuários. Tudo indica que houve

uma espécie de contágio do grupo GI-GAM naquele serviço. O grupo GI-GAM passou a fazer parte do serviço, sendo oferecido como campo de estágio para a graduação e residência médica em psiquiatria da Fundação Municipal de Niterói. Queremos terminar esta tese dando destaque ao viés político da participação e a abertura comunicacional entre os usuários, trabalhadores e pesquisadores.

Segundo um dos usuários, que participaram do GI-GAM, Renata estava aprendendo muito com eles e que Lia, Samia, Carla e Vitor (pesquisadores da graduação em medicina) iriam levar aquela experiência para sua vida profissional. Renata, Paula e Felipe colocaram esta questão, referente ao efeito dessa intervenção da pesquisa, na mudança nos processos de trabalho no ambulatório, numa entrevista que fizemos, em julho de 2019. Abaixo trazemos a transcrição dessa entrevista feita por Carla:

Renata: Criam um coletivo em perspectivas tão únicas, não é? No jogo, todos nós no jogo, não é? Por que que o médico não quer saber da vida sexual do paciente, não é? Só porque o paciente não fala, só porque é um tabu fora, porque o médico também tem receio nisso, não é? É, é... estão todos num jogo. Não é um jogo que a gente se retira, estamos ali. É uma coisa que... estamos todos num jogo.

Paula: E eu acho que o grupo desconcerta mesmo e eu acho que é essa a potência, de deixar a gente desconcertado, que aí uma coisa nova surge também.

Destacamos a colocação da Renata, quando aborda as relações produzidas afirmando que todos estamos neste “jogo”. Devemos entender todos num mesmo jogo, como um plano no qual todos estão envolvidos sem tantas formas de agir hierarquizadas ou instituídas por antecipação. Podemos também pensar em novas regras que são construídas entre os participantes, mas não havendo vencedores. Pois nesse jogo todos se beneficiam de uma espécie de desenfadamento, referente a uma relação de tutela a um saber instituído de fora daquele grupo. Paula coloca que o grupo desconcerta, nos deixando desconcertados, no sentido de desmanchar uma posição unilateral na condução do cuidado. Abrindo-se, assim, possibilidade de emergência de

outros modos de relação, ou novas normas, por um certo desarranjo dos lugares fixos, seja o dos profissionais ou dos usuários.

Renata: “O primeiro ano foi muito difícil... Eu sempre falo isso, foi muito difícil de verdade para mim, foi muito difícil participar do GAM. É, muito difícil, de verdade, assim... É... E hoje em dia, eu fiz até essa ligação agora, essa leveza esteja na gente também... Me veio à cabeça, porque me sinto muito mais tranquila hoje. Não é de forma alguma burocrático, não é nada burocrático também. Senão não tem tesão, se for burocrático... Fez-me rever tudo. Isso já aconteceu intensamente, não é? É, mas o impacto que teve para mim, é, é... Eu acho que me reposicionou muito nos atendimentos. Muito nos atendimentos. É, me fez questionar a minha prática. Porque quanto mais velho a gente é, mais difícil fica (risos). Questionar também a formação... Quando a gente pensa na prática, a gente pensa na formação, isso não tem como sair. É, é, eu acho que teve uma dimensão pessoal também, não só profissional, mas pessoal também... De abertura. É... E acho que, quando você falou da porta aberta, eu acho que isso transbordou para o serviço. É, como se essa porta deixasse esse transbordamento tomar conta das salas. E acho que, que transbordou para o serviço, é, e aí eu penso no coração que é reunião de equipe. E aí tem tudo a ver com o que o Felipe falou. Não é? Na reunião de equipe, eu acho que cada vez, sempre foi na reunião de equipe que eu gostei muito. Sempre foi na reunião de equipe que... Eu acho que é uma equipe que tem as relações e são muito possíveis, não é? Os diferentes falarem. Mas eu acho que... Os residentes falam que na nossa reunião de equipe é, que a gente traz as mazelas, não é?

Felipe: O último desdobramento que foi bem legal, pegar o pessoal para discutir casos que estavam transbordando durante as reuniões. Pegar mais cedo e... Quando chegou, bateu meio dia e tinha acabado. As pessoas não estavam correndo atrás de resolver

um caso, porque já resolveu a partir do desdobramento ali, que foi tomado ali na reunião.

A mudança de posicionamento de quem conduz o tratamento de uma responsabilização unilateral na assistência em saúde para o cuidado no ambulatório. Renata abordou sobre como foi difícil se deslocar desta posição, indo de quem conduz o tratamento para um cuidado compartilhado naquele coletivo. A importância de se abrir para a experiência de compartilhamento do cuidado, em cogestão com Felipe e com os pesquisadores. As relações burocratizadas, em especialimos, em funções predeterminadas pela formação dos profissionais de saúde, são colocadas para jogo, contraindo-se modos de relação mais democráticos entre os trabalhadores e usuário. E esse processo de mudança contagiava a todos os profissionais, mesmo os que não participavam do grupo GAM, através da supervisão institucional na reunião de equipe. Já Felipe abordou sobre sua transformação no grupo GAM e na relação com os usuários, mas, principalmente, no seu posicionamento com os profissionais de nível superior. Revela seu deslocamento, saindo da função de atendente domiciliar, no cumprimento tarefas de visita com os usuários, indicadas pelos profissionais de nível superior, para uma maior valorização de seu papel junto com a equipe, e seu protagonismo na produção de cuidado, no território com os usuários. Nas reuniões de equipe passou valorizar seu protagonismo no processo de trabalho, tanto na relação com os usuários quanto com os profissionais de nível superior.

Renata: E foi uma coisa que a gente fez ali sem a coordenação. Não que a coordenação não soubesse, a coordenação sabia, mas a gente foi resolvendo, não é? Mas o que me toca muito são as formações profissionais, tão diferentes, mas que é possível a gente trabalhar precisando muito um do outro, muito...

Felipe: Acho que teve uma, uma outra, uma outra reunião, que foi até na reunião da coordenação, que a gente apresentou um trabalho sobre o nosso trabalho. E no trabalho que eu fiz com a colega, juntamente com a coordenadora do ambulatório, no meu trabalho, eu tentei passar, não é? A importância do AD,

acompanhante domiciliar não, é AT, acompanhante territorial. É, buscar o protagonismo do trabalho.

Marcio: Mudou até de nome, não é, Felipe? Curioso, não é?

Felipe: É, porque acompanhante domiciliar não, não... E aí buscar dentro das suas equipes, buscar o protagonismo do trabalho, não é? Para que você não seja, é, um trabalhador que as pessoas falam... É, tipo essa fala: o que você faz, o outro pode fazer também. Buscar o seu diferencial dentro da equipe, só assim você vai conseguir chamar a atenção, não é? E foi muito legal quando a coordenadora do ambulatório falou para mim que o meu trabalho estava batendo lá na coordenação e o pessoal estava elogiando. Isso para mim foi muito bom, porque dá um gás assim, para você continuar trazendo coisas novas. E é muito legal ouvir essas coisas.

O principal aspecto sobre a importância da participação dos trabalhadores se revela na distribuição do protagonismo no cuidado em saúde, deslocando a centralidade do saber médico na condução do grupo GAM no ambulatório, revelando-se no contágio deste processo entre os profissionais e usuários do serviço. A pesquisa produzida na formação em saúde, inspirada nas diretrizes da formação em serviço, em sua articulação com estratégia de cogestão da GAM, revelou a possibilidade de construção de conhecimentos de modo mais coletivo. Pensamos que as transformações das relações dos profissionais com os usuários, nessa experiência, podem ser utilizadas na criação de modos mais coletivos de produção de cuidado.

Nessa trajetória, trazida pelo seu contágio nos participantes, a pesquisa candidata-se a ser uma pequena contribuição na formação pública, no sentido de ser voltada para os interesses da população, através da pactuação desta construção com pesquisadores da graduação, usuários e trabalhadores do ambulatório de saúde mental.

Nos demos conta que a pesquisa não se concluía, mesmo com a aproximação da finalização dessa tese. O processo de contágio, produzido junto aos trabalhadores e

usuários no ambulatório, fez com que o processo de cuidado não se separasse da produção de conhecimento, em sintonia com a diretriz da educação permanente.

Cabe ressaltar que o aspecto mais contagiante se revela no protagonismo dos usuários que criaram um outro grupo GAM, sem a participação de pesquisadores da universidade. Como já dissemos, no capítulo anterior, houve em março de 2019, a criação de novo grupo GAM para iniciar a leitura do guia com novos usuários do ambulatório, no qual se mantiveram dois usuários do grupo anterior, como monitores. Obviamente, sem a participação dos usuários seria impossível qualquer criação de outros modos de cuidado ou processos de subjetivação na formação dos pesquisadores. O protagonismo dos usuários da saúde mental e dos alunos da graduação revigoraram o processo dessa pesquisa na formação para o cuidado em saúde.

A rigidez de modelos de produção acadêmica, ditando como deve ser conduzida uma pesquisa, e do profissional de saúde na condução unilateral do tratamento, não contribui para uma produção conjunta de processos de produção de cuidado e conhecimento compartilhados. Tanto o fechamento ao diálogo, que alguns professores podem impor aos seus alunos, fazendo com que se empenhem na absorção do conteúdo da disciplina especialista; quanto dos profissionais da saúde que, por sua vez, podem reduzir o cuidado à prescrição de normas a serem seguidas pelos usuários, são empecilhos para a produção de processos de autonomia.

Quem sabe, quando compartilharmos a produção de saúde, e os conhecimentos necessários à sua efetivação, possamos criar um *ethos* de autonomia, através de maior participação de seus integrantes. Contudo, tal atitude só pode ser construída se formos cúmplices na crítica às normas instituídas e criação de outros modos de subjetivação. As certezas da ciência, e dos que acreditam ter a propriedade do conhecimento, não superaram as possibilidades de criação de outras formas de existência, ou modos de subjetivação, como da experiência com usuários.

Os usuários da saúde pública, certamente, são os que mais sentem as desigualdades sociais, portanto, a educação e a saúde pública são áreas estratégicas para dar acesso à melhoria da qualidade de vida da população.

Em relação a importância da saúde pública, no acesso ao cuidado da população, como seria lidar com a gravidade da pandemia do COVID-19, se não tivéssemos um

Sistema Único de Saúde? A população está reconhecendo o valor da saúde pública, e a necessidade de investimento em pesquisa, também para conter o contágio e criação de uma vacina. Mas não podemos deixar a condução desse processo nas mãos de interesses privados ou de um governo, portanto torna-se necessário a criação de processos de produção coletiva de saúde e educação.

Nos posicionamos em defesa dos interesses dos usuários do SUS, buscando construir estratégias de enfrentamento às privatizações, principalmente, nas áreas da educação e saúde. Há urgência no fortalecimento das políticas do SUS e das estratégias de resistência da Universidade Pública, contra políticas que reduzem os direitos dos cidadãos e seu acesso aos serviços públicos nestas áreas. Nenhum governo tem o direito de decidir, por nós, os rumos da educação e da saúde, e, se abandonarmos as políticas públicas, corremos o risco de reduzir o cuidado, e as pesquisas em saúde, apenas ao uso de medicamentos que reduzem as possibilidades de produção de saúde mais coletivas. Não há substâncias químicas, ou governantes, que venham nos salvar de ameaças à vida, a única possibilidade está em nossas próprias ações. Talvez, o remédio para não sermos contaminados, ou medicalizados neste sistema individualizante da produção de saúde, envolva rever nossas atitudes na criação coletiva do cuidado. Tomando a saúde e seu conhecimento, sempre a ser construído por todos os envolvidos, como um BEM COMUM.

BIBLIOGRAFIA

ALVAREZ, J; PASSOS, E. Cartografar é habitar um território existencial. In: PASSOS, E; KASTRUP, V; ESCOSSIA, L. (orgs). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividades**. Porto Alegre: Sulinas, 2009; p. 131-149.

ANGEL, M. **A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos**. Rio de Janeiro: Record, 2007.

ARAÚJO, M. **Política e Clínica na Produção da Subjetividade: Psiquiatria e Biopolítica no Controle da Vida** (Dissertação de mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, 2003.

BASAGLIA, F. **A psiquiatria alternativa**. São Paulo: Brasil Debate, 1979.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro, Garamond, 2010.

BENEVIDES, R. **Dispositivos em ação: o grupo**. Cadernos de subjetividade, PUC-SP, Jun, 1996, p. 97- 106.

BERCHERIE, P. **Os fundamentos da clínica**. História e estrutura do saber psiquiátrico. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1989.

BONDÍA, J. L. **Notas sobre a experiência e o saber da experiência**, Revista Brasileira de Educação, Nº 19, pp. 20-28, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para NOB/RH-SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS no 198/2004, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em: < www.saude.gov.br/sgtes >

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Gestão participativa e cogestão* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução Nº. 3 de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 23 jun. 2014; Seção 1, p. 8-11.

CALIMAN, L; PASSOS, E; MACHADO, A.M. A medicação nas práticas de saúde pública; estratégias para a construção de um plano comum. In: KASTRUP, V.; MACHADO, A.M. (Org.) **Movimentos micropolíticos em saúde, formação e reabilitação**. Curitiba: Editora CRV, p. 19-40, 2016.

CAMARGO, Jr. **A Biomedicina**. In: PHISIS: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15: 177-201, 2005.

CAMARGO, Jr. A economia política da produção e difusão do conhecimento biomédico. In: **Medicalização da vida. Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica**. Santa Catarina: Unisul, 2010a.

CAMARGO, Jr. Medicalização, Conhecimento, o Complexo Médico-industrial. In: **Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2010b.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e cogestão de coletivos – a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G. **Por uma clínica do Sujeito**. In: Saúde Paidéia. São Paulo: Editora Hucitec, 2003, pp. 51-82.

CAMGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2017.

CAPONI, S.; VEDI, M.; BRZOZOWSKI, F.; HELLMANN, F. **Ética, saúde pública e indústria farmacêutica**. Palhoça: Editora Unisul, 2010.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L. C. M. **O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14(1):41-65, 2004.

CÉLINE, L. **A vida e a obra de Semmelweis**. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

CONRAD, P. **The medicalization of society: on the transformacion of human conditions into the treatable disorders**. Baltimore: The Johns Hopkins Univer. Press, 2007.

CORDEIRO, A.M. **Revisão sistemática: uma revisão narrativa**. Rev. Col. Bras. Cir. vol.34 no.6 Rio de Janeiro Nov./Dec. 2007.

CUNHA, M.C. **Cidadelas da ordem**. São Paulo: Brasiliense, 1990.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre; Artemed, 2008.

DELEUZE, G. **Conversações**. São Paulo: Editora 34, 2000.

DELEUZE, G. O que é um dispositivo? In: **Dois regimes de loucos**. São Paulo: Editora 34, p. 359-369.

ENGEL, M. **Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001

FERREIRA, A. B. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1996.

FEUERWERKER, L. C. M. *Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados*. São Paulo: Hucitec, 2002.

FEUERWERKER, L.C.M. **Estratégias para a mudança da formação dos profissionais de saúde**. Caderno de Currículo e Ensino 2001; 2:11-23.

FEUERWERKER, L.C.M. **Reflexões sobre as experiências de mudança na formação dos profissionais de saúde**. Olho Mágico, 2003; 10:21-6

FOUCAULT, M. Qu'est-ce que la critique? **Critique et Aufklärung**. **Bulletin de la Société française de philosophie**, Vol. 82, n° 2, pp. 35 - 63, avr/juin 1990.

FOUCAULT, M. Nietzsche, a genealogia e a história. In: Roberto Machado (Org.) **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, p. 15-38, 1996.

- FOUCAULT, M. **História da sexualidade 2: o uso dos prazeres**. Rio de Janeiro: Graal, 1998.
- FOUCAULT, M. **História da sexualidade 1: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1999.
- FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. São Paulo: Loyola, 2000.
- FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001a.
- FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes, 2001b.
- FOUCAULT, M. **Os anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- FOUCAULT, M. **Arte, Epistemologia, Filosofia e História da Medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.
- FOUCAULT, M. **Malfazer, dizer verdadeiro**. São Paulo: Martins Fontes, 2018.
- FREIRE, O. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo. Editora Paz Terra, 2011.
- FREIRE, O. **Pedagogia do oprimido**. São Paulo. Editora Paz Terra, 2017.
- FREITAS, F.; AMARANTE, P. **Medicalização em psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.
- GAUDENZI, P. ORTEGA, F. **O Estatuto da Medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização**. Interface, vol.16 no. 40 Botucatu Jan./Mar. 2012.
- GUATTARI, F. **Revolução Molecular: pulsações políticas do desejo**. São Paulo: editora brasiliense, 1981.
- KASTRUP, V; BENEVIDES, R. Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. In: PASSOS, E; KASTRUP, V; ESCOSSIA, L. (orgs). **Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividades**. Porto Alegre: Sulinas, 2009; p. 76-91.

KASTRUP, V; PASSOS, E. Cartografar é traçar um plano comum. In: PASSOS, E; KASTRUP, V; TEDESCO, S. (orgs). **Pistas do método da cartografia vol.2: a experiência da pesquisa e o plano comum**. Porto Alegre: Sulinas, 2016; p. 15-41.

KAPLAN, H.; SADOCK, B.; GREBB, J. **Compêndio de psiquiatria. Ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

KINOSHITA, R. T. (1996). **Contratualidade e reabilitação psicossocial. EM: Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec.

KRAEPELIM, E. **Tratado de psiquiatria**. Milano: Dottor Francesco Vallardi, 1907.

LEAL, E. **Psicopatologia da autonomia: A importância do conhecimento psicopatológico nos novos dispositivos de assistência psiquiátrica**. EM: “Revista latino americana de psicopatologia fundamental”, IX, 3, 433-446, 2006.

LOURAU, R. **René Lourau na UERJ – Análise Institucional e Práticas de Pesquisa**. Rio de Janeiro: Eduerj, 1993.

MACHADO DE ASSIS. **O alienista e outras histórias**. Rio de Janeiro: Ediouro, 1998.

MARCH, C.; KOIFMAN, L.; OLIVEIRA, G.; SILVA Jr.; FERNANDEZ, V. O currículo de medicina da UFF: revisitando uma experiência. In: **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006, p. 295- 309.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: uma reflexão acerca dos valores que merecem ser defendidos. Em: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

ONOCKO CAMPOS, R.T., PASSOS, E., LEAL, E., PALOMBINI, A., SERPA, O. et al. **Guia de gestão autônoma da medicação**. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; IPUB/UFRJ; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2012.

ONOCKO CAMPOS, R.; PALOMBINI, A.; SILVA, A.; E., PASSOS, E.; LEAL, E.; SERPA, O.; MARQUES, C.; GONÇALVES, L.; SANTOS, D.; SURJUS, L.;

ARANTES, R.; EMERICH, B.; MIKE, T.; STEFANELLO, S. **Adaptação multicêntrica de um Guia para a Gestão Autônoma da medicação.** *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, [S.l.], v.16, n. 43, p. 967-980, out./dez. 2012b.

ONOCKO CAMPOS, R.; PALOMBINI, A.; SILVA, A.; E., PASSOS, E.; GONÇALVES, L.; SANTOS, D.; L.; STEFANELLO, S.; GONÇALVES, L.; ANDRADE, P.; BORGES, L.A **Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental.** *Ciência& saúde coletiva*, vol.18, no.10, out. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS (Org.). **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993

PASSOS, E. et al. **Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM).** *Aletheia*, Canoas, n. 41, p. 24-38, ago.2013.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. **A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade.** *Psic.: Teor. e Pesq.* 2000, vol.16, n.1, pp.71-79.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo In: **Foucault, 40 anos de história da loucura.** Rio de Janeiro: Companhia da Letras, 2001.

PASSOS, E; BENEVIDES, R. Cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E; KASTRUP, V; ESCOSSIA, L. (orgs). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividades.** Porto Alegre: Sulinas, 2009a; p.17-31.

PASSOS, E; BENEVIDES, R. Por uma política da narratividade. In: PASSOS, E; KASTRUP, V; ESCOSSIA, L. (orgs). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividades.** Porto Alegre: Sulinas, 2009b; p.150-171.

PASSOS, E; BENEVIDES, R. Diário de bordo de uma viagem intervenção. In: PASSOS, E; KASTRUP, V; ESCOSSIA, L. (orgs). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividades.** Porto Alegre: Sulinas, 2009c; p.172-200.

PASSOS, E; CARVALHO, Y. A medicação nas práticas de saúde pública; estratégias para a construção de um plano comum. In: **Movimentos micropolíticos em saúde, formação e reabilitação**. Curitiba: Editora CRV, 2016, p. 103-116.

PASSOS, E.; CARVALHO, S.; MAGGI, P. **Experiência de autonomia compartilhada na saúde mental: o “manejo cogestivo” na Gestão Autônoma da Medicação**. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*. São João del-Rei, v. 7, n. 2, p. 269-278, jul/dez. 2012.

PASSOS, E; EIRADO, A. Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. In: PASSOS, E; KASTRUP, V; ESCOSSIA, L. (orgs). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividades**. Porto Alegre: Sulinas, 2009; p.109-130.

PASSOS, E; KASTRUP, V; ESCOSSIA, L. Sobre a formação do cartógrafo e o problema das políticas cognitivas. In: PASSOS, E; KASTRUP, V; ESCOSSIA, L. (orgs). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividades**. Porto Alegre: Sulinas, 2009; p.201-205.

PASSOS, E.; PALOMBINI, A.; ONOCKO CAMPOS, R.; et al. **Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM)**. *Aletheia*, núm. 41, mayo-agosto 2013 (pp. 24-38). Universidade Luterana do Brasil, 2013.

PINHEIRO, R; CECCIM, R; MATTOS, R. **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

PONTES, A.; SILVA Jr. A.; PINHEIRO, R. Ensino da saúde e de rede de cuidados nas experiências de ensino-aprendizagem. In: **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006, p. 251-274.

POZZANA, L. A formação do cartógrafo é o mundo: corporificação e afetabilidade. In: PASSOS, E; KASTRUP, V; TEDESCO, S. (orgs). **Pistas do método da cartografia vol.2: a experiência da pesquisa e o plano comum**. Porto Alegre: Sulinas, 2016, p. 42-65.

RENAULT, L. **A análise em uma pesquisa-intervenção participativa: o caso da gestão autônoma da medicação** (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil, 2015.

RENAULT, L.; RAMOS J. **Participar da análise, analisar a participação: aspectos metodológicos de uma pesquisa-intervenção participativa em saúde mental.** Saúde Soc. São Paulo, v.28, n.4, p.61-72, 2019.

RIBEIRO JR., W. A; CAIRUS, H.F. **Textos hipocráticos: o doente, o médico e a doença.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

SADE, C; FERRAZ, G. C; ROCHA, J. M. O Ethos da confiança na pesquisa cartográfica. In: PASSOS, E; KASTRUP, V; TEDESCO, S. (orgs). **Pistas do método da cartografia vol.2: a experiência da pesquisa e o plano comum.** Porto Alegre: Sulinas, 2016; p.66-91.

SERPA Jr., O. **Mal-estar na natureza.** Rio de Janeiro: Te Corá, 1998.

SIQUEIRA, P. “**Ser afetado**”, de Jeanne Favret-Saada. *Cadernos de Campo.* São Paulo, n. 13, p. 155- 161, 2005.

SILVA Jr., PONTES A., HENRIQUES R. O cuidado como categoria analítica no ensino baseado na integralidade. In: **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde.** Rio de Janeiro: CEPESC, 2006, p. 93-110.

VASCONCELOS, V. **Mestre Juliano Moreira: o fundador da psiquiatria no Brasil,** Tese de Doutorado, 1998

VELHO, G. **Um antropólogo na cidade: ensaios de antropologia urbana.** Rio de Janeiro, Zahar, 2013.

WHITAKER, R. **Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental.** Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2017.