

Residência em psiquiatria no Brasil: análise crítica

Bruno Mendonça Coêlho*
Marcus Vinicius Zanetti*
Francisco Lotufo Neto**

INTRODUÇÃO

A alegria de passar na residência médica de psiquiatria talvez seja comparável, em intensidade, ao desespero sentido pelo residente quando se dá conta da quantidade de informação que o espera. E pior: terá apenas 2 anos para absorver tudo. É difícil entender como uma das especialidades que mais cresce com a medicina pode ser assimilada em tão curto período de tempo.

O que até a década de 1930 restringia-se à institucionalização custodial dos pacientes, hoje passa a ter enorme complexidade¹. Naquela época, com o início da convulsoterapia, iniciava-se uma nova etapa da terapêutica. Essa passa pela introdução dos neurolépticos na psiquiatria, na metade do século passado, chegando, hoje, a um extenso arsenal terapêutico à disposição do médico.

Os novos conhecimentos, desenvolvidos continuamente através da intensa pesquisa em

neurociências, envolvendo os campos da biologia molecular, neurobiologia, psicofarmacologia, epidemiologia, novas perspectivas no campo da genética, novos métodos de estudo funcional do sistema nervoso (ressonância nuclear magnética funcional – RNMF; tomografia por emissão de pósitrons – PET; magnetoencefalografia – MEG; e eletroencefalografia de alta resolução – EEG), reconceitualização das teorias e abordagens psicoterápicas, avanços nas neurociências cognitivas, melhor compreensão dos fenômenos e tratamentos psicossociais, maior atenção a ética e avanços científicos significativos, estão influenciando bastante o diagnóstico e o tratamento psiquiátricos². Essa influência crescerá substancialmente no futuro, tornando o estudo teórico da psiquiatria uma árdua tarefa.

Para se ter uma idéia do crescimento das informações acerca das patologias psiquiátricas, existem hoje no mundo mais de 1.800 revistas especializadas cadastradas apenas no PsycINFO do *Institute for Scientific Information (ISI)*³. Paralelamente, a boa prática psiquiátrica ainda exige profundos conhecimentos em psicopatologia,

* Médico residente, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

** Coordenador da Residência de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

psicoterapias, entre tantas outras ciências afins, cuja aplicação prática demanda intenso treinamento supervisionado.

A Declaração de Madrid da Associação Mundial de Psiquiatria (*World Psychiatric Association* - WPA) corrobora esse entendimento: “É dever do psiquiatra se manter a par do desenvolvimento científico da especialidade e compartilhar conhecimentos atualizados com outros”⁴. Ainda no mesmo documento, a preocupação da WPA com a ética e com o bem-estar dos pacientes é mencionada, sem falar no evidente cuidado com a excelência dos conhecimentos e com a interdisciplinaridade. Consta nele que os “psiquiatras servem os pacientes ao disponibilizar-lhes a melhor terapia disponível e que essa seja consistente com o conhecimento científico e princípios éticos. Psiquiatras devem aplicar intervenções terapêuticas que limitem minimamente a liberdade do paciente e devem buscar suporte em áreas de trabalho nas quais não sejam *experts*”⁴.

Além disso, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os transtornos mentais acometem mais de 450 milhões de pessoas e respondem por 12,3% das causas de enfermidades e invalidez. Mesmo que as autoridades acordem para o problema, o número deve chegar a 562 milhões em 2020⁵. Isso ocasionará uma demanda reprimida impressionante nos serviços de psiquiatria, fato já estabelecido no Brasil de hoje. A atual deficiência no número de psiquiatras crescerá nas próximas décadas, resultando na necessidade de treinar médicos generalistas em atendimento psiquiátrico básico e no provimento de atendimento psicoterápico formal por profissionais não-médicos⁶. Tudo isso demonstra que a especialidade cresce rápida e incessantemente e, conseqüentemente, crescem também as atribuições dela exigidas.

Essa situação acima explicitada fez-nos questionar as bases sobre as quais está estruturada a residência médica de psiquiatria no Brasil. Ficou claro, após a análise dos currículos da residência em psiquiatria de algumas das mais importantes faculdades de Medicina do mundo, que alguns pontos são fundamentais para a formação do psiquiatra. O ensino da psicoterapia e da neurologia, a inserção em projetos de pesquisa e os estudos clássicos de psicopatologia e psicofarmacologia devem ser, mais que nunca, enfocados nesse novo modelo. O crescimento do conhecimento necessário à prática a psiquiátrica faz desse esforço de mudança não uma utopia, mas uma necessidade real².

DISCUSSÃO

Entendemos, conforme já foi dito, que diversas disciplinas convergem para compor a psiquiatria. Afinal, a especialidade, por suas peculiaridades, não pode ser reduzida apenas a uma ciência cuja base é meramente relacionada à área da saúde. Além dessa, as ciências humanas têm papel fundamental na compreensão do ser humano em toda a sua essência biopsicossocial. A residência médica, portanto, precisa incorporar esses elementos, visando a uma melhor formação do médico.

No contexto mundial, a preocupação com o ensino da psiquiatria não é nova. A WPA, em colaboração com a Federação Mundial para Educação Médica (*World Federation for Medical Education* – WFME), fez uma proposta/modelo para ensino da psiquiatria na graduação, já aplicada em diversas escolas de Medicina do mundo².

O ensino e a qualidade das residências em psiquiatria também fazem parte das discussões de entidades como a WPA e a WFME. Em 1997, surgiu a idéia de elaborar um currículo básico de psiquiatria, o qual foi concluído em 2002. Nesse documento, a WPA declara que “o treinamento e a educação são as ligações essenciais entre a criação do novo conhecimento, via esforços de pesquisa e investigação, e a disseminação e aplicação do novo conhecimento, via atividades educacionais e de ensino”. Considera-se, ainda, o crescimento dos conhecimentos como um desafio potencial para alguns países, especialmente aqueles em desenvolvimento. Isso ocorre porque as modificações necessárias para adequação curricular seriam mais facilmente realizadas nos países desenvolvidos. Também fica evidente a necessidade de uma inter-relação entre o currículo da graduação e o da pós-graduação (tanto *lato* quanto *stricto sensu*)².

Considerando o atual panorama exposto acima, é evidente a necessidade de uma análise crítica dos programas de residência médica em psiquiatria da forma como estão, atualmente, estruturados no Brasil. O problema do excesso de informações aos quais são submetidos os residentes, aliado à escassez de tempo para uma adequada formação, é problema pungente que necessita de pronta resolução. Na atual concepção, marcada por período de 2 anos, a formação do psiquiatra, no Brasil, deixa lacunas que, se preenchidas, só o serão após longo período de atividade profissional. Além disso, a formação insuficiente obriga os profissionais a

buscarem cursos extracurriculares, externos ao ambiente universitário, cuja qualidade não pode ser garantida pelas sociedades médicas. A WPA considera que 3 anos é o período mínimo de treinamento necessário para a realização da residência em psiquiatria geral. Ela ainda recomenda que é necessário treinamento adicional em subespecialidades como psiquiatria forense, geriátrica e infantil, entre outras².

Mostraremos como é importante a interação harmoniosa desses diversos ramos de estudo na psiquiatria moderna, a fim de subsidiar a implementação desse novo modelo proposto. Para tanto, enfocaremos a discussão em alguns pontos que consideramos mais importantes e que necessitam de mais urgente intervenção.

Das psicoterapias

O conceito de saúde proposto pela OMS, em 1946, no qual a saúde é encarada como “o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença”⁷, deve ser considerado pela psiquiatria como um marco na sua concepção terapêutica. Esse conceito mostra que não pode haver uma dissociação entre o biológico, o social e os demais aspectos da vida psíquica. O ensino do modelo de tratamento integrado, envolvendo a psicofarmacologia e a psicoterapia, nos programas de residência, se faz necessário, visto que considera os benefícios, cada vez mais evidentes na literatura, da associação dessas duas modalidades terapêuticas. Esse sinergismo só traz benefícios para o paciente. “Além disso, desfaz, em parte, a artificial separação da psiquiatria em domínios biológico e psicossocial”⁸. Essa separação é, em parte, grande responsável por uma das falácias do modelo atual.

As novas descobertas na área da genética e da psicofarmacologia, entre outras, por um lado, são uma revolução no estudo das doenças psiquiátricas. No entanto, esse desenvolvimento científico, por mais avançado que seja, ainda não conseguiu solucionar alguns dos problemas mais importantes do ser humano. Muito menos conseguiu definir mais do que as reações químicas que se processam em determinado órgão do corpo. A interação entre essas reações e os complexos processos de elaboração mental ainda está longe de ser desvendada. A separação artificial dos fatores psicológicos e sociais tem constituído tremendo obstáculo a uma verdadeira

compreensão dos transtornos mentais e de comportamento. Na verdade, esses transtornos são semelhantes a muitas doenças físicas, pelo fato de resultarem de uma complexa interação de vários fatores. Por muitos anos, os cientistas discutiram a importância relativa dos fatores genéticos versus fatores ambientais no desenvolvimento de transtornos mentais e de comportamento. A evidência científica moderna indica que os transtornos mentais e comportamentais resultam de fatores genéticos e ambientais, ou, noutras palavras, da interação da biologia com os fatores sociais⁵.

*O cérebro não reflete simplesmente o desenrolar determinista de complexos programas genéticos, nem é o comportamento humano mero resultado do determinismo ambiental. Já desde antes do nascimento e por toda a vida, os genes e o meio ambiente estão envolvidos numa série de complexas interações. Essas interações são cruciais para o desenvolvimento e evolução dos transtornos mentais e comportamentais.*⁵

Fato promissor é ter sido demonstrado, por exemplo, que a terapia comportamental para transtorno obsessivo-compulsivo resulta em alterações na função cerebral. Essas mudanças na função podem ser observadas usando técnicas de registro de imagens, e são iguais às que se podem obter mediante o uso de terapia medicamentosa⁹.

O avanço nas áreas ditas mais biológicas da psiquiatria não pode ser desculpa para que seja diminuído o enfoque dinâmico representado pelas psicoterapias no processo de formação da residência médica. Isso representaria um contra-senso, já que, como estamos lidando com problemas cuja gênese é multifatorial, ou mesmo desconhecida, a solução também deveria ter múltiplas faces. Além disso, o psiquiatra, mais que em qualquer outra especialidade médica, precisa aprender a lidar com os mecanismos transferenciais e contratransferenciais que são inerentes a nossa prática. Não há outro modo de fazer isso senão pelo estudo das psicoterapias. Não podemos esquecer também que o estudo das terapias não deverá se resumir ao modelo clássico da psicanálise. É necessário que tenhamos uma visão geral das diversas linhas terapêuticas e respectivos embasamentos teóricos. Hoje, é importante o domínio de técnicas de terapia interpessoal, comportamental e cognitiva.

Da integração com a neurologia

A psiquiatria e a neurologia apresentam inúmeras características em comum, a começar pelo órgão na qual está centrada a atividade dessas duas especialidades: o cérebro. Embora, muitas vezes, os mecanismos de atuação dos profissionais dessas duas áreas sejam díspares, a inter-relação entre elas é enorme. Um bom exemplo, como doença-modelo que embasa essa inter-relação, é a epilepsia, em especial as epilepsias do lobo temporal. O Projeto Epilepsia, do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (PROJEPSI-IPq-HCUSP), é um bom exemplo desse estreito relacionamento entre neurologia e psiquiatria. Segundo Marchetti, a associação entre epilepsia e doença mental, em alguns estudos epidemiológicos, aponta de maneira inequívoca para uma elevação da prevalência de transtornos mentais em crianças e adultos com epilepsia (entre 30 e 50%) em comparação com a população geral. Ele ainda cita que a prevalência de transtornos mentais se acentua claramente quando se passa dos estudos populacionais para aqueles que avaliam grupos de pacientes com epilepsias refratárias a tratamento clínico¹⁰.

Outras relações, além das descritas anteriormente, podem ser estabelecidas. Já foi demonstrada a associação dos transtornos mentais e comportamentais com as perturbações da comunicação neural no interior de circuitos específicos. Alterações na maturação dos circuitos neurais, na esquizofrenia, podem produzir mudanças detectáveis na patologia das células e nos tecidos grossos, as quais resultam no processamento incorreto ou mal-adaptativo de informações¹¹.

Outro exemplo é a doença de Alzheimer, classificada na CID-10 como transtorno mental e comportamental, pois caracteriza-se por declínio progressivo de funções cognitivas como a memória, o pensamento, a compreensão, o cálculo, a linguagem, a capacidade de aprender e o discernimento⁵.

Da pesquisa em psiquiatria

Há o entendimento, por parte de alguns pesquisadores, de que seria importante que o residente tomasse parte em pesquisas. Rubin & Zuromski, por exemplo, consideram importante uma vivência em pesquisa integrada aos programas de residência⁶.

Os argumentos que sustentam essa tese se baseiam na idéia de que, dessa maneira, o residente estaria mais preparado para fazer análises críticas acerca das pesquisas a que tem acesso. Mesmo que esse conhecimento devesse ser transmitido ainda durante a graduação, o papel da residência, nesse caso, seria suprir uma deficiência que é patente na formação dos médicos em geral. Além disso, essa experiência poderia ser bastante válida como uma preparação para estudos posteriores. Essa postura também está em conformidade com a Declaração de Madrid, na qual consta que os “psiquiatras treinados em pesquisa devem procurar ir além das fronteiras científicas da psiquiatria”⁴.

Caso contássemos com um período mais longo de residência, poderíamos oferecer, em caráter opcional, algumas disciplinas relacionadas à pesquisa (como estatística e metodologia científica, por exemplo). Dessa forma, elas poderiam até mesmo servir como créditos para uma futura pós-graduação *stricto sensu*. Os programas de residência poderiam criar condições favoráveis para que o residente optasse por continuar seus estudos ingressando na pós-graduação logo que concluísse o programa.

Devemos salientar, entretanto, que tudo isso seria de caráter facultativo; afinal o residente teria o direito de escolher se é do seu interesse seguir ou não por uma formação voltada para a pesquisa.

Da necessidade de “áreas verdes”

Durante a graduação, algumas faculdades de Medicina do país (principalmente as que utilizam o currículo modular) adotaram “áreas verdes”, brechas no currículo nas quais não há atividades. São momentos em que o estudante poderia descansar, fazer esportes, cursar uma atividade extra-curricular ou, até mesmo, as disciplinas optativas do programa. Essas lacunas no currículo se mostram necessárias, tendo em vista o tremendo desgaste sofrido pelos residentes no transcorrer do programa de residência. Seria um momento, inclusive, de o residente se dedicar a sua própria terapia, já que essa atividade é bastante estimulada pelos orientadores. A importância dessa terapia é notada quando analisamos um estudo em que Campbell¹² demonstrou que a prevalência estimada de transtornos mentais entre os residentes de psiquiatria varia de 4 a 22%, sugerindo, o autor, que exista um maior comprometimento dos programas no sentido de

reconhecer e ir ao encontro das necessidades emocionais dos residentes.

Programas de residência: o Brasil e o mundo

Quando nos propusemos a comparar os programas de residência em psiquiatria existentes no Brasil com os de outros países, esbarramos em uma grande dificuldade inicial: a falta de informação disponível sobre a situação brasileira. Os endereços eletrônicos de universidades brasileiras são, em grande parte, precários, contrariamente ao que se encontra na própria América Latina. Dificilmente um departamento de psiquiatria brasileiro tem uma página na Internet, e ainda mais raras são as páginas dedicadas à residência médica. Quando essa página existe, ela é pouco elucidativa acerca do conteúdo programático do programa. Também no *site* do Conselho Nacional de Residência Médica, órgão regulador das residências médicas no Brasil, não há dados referentes a cada programa especificamente.

No entanto, mesmo sem detalhes, podemos inferir certas informações que vão além da parte organizacional, na qual o Brasil já sai perdendo de início. Uma grande fonte de dados sobre a situação mundial é o *site* da WPA. Nele, há diversas referências acerca do ensino da psiquiatria, incluindo uma pesquisa (*International Survey on Graduate Training in General Psychiatry*) que foi realizada a partir de informações colhidas em 36 programas de residência ao redor do mundo². Vale salientar que encontramos informações oriundas dos mais diversos países, como o Azerbaijão, a Malásia, o Canadá, a Nigéria, os Estados Unidos e a Argentina. Nenhum dos programas de residência em psiquiatria do Brasil participou desse levantamento².

Analisando o contexto brasileiro, nos deparamos, primeiramente, com a duração dos programas de residência, dado este que é uniforme e de fácil disponibilidade no Brasil: 2 anos básicos. No resto do mundo, a situação é bem diferente. Segundo dados do WPA, apenas 11,6% dos programas de residência médica pesquisados apresentam até 2 anos de duração². Comparativamente, temos, para os seguintes países: Estados Unidos, 4 anos; Canadá, 5 anos; Reino Unido, 3 anos; Argentina, 3 a 4 anos; Chile, 3 anos; México, 4 anos; só para citar alguns. De acordo com a WPA, 88,4% dos programas de residência pesquisados tinham mais de 3 anos de duração (chegando a 6 anos em 7,7% dos casos).

Entendemos que no Brasil, um país em desenvolvimento, com enorme carência de atenção primária à saúde, os recursos não podem ser totalmente direcionados para a formação de ultraespecialistas e cientistas; no entanto, como o presidente do Conselho Federal de Medicina bem pode observar em sua recente viagem a Cuba, uma formação médica totalmente voltada a carências sociais pode culminar em um profissional distante do ideal de tratamento preconizado por uma “sociedade médica mundial”, inclusive em suas divergências e, portanto, alienado dos incrementos de conhecimento continuamente disponíveis¹³.

Ao analisarmos os currículos de diversos países, pudemos observar uma tendência a considerar a importância do conhecimento de psicoterapia para o psiquiatra. Alguns cursos preconizam o contato do residente com as diversas modalidades da psicoterapia, inclusive, em vários países, como os Estados Unidos e o Canadá, na forma de subespecialização. Como exemplo, cito as diversas disciplinas relacionadas a esse tema que são obrigatórias a todos os residentes do Departamento de Psiquiatria da Universidade de Columbia (Nova Iorque, EUA): terapia cognitivo-comportamental, terapia dialeto-comportamental, entrevista psicodinâmica, psicodinâmica clínica I, psicoterapia em transtornos de personalidade graves, técnicas em psicoterapia I, psicodinâmica clínica II, terapia familiar, terapia de suporte, terapia interpessoal, terapia em grupo, terapia conjugal, seminário processual, transferência erótica, demonstração da psicoterapia psicodinâmica, psicoterapia da psicose, terapia dinâmica breve, psicoterapias comparativas¹⁴. Talvez, para a nossa realidade, esse nível de profundidade seja um exagero; mas quantos centros de formação brasileiros estão aptos a conduzir uma formação psicoterápica mínima?

Modelos tais como o dos Estados Unidos ou do Canadá, que incluem um ano de residência em clínica médica, incluindo terapia intensiva e neurologia, provavelmente encontram-se muito distantes da nossa atual realidade. Por outro lado, as complicações clínicas do alcoolismo e da drogadição, as freqüentes co-morbidades de uma população em envelhecimento, e a alta prevalência de distúrbios neuropsiquiátricos, como as epilepsias e as demências, na população brasileira, certamente não estão. Se levarmos em conta a pesquisa da WPA, que demonstra que na maioria dos programas pesquisados há

um período, que variou de 1 a 6 meses, de ensino de medicina interna, veremos que, apesar de distante, esse é um objetivo que deveria ser alcançado o mais rápido possível. No caso do ensino da neurologia, esse período é maior do que 4 meses na maioria dos programas². Dessa forma, a importância de conhecimentos em medicina geral e neurologia para o psiquiatra é óbvia. Porém, quantos psiquiatras brasileiros sabem fazer um exame neurológico completo?

No caso do ensino das emergências psiquiátricas, a situação não é diferente. Em 56,7% dos programas avaliados no mundo há um período maior ou igual a 6 meses de treinamento nesse quesito. Na psiquiatria de crianças e adolescentes e na psiquiatria geriátrica a situação é semelhante. Na maior parte das escolas do mundo, esses tópicos não são opcionais. Ao invés disso, fazem parte do currículo básico das residências².

Como já enfatizamos anteriormente, a quantidade de informações teóricas e de habilidades práticas necessárias para um bom exercício da psiquiatria é enorme e envolve grande complexidade: acreditamos que o nosso modelo atual (de 2 anos) não só simplifica excessivamente todo o embasamento teórico necessário para o psiquiatra, como não permite tempo hábil para uma adequada supervisão das habilidades práticas dos residentes.

CONCLUSÃO

O cérebro humano, com sua complexidade, impõe, até mesmo aos mais experientes, contínuo estudo e prática na avaliação de suas diversas sutilezas. O psiquiatra, à semelhança do neurocirurgião, aborda esse delicado órgão na sua prática diária, com diferença apenas nos instrumentos utilizados e com a peculiaridade de que a entrevista psiquiátrica ainda é o único recurso diagnóstico disponível na grande maioria dos casos. A especialização é fruto do desenvolvimento, mas, como o paciente é um todo, é necessária a integração. Para isso, é preciso tempo.

Levando em consideração as atuais limitações do modelo pedagógico e curricular, com conseqüente falta de responsabilidade das instituições sobre o produto final, propomos uma reestruturação dos programas de residência médica em psiquiatria no Brasil, a começar pelo tempo de formação mínimo exigido. Rubin & Zuromski sugerem que os programas de residência em psiquiatria deveriam manter currículos flexíveis de forma a

incorporar os rápidos avanços dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos no treinamento do residente⁶.

No entanto, apesar da profundidade de todos os debates já realizados, todas essas análises falham em um ponto. Não há a participação do estudante, do residente, ou seja, daquele que, em última instância, será afetado por todas essas propostas, na sua formulação. O olhar interno de quem é o alvo do processo de formação é igualmente importante para compor esse novo paradigma de ensino. Além disso, evita incorrer em análises que, na prática, não são tão eficientes quanto parecem na teoria, pelo simples desconhecimento da situação dos residentes. É aí que encontramos a maior diferença entre esse e os demais trabalhos que abordam o ensino na residência médica. Salientamos, no entanto, que não pretendemos ter todas as respostas para um problema tão pleno de nuances.

É necessário que haja uma “unificação nos discursos”, a fim de que não ocorram situações como as descritas por Yudkowsky et al.¹⁵: diferenças significativas entre as perspectivas dos residentes e dos coordenadores dos programas em relação aos indicadores de qualidade das residências de psiquiatria. Enquanto os primeiros julgam como importantes “relacionamento interpessoal, recursos acadêmicos e oportunidades, currículo, recursos clínicos e oportunidades”, os segundos consideraram relevantes “administração do programa, currículo e recursos clínicos, qualidade da instituição, verbas e preferências individuais”. Todas as relações que ocorrem na residência deveriam levar em conta a opinião de todos os atores envolvidos no processo, a fim de que haja harmonia nos modelos.

Nossa proposta de remodelação da residência médica em psiquiatria leva em consideração, respeitando obviamente as diferenças regionais, a utilização de um alto limite de corte entre o que deve e o que não deve conter uma residência. Acreditamos que não devemos baixar a média em função do que algumas poucas residências têm a oferecer – ao contrário, devemos tentar fazer com que todas possuam o mínimo para uma formação adequada. Essa formação mínima é vista como essencial para formar bons psiquiatras, aptos a lidar com os problemas com os quais, diariamente, se deparam. Vale salientar que a intenção, em momento algum, é impor um currículo, mas propor bases mínimas sobre as quais esse será estruturado. O objetivo final é atingir a excelência profissional.

NOVA PROPOSTA

Como discutido ao longo deste artigo, é necessário haver um modelo de residência médica que supra as atuais necessidades do aspirante à psiquiatra. Esse modelo deveria conter um pouco de cada um dos pontos que defendemos, além de permitir suficiente elasticidade para que o programa se adapte às circunstâncias que surgem a cada dia, sem esquecer das diferenças regionais de cada escola.

Propomos então, as seguintes diretrizes, que estão em consonância com aquelas propostas pela WPA:

- Fortalecer o ensino teórico-prático das psicoterapias desde o primeiro ano de residência, incluindo atendimento clínico supervisionado, de forma que, ao final da residência, o psiquiatra tenha uma visão global de todas as modalidades psicoterápicas existentes (psicoanálise, psicodrama, terapia cognitivo-comportamental, terapias em grupo, terapia conjugal, infantil, entre outras), além de habilidades iniciais para sua prática.
- Estimular o estágio prático em neurologia (mínimo de 6 meses, conforme recomendado pela WPA)², com ênfase em semiologia neurológica e topodiagnóstico.
- Prover conhecimento teórico básico em neuroanatomia funcional, psicofarmacologia, psicopatologia e emergências psiquiátricas.
- Enfatizar o aprendizado de ciências básicas (crescimento e desenvolvimento humanos, ciências sociais e do comportamento, genética e psicofarmacologia).
- Prover conhecimento básico em semiologia, classificação das condições e distúrbios psiquiátricos e psicopatologia da criança, adultos e idosos.
- Treinar o estudante para adquirir competência em entrevista de pacientes, comunicação e educação dos pacientes, ferramentas de diagnóstico (exame físico, testes laboratórios, exames de imagem etc) e tratamentos.
- Cuidar para que o residente se torne competente nas diversas formas de tratamento psiquiátrico (psicofarmacoterapia, tratamento somático, psicoterapia, reabilitação, eletroconvulsoterapia, tratamento de situações de crise ou emergências, entre outras).
- Enfatizar o caráter do médico na promoção e prevenção em saúde mental.
- Participar dos programas de reabilitação psicossocial dos pacientes.
- Estagiar em enfermaria psiquiátrica (tanto enfermaria geral quanto enfermarias específicas dos grande grupos de patologias psiquiátricas, por um período mínimo de 18 meses).
- Realizar atendimento ambulatorial em Psiquiatria geral durante toda a residência, sob adequada supervisão, já que o diagnóstico é conhecimento fundamental para a prática psiquiátrica.
- Elaborar um programa de ambulatorios específicos em cada grande grupo de transtornos psiquiátricos, nas diversas faixas etárias, a partir do segundo ano de residência, incluindo álcool e drogas e psiquiatria forense (com realização de perícias e laudos).
- Atendimento em pronto-socorro psiquiátrico.
- Participar do atendimento em unidades básicas de saúde por pelo menos 3 meses.
- Prover ao residente noções de psiquiatria infantil, de adolescentes e de idosos.
- Inserção em projetos de pesquisa.
- Oferecer disciplinas optativas, dentro da universidade, que possam converter-se em créditos para uma futura pós-graduação *stricto sensu*.
- Estimular a discussão de artigos científicos em clubes de revista.
- Promover cursos de atendimento médico de emergência, tais como um curso avançado de suporte de vida cardíaco, por conta das freqüentes co-morbidades de uma população acometida por doença crônica, além do freqüente potencial tóxico dos psicofármacos.
- Flexibilizar a grade curricular o suficiente para que alterações que eventualmente se mostrem convenientes, baseadas nas novidades que porventura surjam, possam ser incorporadas sem prejuízo ao produto final.
- Adaptar as grades de cada ano para que contenham as chamadas “áreas verdes”, a fim de que o residente possa dispor de tempo para fazer sua própria psicoterapia ou outra atividade de sua escolha.

Sugerimos, ainda, levando em consideração uma residência com duração de 3 anos, que:

Durante o R1

No primeiro ano de residência, deveriam ser enfatizados os pontos mais importantes da formação do psiquiatra, as bases do conhecimento da especialidade, tendo como início o estudo diagnóstico e terapêutico das patologias psiquiátricas. Deveriam constar, nesse período, ensinamentos em psicopatologia, psicofarmacologia, psicoterapias (nos seus diversos aspectos), e estudos em neurologia básica, além da discussão de casos clínicos. Além disso, deveriam ser realizadas atividades de ambulatório geral, atendimento psicoterápico, enfermarias, plantões e vivências nas psicoterapias. Não podemos esquecer das chamadas “áreas verdes”, as quais dariam o lastro emocional suficiente para um bom seguimento do curso. É necessário enfatizar que o modelo atual de ênfase na parte prática, em detrimento da teórica, é bastante válido; no entanto, alguns acréscimos na teoria deveriam ser efetuados. O mesmo é válido para prática.

Durante o R2

No segundo ano de residência, o enfoque deve ser mais específico em alguns dos vários grandes grupos de doenças psiquiátricas: esquizofrenias, transtornos do humor, transtornos ansiosos, transtornos alimentares, epilepsias, álcool e drogas, interconsultas, psiquiatria forense, psiquiatria geriátrica, entre outros. Nesse momento, também deveria ser feita a inserção dos residentes nos projetos de pesquisa e o aprofundamento dos estudos em neurologia. A manutenção no ambulatório geral é importante, bem como o contínuo treinamento em psicoterapias. É importante lembrar que algumas das atividades devem permear toda a residência por conta da sua relevância.

Durante o R3

Durante o R3, além da continuidade do ambulatório geral e do aprofundamento nas psicoterapias, o residente estagiaria nos demais ambulatórios não cursados no R2, incluindo psiquiatria infantil. Nesse momento o residente, já com grande autonomia, poderia realizar até atendimentos em unidades básicas de saúde, sendo respaldado, nessa atividade, pelo seu hospital de referência. Ao final, o residente deveria estar capacitado a exercer psiquiatria de forma adequada.

Subespecialização

Devem ser oferecidos programas de especialização em diversas áreas, tendo como pré-requisito os 3 anos básicos: psiquiatria infantil, psiquiatria forense, psiquiatria geriátrica e psicoterapia, seguindo uma tendência que vem se consolidando no mundo.

Agradecimentos

Gostaríamos de agradecer pelo apoio da Dra. Luiza Helena Vilas Bôas Russo, Luiza Epaminondas Barros e Dr. Miguel Angel Vaca Franco.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moniz E. Prefrontal leucotomy in the treatment of mental disorders. *Am J Psychiatry*. 1937;93:1379-85.
2. World Psychiatry Association [homepage on the Internet]. New York: World Psychiatry Association; [updated 2005 Mar 04; cited 2005 Mar 08]. Available from: <http://www.wpanet.org>.
3. American Psychological Association [homepage on the Internet]. Washington, DC: © 2005 American Psychological Association; [cited 2005 Mar 08]. Available from: <http://www.apa.org/psycinfo/about/>.
4. World Psychiatry Association [homepage on the Internet]. New York: World Psychiatry Association; [updated 2005 Mar 04; cited 2005 Mar 08]. Madrid Declaration On Ethical Standards For Psychiatric Practice; [about 7 screens]. Available from: <http://www.wpanet.org/generalinfo/ethic1.html>.
5. World Health Organization [homepage on the Internet]. Geneva: © World Health Organization 2005; [cited 2005 Mar 08]. The World Health Report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope. Available from: <http://www.who.int/whr/2001/en/>.
6. Rubin EH, Zorumski CF. Psychiatric education in an era of rapidly occurring scientific advances. *Acad Med*. 2003;78:351-4.
7. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
8. Gabbard GO, Kay J. The fate of integrated treatment: whatever happened to the biopsychosocial psychiatrist? *Am J Psychiatry*. 2001;158:1956-63.
9. Baxter LR, Schwartz JM, Bergman KS, Szuba MP, Guzem BH, Mazziotto JC, et al. Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49:681-9.
10. Marchetti RL. Aspectos psiquiátricos em epilepsia. *ComCiência* [revista eletrônica]. Julho de 2002 [citada em 08 de março de 2005]; N° 33: [aproximadamente 6 p.]. Disponível em: <http://www.comciencia.br/reportagens/framereport.htm>.
11. Lewis DA, Lieberman JA. Catching up on schizophrenia: natural history and neurobiology. *Neuron*. 2000;28:325-34.
12. Campbell HD. The prevalence and ramifications of psychopathology in psychiatric residents: an overview. *Am J Psychiatry*. 1982;139:1405-11.

13. Portal médico [site na Internet]. Brasília: © PORTAL MÉDICO 2005 [atualizado em 22 de março de 2004; citado em 08 de março de 2005]. Andrade EO. O mito da medicina cubana; [aproximadamente 4 telas]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/artigos/mais_artigos.asp?portal=-.
14. Columbia University Medical Center [homepage on the internet]. New York: Columbia University Medical Center; [cited 2005 Mar 08]. Department of Psychiatry - Core Curriculum. Available from: www.cumc.columbia.edu/dept/pi/residency/core2003.htm.
15. Yudkowsky R, Elliott R, Schwartz A. Two perspectives on the indicators of quality in psychiatry residencies: program directors' and residents'. *Acad Med.* 2002;77:57-64.

RESUMO

Introdução: A psiquiatria evoluiu muito nas últimas décadas e seu estudo tornou-se, conseqüentemente, mais complexo. Os avanços em neurociências, aliados aos estudos clássicos de psicopatologia, psicofarmacologia, psicoterapia e neurologia, influenciaram grandemente o diagnóstico e o tratamento psiquiátricos. Apesar disso, a residência em psiquiatria no Brasil não se adequou a essa nova realidade.

Objetivos e Método: Partindo das recomendações da World Psychiatry Association (WPA), pesquisamos na Internet programas de residências brasileiros e de países das Américas e Europa. Comparamos nosso programa com as recomendações e dados do Institutional Program on the Core Training Curriculum for Psychiatry da WPA e propusemos um currículo mínimo para a residência em psiquiatria.

Discussão: Na maioria dos programas pesquisados, alguns pontos se destacam: duração mínima de 3 anos; estágio integral em neurologia por no mínimo um mês; conteúdo programático contendo psicopatologia, psicofarmacologia, teorias psicoterápicas, emergências psiquiátricas entre outras disciplinas; ensino e prática das diversas linhas psicoterápicas; abrangência das várias etapas da vida (crianças, adultos e idosos); álcool e drogas; espaços livres de que o residente pode dispor para sua formação (terapia, estudo ou pesquisa).

Conclusão: O modelo brasileiro de residência em psiquiatria encontra-se defasado em relação à formação proposta pela WPA (observada em diversos países, mesmo latino-americanos). A residência necessita, seguindo modelo referenciado pela WPA e respeitando as diferenças regionais de cada escola, prover o mínimo para uma boa formação do psiquiatra.

Descritores: Residência médica, psiquiatria, currículo, qualidade, pós-graduação, psicoterapia, ensino.

ABSTRACT

Introduction: The last decades have witnessed great advances in the field of Psychiatry, and the

study of this discipline has become more complex. Advances in neurosciences as well as in classic studies on psychopathology, psychopharmacology, psychotherapy and neurology have helped psychiatric diagnosis and treatment. Nevertheless, Brazilian psychiatric medical residency programs did not adapt themselves to this new reality.

Objectives and method: Based on the recommendations of the World Psychiatry Association (WPA), we analyzed residency programs in Brazil and also in other countries in America and Europe. Based on the WPA's Core Training Curriculum for Psychiatry, we propose a minimum curriculum for psychiatry residency in Brazil.

Discussion: Most of the programs had in common: duration of at least three years; full-time neurology training lasting at least one month; training in psychopathology, psychopharmacology, psychotherapeutic theories, psychiatric emergencies, among other courses; teaching and practice in several psychotherapeutic traditions; human development (childhood, adulthood and elderly); alcohol and drugs; free time for personal development (so that the trainee can engage in therapy, studies or research projects).

Conclusion: Brazilian psychiatric residency programs are not up to date in relation to the training criteria proposed by the WPA (and adopted in several countries, including in Latin America). Based on the WPA model, residency programs in Brazil need to ensure that psychiatric residents will be provided the minimum necessary requirements for good quality training, respecting regional differences.

Keywords: Medical residency, psychiatry, curriculum, quality, postgraduate (graduate), psychotherapy, teaching.

Title: Brazilian psychiatry medical residency programs: critical analysis

RESUMEN

Introducción: La psiquiatría evolucionó bastante en las últimas décadas y su estudio se hizo, consecuentemente, más complejo. Avances en las neurociencias, aliados a los estudios clásicos en psicopatología, psicofarmacología, psicoterapia y neurología influenciaron en gran medida el diagnóstico y el tratamiento psiquiátricos. Sin embargo, el programa de pasantía psiquiátrica en Brasil no se adecuó a esta nueva realidad.

Objetivos y Método: Partiendo de recomendaciones de la World Psychiatry Association (WPA), investigamos en internet programas de pasantía brasileños, de países de las Américas y Europa. Comparándolos con las recomendaciones y datos del Institutional Program on the Core Training Curriculum for Psychiatry de la WPA, propusimos un currículo mínimo para el programa de pasantía en psiquiatría en Brasil.

Discusión: En la mayoría de los programas investigados, se destacan algunos aspectos:

Duración mínima de tres años; práctica integral en neurología por periodo mínimo de un mes; programa incluyendo psicopatología, psicofarmacología, teorías psicoterapéuticas, emergencias psiquiátricas entre otras asignaturas; enseñanza y práctica de las diversas corrientes psicoterapéuticas; cobertura de las varias etapas de la vida (niños, adultos y ancianos); alcohol y drogas; periodos libres de los cuales el médico residente puede disponer para su formación complementaria (terapia, estudio o investigación); entre otros puntos importantes.

Conclusión: El modelo brasileño de pasantía en psiquiatría está desfasado en relación a la formación propuesta por la WPA (observada en diversos países, incluso en Latinoamérica). La pasantía necesita, siguiendo el modelo referenciado por la WPA y respetando a las diferencias regionales de cada

escuela, suministrar las bases mínimas para una buena formación del psiquiatra.

Palabras clave: Programa de pasantía, psiquiatría, currículo, calidad, postgrado, psicoterapia, enseñanza.

Título: Programas de pasantías en psiquiatría en Brasil: un análisis crítico

Correspondência:

Bruno Mendonça Coêlho

Rua Peixoto Gomide, 366/22, Jardim Paulista

CEP 01409-000 – São Paulo – SP

Fone: (11) 8199-4393

E-mail: brunomendoncacoelho@yahoo.com.br

Copyright © Revista de Psiquiatria
do Rio Grande do Sul – SPRS