

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



UFMG

**UMA PROPOSTA DE ENSINO PARA A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE:
A ESCUTA DIAGNÓSTICA**

Avaliação das mudanças ocorridas no exercício da prática médica após a introdução da colheita da história de vida como estratégia para o diagnóstico precoce em saúde mental - **pesquisa-ação com metodologia qualitativa no oitavo período do curso de medicina da UFMG**

Betty Liseta Marx de Castro Pires

Belo Horizonte
2007

Betty Liseta Marx de Castro Pires

**UMA PROPOSTA DE ENSINO PARA A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE:
A ESCUTA DIAGNÓSTICA**

Avaliação das mudanças ocorridas no exercício da prática médica após a introdução da colheita da história de vida como estratégia para o diagnóstico precoce em saúde mental - **pesquisa-ação com metodologia qualitativa no oitavo período do curso de medicina da UFMG**

Dissertação de mestrado em Ciências da Saúde
da Criança e do Adolescente da UFMG
– Universidade Federal de Minas Gerais.

Orientador: Roberto Assis Ferreira.

Belo Horizonte
2007

2007

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor: Prof. Ronaldo Tadêu Pena

Vice-reitoria: Heloísa Maria Murgel Starling

Pró-reitor de Pós-Graduação: Prof. Jaime Arturo Ramirez

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor: Francisco José Penna

Vice-diretor: Tarcizo Afonso Nunes

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – ÁREA DE
CONCENTRAÇÃO SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

Coordenador: Prof. Joel Alves Lamounier

Subcoordenador: Prof. Eduardo Araújo de Oliveira

Colegiado:

Prof^ª. Ana Cristina Simões Silva

Prof. Eduardo Araújo de Oliveira

Prof^ª. Ivani Novato Silva

Prof. Lincoln Marcelo Freire

Prof. Marco Antônio Duarte

Prof^ª. Regina Lunardi Rocha

Rute Maria Velásquez Santos (Representante Discente)

150.1955 Pires, Betty Liseta Marx de Castro

P667e Uma nova proposta de ensino para a relação médico-paciente: a
2007 escuta diagnóstica / Betty Liseta Marx de Castro Pires.-2007

197 f.

Orientador: Roberto Assis Ferreira

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas
Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Lacan, Jacques, 1901 -1981 - Teses 2. Freud, Sigmund, 1856-
1939 – Teses 3.Psicanálise – Teses 4. Educação – Teses. 5. Educação
médica – Teses 6. Médico e paciente – Teses 7. Saúde
mental infantil. Teses 8. Ética – Teses I. Ferreira, Roberto Assis II.
Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina III.
Título.

Betty Liseta Marx de Castro Pires

**UMA PROPOSTA DE ENSINO PARA A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE:
A ESCUTA DIAGNÓSTICA.**

Avaliação das mudanças ocorridas no exercício da prática médica após a introdução da colheita da história de vida como estratégia para o diagnóstico precoce em saúde mental - **pesquisa-ação com metodologia qualitativa no oitavo período do curso de medicina da UFMG**

Dissertação de mestrado em Ciências da Saúde da Criança e do Adolescente da UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais.

Belo Horizonte, 2007.

Roberto Assis Ferreira (Orientador) – UFMG

José Otavio Penido Fonseca - UFMG
Examinador I – UFMG

Bruno José Barcellos Fontanella
Examinador II – externo

Nilton Alves de Rezende - Suplente
Examinador III – UFMG

*A meus filhos: Raquel Betty, Mariana e Roberto,
aos amigos que me apoiaram,
aos pacientes,
à UFMG, onde algumas vezes ainda
é permitido sonhar e ter esperanças.
e aos meus alunos, médicos e futuros médicos que,
com seu desejo e afeto, me inspiraram e foram
os motivadores deste trabalho.*

Agradecimentos

*Aos pacientes portadores de sofrimento mental,
ao meu orientador, professor Roberto Assis Ferreira,
aos alunos participantes,
às alunas colaboradoras Ana Cristina de Azevedo Issa e
Daniela Silva do Espírito Santo,
aos professores colaboradores,
às equipes dos postos de saúde,
ao meu analista, Celso Rennó Lima,
à professora Janete Ricas,
à professora Ana Lydia Santiago,
ao meu chefe Humberto Corrêa Filho,
aos colegas e funcionários do Departamento de Saúde Mental,
a minhas auxiliares técnicas
e ao Colegiado de Pós-graduação
em Ciências da Saúde da
Criança e do Adolescente.*

Epígrafes

“ESTRESSES ESPECÍFICOS DO MÉDICO”

“Um médico experiente não apenas aprendeu a base de conhecimentos e técnicas da profissão, mas também deve confrontar, resolver e incorporar várias questões significativas relativas à atitude, envolvidas em se tornar um médico habilidoso e eficaz;

Essas questões abrangem os ideais de equilibrar preocupações humanitárias com objetividade imparcial; o desejo de aliviar a dor e o sofrimento com a capacidade de tomar decisões difíceis e às vezes dolorosas; e o desejo de curar ou controlar, com a aceitação dos limites do que pode realisticamente conquistar.

É essencial que o médico aprenda a equilibrar estes aspectos inter-relacionados de seu papel, para que possa suportar, de um modo calmo e gratificante, o trabalho diário envolvido na confrontação contínua com a doença, dor, tristeza, medo, sofrimento, vulnerabilidade e morte.

A falta de equilíbrio pode levar um médico a sentir-se sobrecarregado, deprimido e esgotado. Um senso de futilidade e fracasso pode começar a permear sua atitude, preparando o terreno para a raiva e frustração pela profissão, pelos pacientes e por si mesmo. Muitos médicos estão em risco de desenvolver este desequilíbrio, por causa de determinados estilos de personalidade e manejo prevalentes que os levaram à prática da medicina.

Por exemplo, muitos estudantes de medicina são, comprovadamente, perfeccionistas, controladores e obsessivos. Estes traços podem, certamente, ser adaptativos para os médicos, se contrabalançados com doses saudáveis de auto-conhecimento, humildade, humor e gentileza.

Se o equilíbrio não existe, muitos médicos inclinam-se para a falta de compaixão, às custas da solidariedade humana, disposição para controlar, às custas de apoiar, e uma capacidade menor para tolerar limites para o que podem conquistar realística e honestamente.”

(Kaplan)

“Proteger primeiro a sociedade, eis onde reside a verdadeira clemência do estado.

Tudo que se considera é o resultado.

Pense o príncipe em conservar sua vida e seu estado; se o conseguir, todos os meios que tiver empregado serão julgados dignos e louvados por todo mundo;

o vulgar é sempre seduzido pelo êxito; e não é o vulgar que faz todo mundo?”

(Maquiavel, O Príncipe)

RESUMO

Uma nova proposta de ensino em Saúde Mental foi aplicada para os alunos do curso médico da UFMG, introduzindo a “Escuta Diagnóstica” na colheita da História de Vida, visando o diagnóstico qualitativo precoce das Estruturas Clínicas – proposta fundada pela psicanálise lacaniana em seu primeiro ensino – e visando a melhoria da relação médico-paciente pela introdução da perspectiva de uma relação médico-sujeito. A viabilidade da transmissão desse delicado tipo de conhecimento foi testada com uma metodologia de pesquisa clínico-qualitativa, através de uma pesquisa-ação e uma pesquisa-colaborativa, verificando as dificuldades encontradas pelos alunos, os pré-requisitos para esta metodologia de ensino, e demonstrando a importância e as repercussões desta concepção no exercício da prática médica. Verificou-se que a principal dificuldade, que leva à insegurança dos alunos no atendimento ao sofrimento mental do paciente, é a concepção da escuta com finalidade terapêutica. A concepção da “Escuta Diagnóstica”, propiciando a formulação de hipóteses diagnósticas precoces relativas à Estrutura Clínica, abre uma nova compreensão dos limites e possibilidades do médico, através da percepção do lugar em que este é colocado pelo sujeito na Transferência e pela percepção do desejo do médico como uma dimensão ética no exercício da medicina.

Palavras-chave: Jacques Lacan; Sigmund Freud; Psicanálise; Educação; Educação médica; Médico e paciente; Saúde mental infantil e do adolescente; Ética; Entrevista médica; Anamnese; Diagnóstico psiquiátrico; Estruturas clínicas; Neurose; Psicose; Perversão.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
1.1 Análise preliminar: Processo de construção e formulação da pergunta da pesquisa	19
<i>1.1.1 A questão da delimitação do campo da atenção médica</i>	<i>19</i>
<i>1.1.2 O que são pacientes “psiquiátricos mesmo”?</i>	<i>20</i>
<i>1.1.3 A carência de diagnósticos qualitativos precoces</i>	<i>20</i>
<i>1.1.4 A crença no psicofármaco e a ideologia do currículo médico</i>	<i>21</i>
<i>1.1.5 Conclusão: médico=medicação. E a função terapêutica?</i>	<i>21</i>
<i>1.1.6 O efeito psicoterápico do ato médico</i>	<i>21</i>
<i>1.1.7 As dificuldades encontradas pelos alunos e a analogia com a cirurgia</i>	<i>22</i>
<i>1.1.8 A fragmentação do Caso Clínico</i>	<i>22</i>
<i>1.1.9 A divisão e a angústia do médico</i>	<i>23</i>
<i>1.1.10 Conseqüências sobre o ensino da Psicologia Médica: a redução ao standard</i>	<i>24</i>
<i>1.1.11 Avaliação da singularidade de um Caso Clínico</i>	<i>24</i>
<i>1.1.12 Hipóteses de trabalho</i>	<i>25</i>
<i>1.1.13 Qual o conteúdo a ser ensinado?</i>	<i>26</i>
<i>1.1.14 A pergunta da pesquisa</i>	<i>26</i>
1.2 Justificativa e relevância do tema - A nosologia prevalente de Saúde Mental em Cuidados Primários	27
2 CONSIDERAÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS – A: Antecedentes científicos – revisão bibliográfica	30
2.1 A situação atual da Psiquiatria e do atendimento em Saúde Mental	30
<i>2.1.1 Escopo do problema: crises recorrentes na Saúde Mental</i>	<i>30</i>
<i>2.1.2 Dados epidemiológicos</i>	<i>31</i>
<i>2.1.3 Doenças mentais em populações pediátricas</i>	<i>32</i>
2.2 A questão do uso de antidepressivos em crianças e adolescentes – a controvérsia da “suicidabilidade”	33
<i>2.2.1 Críticas metodológicas às definições de “suicidabilidade”</i>	<i>34</i>
<i>2.2.2 A “confusão bipolar”</i>	<i>35</i>
<i>2.2.3 Implicações clínicas, segundo Berk e Dodd (2005)</i>	<i>37</i>

2.2.4 Critérios diagnósticos de “Bipolaridade” e suas implicações práticas	38
2.3 A evolução qualitativa das idéias de auto-extermínio (AE)	40
2.3.1 Como se desenvolvem estas idéias de AE?	40
2.3.2 Pacientes “predispostos”, “vulneráveis” ou “suscetíveis”	41
2.3.3 O que significa “melhorar a prática clínica”?	41
2.3.4 Conclusão e comentários	42
3 CONSIDERAÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS – B: A PSIQUIATRIA E O ENSINO EM SAÚDE MENTAL	43
3.1 Contexto histórico	43
3.2 Como entender a “doença mental” como “doença do cérebro”?	43
3.3 “Viés Semiológico”	46
3.4 Medicina e religião: atendimento “espiritual”?	47
3.5 A necessidade de segurança do médico o leva a se refugiar nas classificações diagnósticas	47
3.6 A dicotomia psicofarmacoterapia e psicoterapia	49
3.7 As classificações em Psiquiatria	50
3.8 Concepção quantitativa de “Normal” e “Patológico”	53
3.9 A “Depressão-Doença”	53
3.10 A “Depressão Psicogênica”	55
3.11 O ensino da Psicologia Médica	55
3.12 A “Escuta” vista como Terapêutica	59
3.13 Avanços e controvérsias do paradigma biológico	61
3.13.1 Analogia com a Hipertensão Arterial Essencial, Primária ou Idiopática	61
3.13.2 Os progressos na Genética e na Biologia Molecular e possíveis conseqüências éticas na avaliação do risco de suicidabilidade	61
3.13.3 A inviabilidade das políticas coletivas de Saúde Pública	63
3.13.4 A medicalização precoce e a crença no psicofármaco	63
3.14 A atuação médica em Saúde Mental	64
3.14.1 A divisão do médico	64
3.14.2 O lugar do antidepressivo na prática médica	65
3.14.3 A concepção do “Perfil Biopsicossocial (Perfil BPS)”	68

3.15 Para quê, então, a Psicologia Médica?	69
3.15.1 A degradação da Psicanálise	69
3.15.2 A introdução do Sujeito psíquico na relação médico-paciente: uma relação “médico-sujeito”	71
3.15.3 Aplicações práticas quanto ao ensino em Saúde Mental	72
3.15.4 Questionamentos ao ensino médico na UFMG	73
3.15.5 A falta de nexos no currículo	73
3.15.6 Em que consistiria uma capacitação para o atendimento em Saúde Mental?	74
3.16 Suposições preliminares	75
3.16.1 Imaginando hipóteses	75
3.16.2 A experiência de ensino com o adolescente	75
3.17 Uma nova proposta em outra concepção: a Escuta Diagnóstica	75
3.17.1 A escuta do sujeito psíquico visando o diagnóstico precoce de Estrutura Clínica	76
3.17.2 Conexão com a teoria dos discursos em LACAN	76
3.17.3 Conceito de “Sujeito”	77
3.17.4 Diferença entre os conceitos de: “Percepção da posição subjetiva do paciente” e “Retificação Subjetiva”	78
3.17.5 Estruturas clínicas e a Escuta Diagnóstica	78
3.17.5.1 O diagnóstico das Estruturas Clínicas	78
3.17.5.2 As três estruturas: Neurose, Psicose, Perversão	81
3.17.5.3 A escuta diagnóstica	82
3.17.6 Diferença entre a Escuta Diagnóstica e a Apresentação de Pacientes de Lacan	82
4 CONSIDERAÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS – C: O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO	84
4.1 Metodologia da pesquisa Clínico-qualitativa	84
4.1.1 Análise de conteúdo	84
4.1.2 Conexões com a Sociologia	85
4.1.3 A medicalização da vida e a “Medicina Defensiva”	85
4.1.4 Viés da influência da expectativa do pesquisador	86
4.1.5 A práxis	86

4.1.6 A construção conjunta do conhecimento	87
5 OBJETIVOS - OBJETO DA PESQUISA	88
5.1 A pergunta da pesquisa	88
5.2 Hipóteses a testar	88
5.3 Objetivos – gerais e específicos	88
6 METODOLOGIA	90
6.1 Por quê Metodologia Qualitativa?	90
6.2 Por quê Pesquisa-Ação?	90
6.2.1 O pesquisador como instrumento	90
6.2.2 O dilema da amostra na pesquisa qualitativa	91
6.3 Por quê Pesquisa Colaborativa? - Os sujeitos da pesquisa	93
6.3.1 Participação e Colaboração	94
6.3.2 A seleção dos alunos do oitavo período	94
6.3.3 A seleção dos alunos colaboradores	95
6.3.4 Segurança inter-avaliadores	95
6.3.5 Riscos para os sujeitos da pesquisa	96
6.3.6 Respaldo para os alunos	96
6.4 O campo de trabalho	96
6.4.1 A seleção dos Centros de Saúde	96
6.4.2 A entrada em campo	97
6.5 A pesquisa-ação - exposição da Intervenção formulada a partir dos objetivos.	98
6.5.1 Ação ou intervenção: a disciplina experimental optativa – Tópicos em Saúde Mental I e II	98
6.5.2 Objetivos da disciplina	99
6.5.2.1 Objetivos gerais	99
6.5.2.2 Objetivos específicos	100
6.5.3 Programa da disciplina	102
6.5.3.1 Módulo I – conteúdo teórico	102
6.5.3.2 Módulo II – parte prática	102

6.5.4 Objetivos de Aprendizagem e Metodologias de Avaliação	103
6.6 A pesquisa-colaborativa: Cronograma de pesquisa e amostragem	105
6.7 Construção dos instrumentos de avaliação	106
6.7.1 Questões dos Pré-Testes	106
6.7.2 Pré-Testes	107
6.7.3 Seminários	109
6.7.4 Discussão dos casos clínicos	110
6.7.5 Observação participante: o pesquisador como instrumento	110
6.7.6 Pós-testes	111
6.7.7 Construindo as categorias de análise	112
7 DESENVOLVIMENTO I	113
7.1 Processo de construção, elaboração e análise dos resultados	113
7.2 Análise das informações da primeira etapa: Posto de Saúde Santa Inês	113
7.2.1 Construindo o “modus operandi” em campo	113
7.2.2 Viabilidade da transmissão	116
7.2.3 Lacunas na formação do médico	116
7.2.4 Necessidade de nivelamento da turma	117
7.2.5 Críticas à metodologia e ensino e aprendizagem em S.M. no currículo	118
7.2.6 Sobre a aprendizagem da técnica de entrevista aberta	118
7.2.7 Principais dificuldades dos alunos	118
7.2.8 Impotência e ferida narcísica	119
7.2.9 Dificuldades na abordagem e seleção dos pacientes	119
7.2.10 A “vergonha”	119
7.2.11 O medo da identificação com o paciente pela empatia	120
7.2.12 Formação teórica deficitária, levando ao preconceito contra a S.M.	120
7.2.13 Preconceito contra sexo	121
7.2.14 Preconceito contra somatizações (o “piti”)	121
7.3 Ponto de virada na pesquisa	122
7.3.1 Reivindicação de respaldo	122
7.3.2 A questão da identidade médica	123

7.3.3 A escuta vista como terapêutica	123
7.3.4 A observação-participante: o pesquisador como instrumento	124
7.3.5 O medo do desconhecido “estranho” e da responsabilidade	124
7.3.6 Causas da omissão	125
7.3.7 A mudança de percepção no papel do médico	125
7.4 Revendo os pressupostos teóricos	126
7.4.1 A teoria do “trauma” e a concepção de que os sujeitos são todos iguais	126
7.4.2 A teoria da causalidade psíquica traumática	126
7.5 Conseqüências para a prática médica	127
7.5.1 Os organismos são todos iguais	127
7.5.2 A dificuldade trazida pelo rótulo diagnóstico	128
7.5.3 O diagnóstico “somático” e a medicalização	128
7.6 Para que serve, então, a Psicologia médica?	128
7.6.1 Para que a colheita da História de Vida e quais os riscos para o paciente?	129
7.6.2 O “modus operandi” da Psiquiatria e o acasalamento com as Terapias Cognitivo-Comportamentais	129
7.7 Qual é o lugar e o papel do médico na transferência?	130
7.7.1 A insegurança e o “furor sanandi”	130
7.7.2 O desconhecimento da transferência	130
7.7.3 Conceito de transferência	130
7.8 Objetivos atingidos	132
7.9 O momento fecundo da transmissão: a contraposição do segundo caso ao primeiro	133
7.9.1 Estabelecendo o diagnóstico precoce	133
7.9.2 Descoberta da utilidade da História de Vida	133
7.10 Mudanças na prática médica	133
7.11 A estrutura da Neurose	134
7.11.1 O Édipo	135
7.12 O papel do médico e a suspeita do risco de Auto-Exterminio em pacientes “predispostos”	135
7.12.1 Sobre a confusão nos conceitos de Psicose e Bipolaridade	136
7.12.2 Analisando os pressupostos teóricos	136

<i>7.12.2.1 O conceito de Bipolaridade visto pela Psiquiatria</i>	136
<i>7.12.2.2 O sintoma da Bipolaridade visto pela Psicanálise</i>	136
7.13 A estrutura da Psicose	137
7.14 Mudanças na prática	137
<i>7.14.1 Percepção e seleção dos pacientes “sutis”</i>	137
<i>7.14.2 Percepção da diferença entre o desejo do médico e a demanda do paciente</i>	137
<i>7.14.3 A percepção do desejo do médico</i>	138
<i>7.14.4 A mudança na concepção de “médica boa” e “alívio”</i>	138
<i>7.14.5 Percepção da sobreposição dos paradigmas</i>	138
8 DESENVOLVIMENTO II	140
8.1 Passagem da primeira para a segunda etapa	140
8.2 Análise das informações da segunda etapa: Posto de Saúde Carmo- Sion	140
<i>8.2.1 A estratégia de ensino-aprendizagem</i>	140
<i>8.2.2 Evidências da transmissão</i>	141
8.3 A estrutura da Neurose	142
<i>8.3.1 Categorias de análise</i>	142
<i>8.3.2 Percepção da posição subjetiva do paciente</i>	143
<i>8.3.3 Percepção do Falo como significante do desejo na fantasia edipiana</i>	143
<i>8.3.4 O Superego e a culpa (o Gozo do Supereu)</i>	144
<i>8.3.5 A percepção do Recalque</i>	145
<i>8.3.6 A construção teórica do pai impotente na fantasia do histérico</i>	145
8.4 O limite do médico	146
<i>8.4.1 A técnica da entrevista</i>	146
<i>8.4.1.1 Diferenças entre “maternagem”, “retificação subjetiva” e “intenção terapêutica” como pré-requisitos para a não-confrontação do delírio</i>	146
<i>8.4.1.2 Desobrigação da intenção terapêutica</i>	146
8.5 A percepção da posição subjetiva do médico	147
<i>8.5.1 O conceito de “compreensão” jasperiano como empatia e identificação e a “contra-transferência”</i>	147

<i>8.5.2 O “viés semiológico”</i>	148
<i>8.6 Mudança: da escuta terapêutica à escuta diagnóstica</i>	148
<i>8.6.1 A causa do medo</i>	149
<i>8.7 A estrutura da Psicose</i>	149
<i>8.7.1 Dúvidas quanto ao diagnóstico: delírio, mentira ou fantasia?</i>	149
<i>8.7.2 Percepção da falta de posição subjetiva na psicose</i>	150
<i>8.7.3 A ausência do Édipo no romance familiar (a forclusão do Nome-do-pai)</i>	151
<i>8.7.4 Concepção de delírio</i>	152
<i>8.8 Pontos de virada e mudanças</i>	152
<i>8.8.1 A contraposição do segundo caso ao primeiro</i>	152
<i>8.8.2 A pergunta a mais</i>	153
<i>8.8.3 Revisão dos conceitos de “Normal” e “Patológico”</i>	154
<i>8.8.4 Mudança no conceito de “Invasão”</i>	155
<i>8.8.5 Desaparecimento do medo de perguntar: “Alívio”</i>	155
<i>8.9 Mudança de perspectiva: antes e depois do curso</i>	156
<i>8.9.1 Aumento da segurança na condução dos casos</i>	157
<i>8.9.2 A questão das idéias de auto-extermínio e o pressuposto filosófico da vida como um Bem sempre desejado</i>	158
<i>8.9.3 O paradoxo no exercício da arte da medicina</i>	158
<i>8.10 O lugar e o papel do médico: o que um médico pode ou deve fazer?</i>	159
<i>8.10.1 Diagnóstico precoce de pacientes “predispostos” e avaliação de risco de suicídio</i>	159
<i>8.10.2 Mudanças de percepção dos alunos de suas dificuldades pessoais</i>	159
<i>8.10.3 Diagnóstico precoce de estrutura e mudanças na conduta</i>	159
<i>8.10.3.1 Não-confrontação do delírio</i>	159
<i>8.10.3.2 Abordagens diferentes em cada estrutura</i>	160
<i>8.10.3.3 O risco da viragem maníaca induzida pelo AD</i>	160
<i>8.11 As mudanças de concepção na prática médica</i>	161
<i>8.11.1 Abordagem possível pelo clínico</i>	161
<i>8.11.2 Diferenças nas concepções de morte para a neurose e a psicose</i>	161
<i>8.11.3 Percepção da morte na neurose</i>	162
<i>8.11.4 A evolução das idéias de suicídio e uma abordagem possível</i>	162

9 RESULTADOS: APRENDENDO A TRANSMITIR COM AS CATEGORIAS DE ANÁLISE	163
9.1 O processo de construção conjunta do conhecimento	163
<i>9.1.1 Como e quando perguntar – o momento oportuno.</i>	163
<i>9.1.2 A diferença com a Anamnese semiológica</i>	164
<i>9.1.3 A escuta sem preconceitos e o lugar do “não-compreender.”</i>	164
<i>9.1.4 A percepção da posição subjetiva do paciente e a formulação de uma hipótese diagnóstica precoce.</i>	164
<i>9.1.5 O diagnóstico estrutural e o lugar do médico na Transferência.</i>	165
9.2 Quais os indicadores (“evidências”) da ocorrência de transmissão na prática?	165
<i>9.2.1 A estrutura da Neurose</i>	165
<i>9.2.2 A estrutura da Psicose</i>	166
<i>9.2.3 Os pontos de virada e as mudanças</i>	166
10 CONCLUSÕES E DISCUSSÃO FINAL	168
10.1 Resposta aos objetivos	168
10.2 Mudanças no exercício da prática médica	168
10.3 Considerações finais, sugestões e recomendações para futuros aprofundamentos	169
<i>10.3.1 A concepção do ensino em Saúde Mental e suas correlações</i>	170
<i>10.3.2 A necessidade de um acompanhamento mais prolongado dos pacientes</i>	170
<i>10.3.3 Pré-requisitos para o ensino</i>	170
10.4 Sugestões para futuros aprofundamentos e aplicações	171
TEXTO AUXILIAR – Por que a colheita da História de Vida	173
ANEXO 1 – Termos de Consentimento Informado para Pacientes	175
ANEXO 2 – Termos de Consentimento Informado para Profissionais	176
ANEXO 3 – Texto para apresentação da defesa (slides em Power Point)	177
LISTA DE ABREVIATURAS	182
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	183

1 INTRODUÇÃO

1.1 Análise preliminar: Processo de construção e formulação da pergunta da pesquisa

1.1.1 A questão da delimitação do campo da atenção médica

A situação do atendimento em Saúde Mental que ocorre no âmbito da clínica médica em geral, é a de que ela é comumente considerada como um atendimento secundário. O campo da prática médica que concerne à saúde mental é informal e costumeiramente dividido em duas áreas que são geralmente designadas como “Psiquiatria pesada” e “Psiquiatria leve.”

a) A primeira área: a da *Psiquiatria “pesada”*, dos pacientes “psiquiátricos mesmo.” Estes seriam os portadores das “doenças” psiquiátricas, que não seriam da alçada dos clínicos e outros especialistas. O Psiquiatra é chamado com o fim meramente de enquadrar o caso em critérios que permitam rotular o diagnóstico dentro de categorias chamadas “estatísticas” e designadas como “ateóricas.” Estas categorias diagnósticas têm a finalidade de padronizar critérios para pesquisa, especialmente testes para avaliação da eficácia dos psicofármacos, e assim nortear os protocolos de conduta para emprego do vasto arsenal terapêutico disponível.

b) A segunda área: a da *Psiquiatria “leve”*, dos pacientes “deprimidos” e “psicossomáticos” em geral. Estes seriam os “conturbadores” da ordem médica, pois não se encaixam, não se ajustam perfeitamente ao “script” dos protocolos orgânicos, escapam à compreensão do médico quanto à atipicidade de suas queixas e sintomas. O paradigma médico considera que estes necessitam ser “medicados”, para que o seu sofrimento psíquico seja afastado como uma variável interveniente associada ao quadro clínico considerado “puro.”

Estes últimos constituem a ampla gama de pacientes de diagnóstico impreciso, duvidoso, que povoam os consultórios de todas as especialidades e constituem objeto de triagem nas instituições de atendimento de atenção básica ou de cuidados primários. Em sua grande maioria, são rotulados genericamente como sofrendo de “*depressão*.” Para completar o quadro, são geralmente medicados – os psicofármacos utilizados mais comumente são os ansiolíticos e os antidepressivos, que são largamente empregados quase que de rotina – e/ou também podem ser

encaminhados para atendimento psicoterápico, caso seja necessário e disponível ou acessível.

1.1.2 O que são pacientes “psiquiátricos mesmo”?

A prevalência das “doenças” psiquiátricas “strictu sensu” na população geral não é tão grande quanto a das questões emocionais e psicológicas. Estas permeiam todo atendimento médico, dificultando a abordagem do paciente, interferindo no prognóstico e na condução do caso, quando não incomodando ou constrangendo o próprio médico, que se sente impotente ou despreparado para enfrentar certas questões sem poder se garantir pela arma do psicofármaco.

Com relação a estes pacientes considerados “*psiquiátricos mesmo*”, ou seja, da Psiquiatria “*pesada*”, observa-se que o diagnóstico desses pacientes só é feito após a eclosão nítida do quadro. Quando os sinais inequívocos de transtorno mental são tão visíveis e objetiváveis que até um leigo perceberia, a rigor não seria sequer necessário um médico para fazer esse tipo de diagnóstico “a posteriori”. Não raro, nestes casos o psiquiatra é convocado tardiamente, somente para tratar ou medicar um caso evidente.

1.1.3 A carência de diagnósticos qualitativos precoces

Como a Psiquiatria baseia seu diagnóstico de Psicose no conceito de “processo” elaborado por JASPERS em sua Psicopatologia Fenomenológica, constata-se que esse diagnóstico só é feito no “a posteriori”, ou seja, após o desencadeamento do surto psicótico. Isto leva a subnotificação de casos e a abordagens terapêuticas simplistas, norteadas apenas pelo uso indiscriminado e sem critérios dos fármacos psicoativos. Apesar de a Psiquiatria ter apresentado enormes avanços em termos de arsenal psicofarmacoterápico, esses avanços não foram acompanhados na área da propedêutica no sentido do esclarecimento etiológico da imensa maioria das chamadas “patologias” mentais, que permanecem com causa orgânica desconhecida.

Preconiza-se que as “doenças”, classificáveis estatisticamente, seriam “tratáveis” segundo os protocolos, consensos e “guidelines.” Isto propicia que a condução deste arsenal seja feito sob a batuta do “marketing” da indústria farmacêutica que assedia os médicos em geral, levando à proliferação das

indicações, o que se observa pelo fato de que as prescrições, hoje, não ficam mais restritas aos especialistas da área.

1.1.4 A crença no psicofármaco e a ideologia do currículo médico

Esta crença de que, ao prescrever, o médico estaria "tratando" o paciente, se coaduna amplamente com os objetivos de um Sistema de Saúde que avilta a dignidade profissional do médico, menosprezando a relação médico-paciente, desta maneira ensejando oportunidades para outra indústria: a do "erro médico."

Neste bojo, despontam as ambigüidades acerca do lugar e do papel do médico em suas atribuições e possibilidades - o que ele pode e o que ele deve fazer - na abordagem e manejo dos pacientes na esfera da Saúde Mental.

Por tudo isso, o ensino da Saúde Mental dentro dos currículos de Graduação em Medicina aparece como a ponta de um "iceberg", denunciando o grau de comprometimento que a sociedade científica e acadêmica das instituições responsáveis pela formação dos profissionais médicos terá com este contexto mais amplo: histórico, econômico, político e ideológico.

1.1.5 Conclusão: médico = medicação. E a função terapêutica?

Vê-se que a função do médico é concebida como o lugar da medicação. A função da escuta do sofrimento do sujeito psíquico e a própria concepção do ensino da psicanálise nos conteúdos do currículo em Psicologia Médica são consideradas questões exclusivamente terapêuticas. Assim, ao médico não cabe fazer psicoterapia ou muito menos psicanalisar - esta realização não é da sua alçada, visto que não tem o preparo nem o tempo disponível para isto.

Esta questão é percebida como extremamente complexa e especializada, para a qual os médicos não têm a formação adequada. Não se sentem preparados para enfrentar essa complexidade, que envolve fatores psico-sociais multivariados os quais são sentidos como inabordáveis. Entretanto, há uma contradição nisso: se ao médico é atribuída e aceita uma função terapêutica na relação médico-paciente, qual a conseqüência desse impasse, na prática médica?

1.1.6 O efeito psicoterápico do ato médico

No exercício da clínica é absolutamente impossível ignorar a existência de alguma conseqüência psicoterápica intrínseca a qualquer ato médico. Assim, é

necessário que o médico saiba quais os objetivos e o alcance do que ele pode e deve fazer nesta área. Há um certo consenso de que não se deve desamparar o paciente, não se pode abandoná-lo. Mas em quê consiste isso, além de meramente acompanhar o encaminhamento do paciente?

1.1.7 As dificuldades encontradas pelos alunos e a analogia com a cirurgia

Observa-se que os alunos chegam ao final do curso com uma visão distorcida e simplista da Psiquiatria e da Saúde Mental, apresentando, em alguns casos, sérias dificuldades e até mesmo algumas resistências à aprendizagem da colheita da História de Vida do paciente, como se esta não fosse uma atribuição e responsabilidade do médico.

Quando se investigam as dificuldades sentidas pelos alunos em colher a História de Vida do paciente e fazer a escuta do sujeito psíquico no paciente, geralmente são levantadas as seguintes questões:

- “Se eu perguntar, e se ele(a) me responder? O que é que eu vou fazer?”
- “Medo de dar uma opinião pessoal e piorar as coisas.”
- “Quem abriu, tem que fechar.”

Este último argumento faz uma clara analogia com uma cirurgia, tendo em vista a delicadeza do ato em si. Durante o curso médico, o aluno aprende todas as práticas cirúrgicas em grupos restritos de alunos, devido às necessárias medidas higiênicas de segurança contra infecções. Entretanto, a entrada dos alunos na vida íntima dos pacientes não costuma ser adequadamente protegida e supervisionada - como se as dificuldades sentidas pelos médicos necessitassem de um escudo-protetor, ou uma barreira que protegesse, não propiciando esses encontros e essas abordagens.

1.1.8 A fragmentação do Caso Clínico

Considera-se a necessidade do atendimento do paciente por uma equipe multidisciplinar. Em decorrência disso, pode-se verificar uma fragmentação do caso clínico que, se tiver a sorte de ser acompanhado por esse cortejo multiprofissional, será decomposto em vários níveis e estratégias de abordagem diferentes. Visto que ao médico não é dada a capacitação para o atendimento e nem uma infra-estrutura do sistema de saúde que possibilite o seguimento e acompanhamento do caso ao longo do tempo e de sua evolução, essa continuidade do cuidado ocorre “em

paralelo” – ocorre um desdobramento, ou um desmembramento do caso clínico, com o conseqüente desconhecimento do médico do que possa estar ocorrendo nas outras áreas simultâneas de atendimento.

Dessa forma, o médico acaba por perder as referências para o acompanhamento do caso a médio e a longo prazo, e até mesmo os critérios de continuidade para sua própria intervenção, que foi basicamente medicamentosa. Este fica como que “a reboque” do caso, que escapa a sua capacidade de julgamento. Medicar ou não, eis a questão. Manter a receita, ou não? Por via das dúvidas, mantém-se. O medo da recaída, ou o medo de não ser capaz de manejá-la se ocorrer, a insegurança por saber que os remédios não têm eficácia curativa, ou por mera comodidade, levam muitas vezes ao uso prolongado ou indefinido dos medicamentos.

1.1.9 A divisão e a angústia do médico

Na era da medicina baseada em evidências, da polifarmácia e das interações entre drogas necessita-se, portanto, de vasta propedêutica para reassseguramento como uma garantia contra a indústria do erro médico, e vê-se que esse estudo é de tal magnitude e complexidade que podemos suspeitar que já beira a extrapolação da capacidade humana para o seu conhecimento e manejo.

No meio desse cipoal, dessa avalanche de informações, da insegurança que ronda o exercício de sua profissão, o médico muitas vezes se encontra sozinho, desamparado – perdido, confuso, desorientado.

O médico fica assim dividido:

- por um lado, acossado por uma formação acadêmica predominantemente focada no corpo, pela necessidade de atualização contínua cada vez maior para se resguardar de eventuais falhas em sua responsabilidade profissional, e
- por outro lado, defrontado com o caso clínico na prática, que desafia sua impotência e insegurança para enfrentar o real em toda sua complexidade, aliadas às deficiências da formação curricular em saúde mental.

Por isso, sente necessidade de se proteger construindo uma espécie de “escudo” – através de rótulos classificatórios, prescrição de psicofármacos baseadas nos protocolos forjados por essa nosologia e em encaminhamentos aleatórios dos pacientes, em função de uma rede de assistência à saúde mental, se existir ou estiver disponível.

Assim, esfacela-se a possibilidade do acompanhamento global do paciente, perdendo-se qualquer rigor nos critérios para abordagem, diagnóstico, manejo terapêutico e tratamento de manutenção a médio e a longo prazo. Não é raro que o paciente já não tenha mais o seu médico de referência, ou o médico “responsável” pelo caso. Essa diluição de responsabilidades pode ser que atenda a muitos interesses, que fogem ao escopo deste trabalho, mas certamente foge dramaticamente das necessidades do paciente. Assim, levanta-se uma questão relativa ao Caso Clínico do ponto de vista da saúde mental, a partir da hipótese dessa fragmentação. O que seria necessário saber e ensinar em relação ao Caso Clínico, nesta esfera?

1.1.10 Conseqüências sobre o ensino da Psicologia Médica: a redução ao standard.

No bojo de todas essas dificuldades, e se à prática médica não compete a realização de uma escuta do sujeito psíquico, que é concebida enquanto modalidade terapêutica, perde-se por isso o horizonte e a perspectiva da chamada “Psicologia Médica.” Se a dimensão do psíquico, por um lado, é inatingível e praticamente inabordável, a proposta do paradigma das chamadas Ciências do Comportamento ou behavioristas é um tipo de adestramento que não leva em consideração os aspectos qualitativos das diferenças entre os sujeitos.

Neste enfoque padronizado se perde a singularidade do Caso, que é meramente rotulado segundo as modernas classificações diagnósticas. Neste contexto de falta de recursos diagnósticos particularizáveis qualitativamente e da impossibilidade de realizar a pretensão psicoterápica, para quê serviria, então, a “Psicologia Médica”? Quais seriam as finalidades do seu ensino e aprendizagem?

1.1.11 Avaliação da singularidade de um Caso Clínico

Como garantir, no ensino da Psicologia Médica, que o aluno seja capaz de aprender a fazer esta avaliação? O que é o Caso Clínico?

Para se tentar responder a esta pergunta, tomou-se como ponto de partida a experiência didática como professora por vários anos na disciplina optativa interdepartamental do curso médico da UFMG “Saúde do Adolescente.” Esta disciplina teve o mérito de sempre privilegiar o Caso Clínico na prática do atendimento, à diferença das disciplinas de Psicologia Médica do curso, que são

meramente teóricas. Numa sondagem preliminar com os alunos, houve oportunidade de observar suas angústias e inseguranças.

Partiu-se dos fatos concretos que a experiência de ensino trazia: as evidências das dificuldades sentidas e relatadas pelos alunos neste processo de aprendizagem. A pergunta se aprofundou, foi mais além da superfície: se são claras as finalidades a serem atingidas e dos conteúdos dos conhecimentos a serem transmitidos, qual a razão dessas dificuldades? Os alunos não estão se sentindo capacitados para este tipo de atendimento. Como instrumentalizá-los para se capacitarem?

Para interrogar essa transmissão, foram formuladas as seguintes questões:

- 1) O quê, qual o conteúdo que se pretende transmitir?
- 2) Como garantir que no ensino da Psicologia Médica o aluno aprenda e se torne capaz de formular uma avaliação clínica do caso?
- 3) É possível reformular os objetivos da transmissão desse conhecimento?

1.1.12 Hipóteses de trabalho

Tentou-se elaborar uma resposta prévia, ainda que genérica: ao aluno deveria ser propiciado um espaço e um tempo para que ele pudesse aprender a **conhecer o paciente**. Um tempo que desse ao aluno a possibilidade de uma reflexão sobre o caso clínico: não só de ver, mas também um tempo para compreender, e outro para concluir.

Partiu-se do pressuposto de que “**conhecer**” um paciente em se tratando de Saúde Mental implicaria na referência ao conceito de “**realidade psíquica**”, tal como nos foi formulado pela descoberta freudiana. Até aí parece haver uma concordância, ou um certo consenso na literatura da Psicologia Médica que se reflete nos conteúdos curriculares. As referências à Psicanálise freudiana são universais, como ponto de partida ou pelo menos de referência, para todas as elaborações posteriores concernentes às práticas psicoterápicas, inclusive como raiz do paradigma hegemônico atual que é a chamada Psicodinâmica (KAPLAN, 2003).

A partir dessa raiz comum, pode-se verificar que a obra freudiana deixou em aberto várias ou pelo menos algumas questões, que deram ensejo a diversas ramificações. Ocorreu uma proliferação de múltiplas interpretações, que foram desenvolvidas por diferentes correntes dentro da própria Psicanálise. As possibilidades de aplicação prática da Psicanálise, vista como um método

terapêutico, por sua vez, foram tão profundas e extensas, que se transformaram numa Babel de orientações, algumas até mesmo conflitantes.

1.1.13 Qual o conteúdo a ser ensinado?

Haveria que se escolher qual o conteúdo a ser ensinado, para se poder avaliar os benefícios trazidos por ele, tanto para a superação das dificuldades dos alunos, quanto para trazer mudanças efetivas nas concepções acerca do exercício da prática médica. Optou-se, acerca do conteúdo a ser ensinado, pela proposta formulada por LACAN em seu chamado “**primeiro ensino**”, que é a formulação do diagnóstico das Estruturas Clínicas, em categorias construídas teoricamente a partir do caso clínico do paciente visto na prática.

Esta proposta, que pareceu a princípio ser audaciosa, ensejou então imediatamente a formulação do problema: seria possível a transmissão desse tipo de conhecimento?

1.1.14 A pergunta da pesquisa

A pesquisa consistiu em uma formalização da sondagem prévia com os alunos e uma verificação da viabilidade dessa nova proposta de ensino: a “**Escuta Diagnóstica**”, que, ao modificar a perspectiva da relação médico-paciente, traz repercussões diretas para o ensino da Semiologia em Saúde Mental.

Para viabilizar essa transmissão, foi necessária a construção de uma disciplina experimental teórico-prática, que constituiu a chamada Ação ou Intervenção.

Para verificar se dá certo ou se é eficaz, para se avaliar a ocorrência efetiva da transmissão, ou, ao contrário, para se verificar a inefetividade ou a inviabilidade dessa proposta de ensino, foi necessária a realização de uma Pesquisa Qualitativa do tipo Colaborativa.

Assim, formulou-se um projeto de pesquisa Clínico-Qualitativa através de uma pesquisa-ação na qual a intervenção foi a aplicação prática da disciplina experimental optativa “Tópicos em Saúde Mental” – módulos teórico e prático, e uma pesquisa-colaborativa para avaliar as dificuldades dos alunos durante esta transmissão e as mudanças ocorridas na concepção deles acerca do exercício da prática médica.

1.2 Justificativa e relevância do tema – A nosologia prevalente de Saúde Mental em Cuidados Primários

A questão preliminar mais discutida na formulação dos conteúdos programáticos dos currículos médicos é relacionada com a Nosologia Prevalente, que deveria ser o indicador que garantiria uma formação boa e a mais completa possível. Por esse motivo, para definir a relevância da área do conhecimento que interessa à pesquisa, foi feita uma breve revisão da literatura no que concerne a esse tema.

A questão da nosologia prevalente de Saúde Mental em Cuidados Primários reflete a ausência de critérios diagnósticos precisos para os Transtornos do Humor e a carência de estudos epidemiológicos consistentes.

Fazendo uma breve revisão epidemiológica dos Transtornos do Humor como um problema de Saúde Pública e suas relações com doenças médicas em geral, constata-se a ocorrência de subnotificação e de insuficiência dos dados sobre prevalência, como veremos a seguir.

Kessler et al. (2005), numa pesquisa baseada no “National Comorbidity Survey Replication” (NCS-R), partem do pressuposto de que é escasso o conhecimento sobre a prevalência ou severidade, na população geral, dos Transtornos Mentais do DSM-IV. Em sua conclusão os autores constatam a alta prevalência dos Transtornos do DSM-IV em um ano nos Estados Unidos, afirmando: “Apesar de que mais de um terço dos casos foram leves, a prevalência de casos moderados e severos foi substancial (14% da população).” (KESSLER et al, 2005, p. 617-627). O grau de severidade foi fortemente associado à comorbidade.

Kobau et al. (2004), em seus antecedentes, afirmam que os Transtornos do Humor são um importante problema de Saúde Pública nos U.S.A e globalmente. “Menos informação existe, entretanto, sobre os danos à saúde resultantes de níveis subsindrômicos de sintomatologia depressiva como sentir-se mal, triste ou deprimido.” (KOBAN, 2004)

Numa revisão sistemática da literatura entre 1980 a 2000 dos estudos sobre a prevalência e incidência dos Transtornos do Humor, Waraich et al. (2004) concluem que: “A variação metodológica entre os estudos que examinaram a prevalência da depressão nos serviços de cuidados primários é tão grande que análises comparativas não podem ser obtidas.” (WARAICH, 2004, p. 124-138). Os autores

consideram como uma implicação clínica que a prevalência da depressão em cuidados primários deve ser reexaminada com metodologias padronizadas.

Em Editorial da “Biological Psychiatry”, Evans e Charney (2003) destacam a comorbidade dos Transtornos do Humor com doenças clínicas como um importante problema de Saúde Pública. Afirmam: “Apesar de não sabermos com certeza por que os níveis e incapacidades associadas com depressão estejam aumentando, é provável que estes transtornos do humor continuem a ser claramente sub-reconhecidos e não-tratados. Depressão freqüentemente ocorre no contexto de doenças médicas crônicas.”

Baseados no relatório do Instituto de Medicina (2003) informam que a depressão foi admitida como uma das condições crônicas que requerem prioridade de ação, mas não listam a importância da comorbidade da depressão com doenças médicas. Desenvolvem o argumento de que “essa relação pode realmente ser bidirecional em sua natureza. Depressão pode ser tanto uma causa, quanto uma consequência de algumas doenças médicas como doença cardiovascular, AVC, HIV/AIDS, câncer e epilepsia.”

Relatam os resultados de uma conferência de consenso multidisciplinar promovida pela “Depression and Bipolar Support Alliance” em novembro/2002, em que “as apresentações se centraram sobre as perspectivas e objetivos dos chamados ‘National Institutes of Health’ e do F.D.A., nos prejuízos pessoais e sociais da depressão e doenças médicas e na epidemiologia, mecanismos, diagnóstico, tratamento e prognóstico da depressão no contexto de doenças cardiovasculares, câncer, HIV/AIDS, AVC, doenças neurológicas, diabetes, osteoporose, obesidade e dor crônica.”

Afirmam especificamente que “os efeitos de outros transtornos do humor como Distímia ou transtorno Bipolar no fardo das doenças médicas crônicas são destacadamente pouco estudados.” Lançam uma chamada por ação, com este número especial da revista “Biological Psychiatry”, considerando, inclusive, uma relação bidirecional: “a depressão pode figurar proeminentemente como um fator etiológico no desencadeamento e evolução de uma doença médica.” (EVANS, D. L.; CHARNEY, D. S., 2003, p. 177-180).

Jonas et al. (2003) partem da idéia de que “a validade da prevalência estimada dos transtornos do humor nos U.S.A., baseada em entrevistas psiquiátricas estruturadas, é limitada.” Apesar dessa afirmação, conduziram esse estudo

baseando-se no “Third National Health and Nutrition Examination Survey” (NHANES III), conduzido de 1998 a 1994, utilizaram o Diagnostic Interview Schedule (DIS) para estimar a prevalência durante a vida de 6 modalidades categóricas. (JONAS et al, 2003, p. 618-624)

Em 2004, Cassano et al. apresentaram um estudo em que argumentaram a favor de uma abordagem unitária no espectro dos Transtornos do Humor, entre Uni e Bipolaridade. Em suas conclusões relatam “a presença de um número significativo de itens maníaco/hipomaníacos em pacientes com depressão recorrente unipolar. Isto parece desafiar a tradicional dicotomia Unipolar-Bipolar e estabelecer uma ponte na separação entre essas duas categorias.”

Propõem um espectro dos Transtornos do Humor, afirmando que concordam com Akiskal e Pinto (2000) em que “uma verdadeira compreensão do continuum entre Unipolaridade e Bipolaridade pode ser fundada na observação clínica.” Neste momento, indicam para esta observação clínica a utilização de uma entrevista clínica estruturada. (AKISKAL e PINTO *apud* CASSANO et al, 2004, p. 1264-1269).

Mais recentemente, Benazzi (2006), numa revisão dos padrões de Humor e classificações do Transtorno Bipolar, faz um relato das “relações entre os Transtornos Bipolares (especialmente BD tipo II) e Major Depressive Disorder (MDD), parecendo suportar uma continuidade entre os transtornos do humor, o que vai contra a classificação atual dividindo-as em categorias independentes.” Ressalta a necessidade de futuras pesquisas nesta área, em parte devido aos possíveis impactos no tratamento. (BENAZZI, 2006, p. 1)

Concluindo, pode-se verificar a insuficiência dos dados relativos à prevalência dos Transtornos do Humor nas unidades de Cuidados Primários, ressaltando-se a inexistência de estatísticas metodologicamente consistentes relativas às chamadas “depressões menores” ou leves, seja consideradas enquanto “Distímias”, seja enquanto comorbidades das doenças médicas em geral.

Assim, a importância dessa nova proposta diagnóstica insere-se dentro de um quadro de inconsistência teórica dos dados disponíveis na literatura, o que vem demonstrar a relevância da pesquisa no sentido de aperfeiçoar o rigor teórico dos conceitos.

2 CONSIDERAÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS – A:

2.1 A situação atual da Psiquiatria e do atendimento em Saúde Mental

Foi feita uma revisão da literatura atual que permitisse uma visão mais ampla da dicotomia Psiquiatria/Saúde Mental, dentro do contexto geral dos sistemas de saúde, com especial referência às controvérsias diagnósticas e suas implicações tanto para a prática clínica quanto aos riscos para os pacientes.

2.1.1 Escopo do problema: crises recorrentes na Saúde Mental

Rey (2005), no editorial n. 8, v. 182 (18 de abril de 2005), do *The Medical Journal of Austrália (MJA)*, tece uma avaliação mais ampla sobre os sistemas de saúde na Austrália. O autor denuncia e se queixa de que há seis contribuintes diferentes para os serviços de saúde mental na Austrália, que lamentavelmente não são coordenados entre si: os clínicos generalistas, psiquiatras privados, psicólogos privados, hospitais privados, serviços de saúde governamentais e comunitários, e organizações beneficentes não-governamentais.

Alerta para um problema mais preocupante: o de que psiquiatras e enfermeiras não querem trabalhar nos serviços públicos – ou os deixam, ou não querem ingressar neles. Cita Hickie (2005), que fez um manifesto para mudança no sistema de saúde mental australiano, requerendo fundos para estabelecer metas nacionais para serem alcançadas em Saúde Mental (SM), para promover intervenções precoces nos jovens, promover tratamento efetivo nos cuidados primários e outros requisitos. Os autores não acreditam que esses princípios vão resolver a presente crise.

Posteriormente, no editorial n. 5, v. 183 (5 de setembro de 2005), comentam Rey e Dudley (2005): “Poder-se-ia pensar que esta iminente avalanche de informações produziria clínicos mais fáceis de serem envolvidos.” Entretanto, isto não está acontecendo na Psiquiatria. Os autores consideram fundamental a integração dos profissionais privados e governamentais.

A partir da citação acima, temos uma noção preliminar do contexto mais global onde se inserem as diversas crises, debates, discussões e controvérsias que contemporaneamente agitam a área da SM. Uma das controvérsias mais recentes é exatamente acerca dos critérios nosográficos das atuais Classificações Estatísticas de Diagnóstico em Saúde Mental (DSM-IV e CID-10) – vide Akiskal (2005) – o que pode interferir até mesmo nos dados epidemiológicos, o que será visto a seguir.

2.1.2 Dados epidemiológicos

O diagnóstico de “Depressão” tem seus limites pouco precisos, inclusive intra-categóricos, que são baseados na severidade do quadro, com graus diferentes de incapacidade e disfunção que são visíveis objetivamente, ou seja, são rotulados por intensidade ou por um processo quantitativo mensurável.

Ebmeier, Donghey e Steele (2006), na revista Lancet, numa revisão dos últimos cinco anos de desenvolvimento em pesquisa para depressão, descrevem os recentes avanços e controvérsias. Reconhecem que um dos fatores de interferência é o sistema de diagnóstico: o DSM-IV inclui na Depressão várias formas moderadas da doença. Dentro deste conceito amplo, podemos observar vários dados epidemiológicos interessantes citados por estes autores:

- Depressão é muito comum, começa em qualquer idade, com idade média de início na terceira década.
- MDD (Major Depressive Disorder) leva a incapacidade em mais de 50% dos pacientes. Disfunção é considerada consequência direta do humor deprimido.
- Há um aumento da mortalidade associada com MDD. O risco relativo na Depressão subclínica não foi menor que na Depressão clínica. As análises não examinaram potenciais fatores de confusão, como doença crônica ou estilo de vida. O mecanismo de aumento da mortalidade portanto não está claro.
- A maior contribuição para o aumento da mortalidade na Depressão pode ser do risco de suicídio neste grupo de pacientes, situando-se entre 15 e 19%.
- Um sexto das pessoas numa comunidade vai sofrer Depressão ao longo de sua vida.

Os mesmos autores descrevem os estudos de Genética e Farmacogenética, os estudos das alterações na performance cognitiva secundárias ao estado depressivo e as alterações anatômicas e funcionais do cérebro in vivo. Tentam abordar os conceitos psicopatológicos subjacentes, como se segue:

“Apesar de que os termos emoção ou afeto e humor sejam frequentemente intercambiáveis na prática clínica, humor é tradicionalmente não emoção, mas uma predisposição sustentada, ou vieses da emoção, expressa como afeto, ao longo de uma **dimensão única** que vai da elação à depressão.” (EBMEIER; DONGHEY; STEELE, 2006, p. 158)

Neste ponto da leitura desta citação, parece importante destacar que a concepção dos autores para um substrato psicopatológico está sustentada em um continuum da “**dimensão única**.” Vê-se que esta concepção do continuum da

dimensão única interfere diretamente na nosologia e, portanto, no diagnóstico e na terapêutica.

Os mesmos autores ainda afirmam:

“A ausência de evidências compreensíveis e confiáveis dos riscos, a percepção de interesses industriais dos clínicos, assim como os vieses das publicações, que são melhor conhecidas por qualquer autor de revisões sistemáticas, tem erodido a fé pública no tratamento medicamentoso da depressão e sua regulação.” (EBMEIER; DONGHEY; STEELE, 2006, p. 160)

2.1.3 Doenças mentais em populações pediátricas

Segundo Leslie et al. (2005), uma em dez crianças e adolescentes tem doença mental severa o suficiente para causar algum nível de incapacidade. Vários vão continuar com disfunção na vida adulta. Ainda segundo estes autores:

- “A prevalência dos Transtornos do Humor nos jovens (MDD – Transtorno Depressivo Maior, DD – Distímia e BPD – Bipolar) chega a **16 a 22%** na adolescência tardia.”
- “Os diagnósticos pediátricos primariamente associados com o uso dos Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina (SSRIs) tem sido Transtornos de Ansiedade em crianças de 1 a 11 anos e Transtornos do Humor em adolescentes de 12 a 17 anos.”
- “Estado dos testes de drogas para segurança e eficácia em pacientes pediátricos: não há evidência de eficácia dos AD-T (Antidepressivos Tricíclicos) na população pediátrica.”

Segundo Lock et al. (2005), transtornos depressivos são relativamente comuns entre adolescentes, com uma prevalência de 3 a 8%. Diz ainda:

- “Depressão na adolescência é também com frequência recorrente, com até 75% tendo uma recorrência em 5 anos.”
- “O suicídio é a terceira causa de mortes entre adolescentes entre 10 a 24 anos.”

Berk e Dodd (2005), estudando a suicidabilidade emergente no tratamento e resposta diminuída aos *antidepressivos* (AD) em pacientes jovens, relata:

- “O uso de AD para tratar crianças e adolescentes é controverso.”
- “MDD – Transtorno Depressivo Maior - é um constructo muito extenso e inclui vários subtipos clínicos.”
- “BD – Transtorno Bipolar - tem uma idade de início mais precoce que MDD.”

- “A polaridade inicial da doença na BD é frequentemente Depressão. É mais provável os pacientes se apresentarem pela primeira vez ao tratamento durante a fase depressiva que durante as fases maníaca ou hipomaníaca.”

Ver-se-á como essa apresentação inicial depressiva é o principal fator de confusão com o diagnóstico de MDD Unipolar, desde que os pacientes com mania ou hipomania não se apresentam ou não são levados para tratamento.

Os autores tentam elucidar o que eles mesmos chamam de “**confusão bipolar**”, descrevendo:

- “Existem poucos estudos estabelecendo a eficácia dos AD no Transtorno Bipolar, e alguma evidência que eles podem induzir ciclagem rápida, viragem e mania.”
- “Mania induzida pelos AD é frequentemente mista, com aparências maníacas e depressivas misturadas.”
- “O aumento do risco de suicídio é uma característica particular dos estados mistos, potencialmente explicando por que a ideação suicida pode emergir com tratamento antidepressivo (AD).”
- “Uma explicação mais plausível é que Transtorno Bipolar incipiente é frequentemente não-diagnosticada precocemente em crianças e adolescentes e os efeitos diferentes dos AD neste grupo são resultado de misturas de diagnósticos diferentes.”

Assim, vemos como os dados estatísticos e epidemiológicos podem ser confundidos por classificações nosográficas imprecisas, fundadas em observações pela clínica do olhar que são baseadas em aparências sintomáticas dos fenômenos e na avaliação quantitativa do grau de severidade.

Após esta revisão dos dados epidemiológicos e clínicos disponíveis na literatura, tentaremos apontar algumas dificuldades metodológicas que são inerentes às próprias pesquisas em SM.

2.2 A questão do uso de antidepressivos em crianças e adolescentes – a controvérsia da “suicidabilidade”

Wegner (2005) relata que:

“em setembro de 2004 o Comitê Consultivo Pediátrico do FDA advertiu ao FDA para requerer aos fabricantes de AD a inclusão nas bulas dos medicamentos uma advertência - o “black box warning” - sobre o aumento do risco de suicidabilidade das populações pediátricas em uso de AD. Isso soou como um alarme.” (WEGNER, 2005, p. 233)

Essa advertência teve várias consequências entre o público, a mídia, mas principalmente entre a comunidade pediátrica e entre os médicos de cuidados primários de crianças, com relação às condutas terapêuticas e recomendações para monitoramento com controle mais assíduo dos casos em tratamento. A comunidade psiquiátrica, por sua vez, se viu indagada sobre quais as razões para esse achado e se pôs a trabalho, como veremos a seguir.

Conforme Birmaher e Brent (2005), análises conduzidas pelo British Medical Healthcare Product Regulatory Agency (MHRA) e pelo FDA mostraram um risco aumentado de 1.8, ou seja, duas vezes maior de suicidabilidade (emergente ou agravada em ideação ou conduta suicida) nas populações pediátricas em uso de AD comparadas a placebo. Isto significa uma média de risco de suicidabilidade de 4% com drogas contra 2% com placebo, em ensaios com 4.300 pacientes.

2.2.1 Críticas metodológicas às definições de “suicidabilidade”

Leslie et al. (2005) relatam as informações que foram disponíveis para o Comitê Consultivo Pediátrico do FDA, cujo material foi recebido de três fontes:

- 1- Testemunhos narrativos de famílias, profissionais de saúde e consumidores;
- 2- Dados classificados pela Universidade de Colúmbia e reanalisados pelo FDA;
- 3- Dados do Estudo TADS (Estudo dos Tratamentos para Adolescentes com Depressão): feito com pacientes de 12 a 17 anos com diagnóstico de MDD, em tratamentos com fluoxetina comparados com placebo.

Estes autores tecem várias considerações acerca das evidências e das controvérsias a elas relacionadas, entre as quais:

- Eventos sugestivos de possível suicidabilidade foram caracterizados sob o termo “labilidade emocional.” O FDA requereu à indústria farmacêutica (fabricantes da paroxetina Glaxo-SmithKline) que separassem todos os termos sugestivos da ideação suicida, tentativas, ou execução do ato.

Os autores apontam uma falta de uniformidade metodológica nos estudos, destacando que as definições de “suicidabilidade” não foram padronizadas nos diferentes estudos. O Comitê Consultivo Pediátrico do FDA sugeriu o desenvolvimento de esquema padronizado para reclassificar todos os eventos adversos sugestivos de suicidabilidade.

Leslie et al. (2005) relatam ainda as recomendações do Comitê relativas a pesquisas e regulamentos, entre as quais:

- Garantia para o FDA de independência, autoridade e liberdade de influência econômica e política para exigir ensaios de drogas de alta qualidade.
- Alertam que, devido à raridade desse tipo de eventos adversos, “estudos provavelmente não serão conduzidos pelas companhias farmacêuticas individualmente e vão requerer um substancial suporte fiscal e científico dos Institutos Nacionais de Saúde.

De passagem, pode-se verificar que os Comitês científicos tem uma visão ampla e um rigor que lhes permite perceber a extensão do problema quanto ao financiamento das pesquisas. O que não significa necessariamente que esses problemas possam vir a ter alguma solução, mesmo num médio a longo prazo.

Cipriani et al. (2005), em referência a três estudos citados, fazem críticas metodológicas:

- Estudos controlados randomizados incluíram populações de pacientes selecionados seguidos por pequenos períodos de tempo – a variável de saída não foi identificada: se suicídios completos ou tentativas especificamente.
- Um diagnóstico de “Depressão Unipolar” não foi requisito para inclusão na revisão, então foram pesquisadas diferentes populações de pacientes.
- A falta de randomização aumenta o problema da confusão pelas indicações porque médicos preferencialmente prescrevem SSRIs em bases seguras para pacientes com risco de suicídio. Apesar dos autores advertirem estatisticamente sobre este potencial de confusão, a possibilidade de outras variáveis conhecidas ou desconhecidas podem ter agido de maneiras imprevisíveis que não puderam ser listadas.

Ou seja, os autores admitem a possibilidade de outras variáveis conhecidas ou desconhecidas poderem se ocultar sob este potencial de confusão.

2.2.2 A “confusão bipolar”

Re-examinando mais atentamente a questão principal, reporta-se às contribuições trazidas por Berk e Dodd (2005). Estes autores trazem dados epidemiológicos sobre depressão, que eles intitulam “**confusão bipolar.**” Pode-se observar sua preocupação com as dificuldades clínicas para uma detecção precoce de bipolaridade, cuja apresentação inicial mais freqüente é como Depressão Unipolar:

- A idade de início da BD (Depressão Bipolar) é na adolescência. O início da BD é mais precoce que a MDD Unipolar. Recentes estudos sugerem que BD seja muito mais comum que anteriormente se pensava.
- Dentro da BD, sintomas de Depressão são mais prevalentes que sintomas de mania.

Para acrescentar, são citados Judd et al. (2002;2003):

- Os sintomas depressivos variam de 32 a 50%. Enquanto que os sintomas maníacos ou hipomaníacos variam de 1 a 9% e sintomas cíclicos ou mistos de 6 a 12%.
- A proporção de Depressão para mania na BD tipo I é de 3:1, enquanto que na BD tipo II é de 47:1.
- Além disso, o primeiro episódio de apresentação da bipolaridade é mais frequentemente Depressão do que mania ou hipomania.

Ainda segundo Berk e Dodd (2005)

- Usando os atuais critérios diagnósticos, um episódio de mania ou hipomania é necessário para diferenciar depressão Unipolar da Bipolar. Mesmo se mania ou hipomania estiverem presentes, o diagnóstico de bipolaridade é muito difícil, ocorrendo substanciais atrasos no diagnóstico.
- **Erros diagnósticos ocorrem em 69% dos casos** e 35% dos pacientes tem um atraso de até dez anos para o diagnóstico correto ser feito.
- Existem várias razões para a dificuldade no reconhecimento da mania e hipomania. Os pacientes geralmente ignoram ou não dão importância aos sintomas de mania. Mania é agradável quando moderada, e pode estar até relacionada com melhora da performance. É raramente tratada, a menos que severa.
- Ela pode se apresentar com sintomas que se sobrepõem ao ADHD na infância e condutas disruptivas se confundem com transtornos de personalidade (diagnóstico diferencial).
- Comorbidades, tais como abuso de substância e sintomas de ansiedade frequentemente confundem o diagnóstico.
- Cerca de 30% dos pacientes com mania tem episódios mistos. Isto é claramente mais complexo para diagnosticar, especialmente em cuidados primários. Pelo menos parte da razão para isto é que a queixa primária nos estados mistos é de humor deprimido, apesar de que estes estados mistos são conceitualizados

como uma variante da mania e deveriam ser tratados assim. Tratar estados mistos com AD pode agravar o episódio, aumentando a agitação psicomotora, inquietação e impulsividade inerentes à condição, especialmente em crianças.

2.2.3 Implicações clínicas, segundo Berk e Dodd (2005)

“As **conseqüências dos erros diagnósticos** podem ser substanciais.... A questão chave é terapêutica, com um diagnóstico incorreto levando a uma terapia inapropriada.” (BERK; DODD, 2005, p. 40-41)

Assim, observa-se uma séria preocupação acerca de como está sendo realizada a prática clínica atual nos cuidados primários, quando os autores se perguntam: *“A um jovem apresentando um episódio de Depressão é provável se dar um AD. Até que se prove o contrário? É assumido que esse jovem sofra de Depressão Unipolar.”*

Quando os autores perguntam: *“Até que se prove o contrário?”*, é preciso lembrar o que eles próprios já haviam dito: que “usando os atuais critérios diagnósticos, um episódio de mania ou hipomania é necessário para diferenciar Depressão Unipolar da Bipolar.” Ou seja, reconhecem que **o diagnóstico só é possível retroativamente**, depois que as evidentes aparências fenomenológicas se manifestarem.

Este é o grande “calcanhar de Aquiles” da clínica em SM, a dificuldade para o estabelecimento de uma suspeita diagnóstica precoce - quando as evidências fenomenológicas se apresentam num momento posterior à eclosão das idéias de suicidabilidade. Vários autores se debruçam sobre esta questão, como será visto a seguir.

Akiskal et al. (2005) sugerem até mesmo mudanças nos critérios nosológicos atuais, fundadas na aproximação entre a chamada “Depressão agitada” e os “Estados mistos”, que são caracterizados por agitação psicomotora, taquipsiquismo, humor disfórico, irritabilidade e hostilidade que podem ser seguidos por uma evolução com auto ou heteroagressividade.

Retomando a Berk e Dodd (2005), vê-se que estes autores, como Akiskal (2005), também apontam a associação entre suicidabilidade e Estados Mistos e ciclagem rápida, no tipo de pacientes que eles denominam indivíduos **“suscetíveis.”** Citando-os:

- “Temos crescentes dados de que AD são capazes de induzir mania, estados mistos e ciclagem rápida em indivíduos ‘*suscetíveis*’. Complicando este fato, as manias induzidas pelos AD são mais disfóricas do que eufóricas, com sintomas concorrentes resultando em mania mista. Isto aumenta a impressão de que a disforia e irritabilidade induzidos pelo AD continuariam vistas como parte da depressão.”
- “Uma característica bem documentada dos estados mistos é que a suicidabilidade é particularmente comum.”
- “Outra questão com AD é que estudos de eficácia dos AD são muito mais ambivalentes na BD que na depressão Unipolar, em relação aos níveis de resposta e ao início abrupto do efeito.”
- Metodologicamente: Post et al. (2003) *apud* Berk e Dodd (2005), descobriram que 80% dos ensaios continuados terminaram antes do pretendido final de 1 ano.
- Discutindo a associação entre suicidabilidade e tratamento AD, surgiu a idéia de que os AD podem produzir uma “***síndrome de ativação***”.

2.2.4 Critérios diagnósticos de “Bipolaridade” e suas implicações práticas

Observa-se que o mesmo autor Akiskal (2005) citado anteriormente já propunha, em 2000, a categoria nosológica Bipolar tipo III dentro do espectro da bipolaridade, correspondendo ao quadro de viragem maníaca desencadeada pelos antidepressivos.

Continuando com Berk e Dodd (2005), os autores sugerem que estes sintomas podem estar associados a uma BD não-diagnosticada, assim como a ataques de pânico e ansiedade, o que corrobora a digressão feita neste trabalho (no item Considerações Teórico-Metodológicas C – item 4.2.2) sobre o borramento entre as categorias diagnósticas das modernas classificações.

Ao que se segue a discussão e conclusão destes autores:

- “Esta hipótese levanta um número de questões. Qualquer jovem apresentando depressão necessita ser ativamente investigado acerca da presença de bipolaridade. Isto inclui não somente uma história prévia de mania ou hipomania, mas é necessário investigar ***pistas mais sutis que predizem bipolaridade***.”
- Estas incluem: uma história familiar positiva, depressão atípica com hipersonia ou hiperfagia, início e término abrupto dos episódios, alta recorrência ou padrão

cíclico, temperamento hipertímico ou ciclotímico, presença de características psicóticas, proeminente lentificação psicomotora, mania induzida por AD, estados mistos e tolerância ao AD manifestada como perda da ação antidepressiva. Existem instrumentos de triagem que podem auxiliar no reconhecimento da bipolaridade.

Nesta última afirmação citada pode-se observar uma aparente contradição com Akiskal (2005), quando os autores colocam entre as “pistas mais sutis que predizem bipolaridade” tanto uma proeminente lentificação psicomotora quanto uma mania induzida por AD. Akiskal (2005) relaciona apenas os quadros de agitação psicomotora da chamada “Depressão agitada” com os estados mistos, que fariam parte do espectro da bipolaridade.

Berk e Dodd (2005) finalizam:

- “Os critérios diagnósticos do DSM-IV são extensos para MDD e restritivos para BD.”
- “A prática corrente encoraja o médico a assumir que a condição do paciente é Unipolar e a tratá-la com AD.”

Assim, vê-se que estes autores sugerem investigar “*pistas mais sutis que predizem bipolaridade*”, incluindo nestas a presença de “características psicóticas.”

Akiskal et al. (2005) afirmam que a “Depressão Bipolar-I mista frequentemente tem agitação psicomotora, humor irritável, fala premente, fuga de idéias e psicose.”

Finalizando, Berk e Dodd (2005) concordam com Akiskal et al. (2005) na proposta de uma **associação de suicidabilidade com bipolaridade**, chegando a questionar inclusive o estatuto nosológico da antiga conhecida e recentemente denominada “**Síndrome de Ativação**” (“aumento da energia antes da melhora do humor”), correlacionando-os a “um grau significativo de *erros diagnósticos* nesta população” (AKISKAL, 2005, p. 252).

Akiskal et al. afirmam: “Estas observações não necessariamente implicam que os AD sejam causativos, mas talvez agravantes de um estado depressivo misto agitado pré-existente, resultando na chamada ‘*Síndrome de Ativação*’.” (AKISKAL et al., 2005, p. 253)

Estes autores denunciam que “**a falha em nossa nosologia formal** (i. e., DSM-IV e CID-10) *em reconhecer a natureza bipolar dos estados depressivos mistos*” *pode levar a implicações clínicas importantes*”. Como dito anteriormente, a

prática clínica encoraja o médico a assumir que a condição do paciente é Unipolar e a tratá-la com AD.

Por isso, segundo Akiskal (2005), “a nosologia falha em proteger pacientes pseudo-unipolares da monoterapia com AD, que é inapropriada para estes pacientes.” (AKISKAL et al., 2005, p. 249)

2.3 A evolução qualitativa das idéias de auto-extermínio (AE)

O que os autores não falam acerca daquelas características psicóticas é se elas necessariamente precederiam em sua apresentação às idéias de AE. Essas características necessitariam se apresentar francamente declaradas ou manifestadas? Todas as manifestações referidas são de ordem fenomenológica, não tendo sido colocada em questão a evolução qualitativa das idéias de AE.

São sugeridos instrumentos de triagem, tais como as escalas de avaliação de Beck et al. (1961), Hamilton (1960) e outras para reconhecimento de bipolaridade e para avaliação quantitativa do grau de severidade da Depressão, medida objetivável pela clínica do olhar pela visibilidade das aparências . Não são colocados em questão os conceitos e critérios de “suicidabilidade” ou avaliados os fatores de risco envolvidos.

2.3.1 Como se desenvolvem estas idéias de AE?

Seria por um aprofundamento em intensidade ou severidade do estado de humor depressivo? Akiskal et al. (2005) desenvolvem a idéia de que a piora da doença depressiva pelos AD em alguns pacientes pode ter como substrato psicopatológico um estado depressivo misto agitado, e portanto consideram que seja este “o **substrato psicopatológico das tentativas e de suicídios completados**”.

Segundo Akiskal et al (2005), “a condição clínica dos pacientes presente no momento em que se tornaram suicidas enquanto usavam AD é geralmente um estado de ativação, que foi conhecido por várias décadas (“aumento da energia antes da melhora do humor”), mas só recentemente foi chamada “Síndrome de Ativação.” A respeito dos conceitos e critérios de “suicidabilidade”, estes autores admitem especificamente como uma limitação do seu estudo: “Não foi usada escala para ideação suicida.”

2.3.2 Pacientes “predispostos”, “vulneráveis” ou “suscetíveis”

Em sua discussão, estes autores reconhecem que “*suicidabilidade*” é “um conceito heterogêneo envolvendo ideação, para-suicídio, tentativas sérias e suicídio completo. A transição da ideação para o suicídio depende de vários fatores.” (AKISKAL et al, 2005, p. 249). Infelizmente, não entram no mérito da questão de quais fatores poderiam ser estes.

Pode-se verificar que se ignora (se omite), ou pelo menos se minimiza, nas pesquisas, a avaliação qualitativa da suicidabilidade. Como este quadro (suicidabilidade emergente aos AD) já parte do fato do uso prévio dos AD como indutores de uma “Síndrome de Ativação” ou de uma Bipolaridade latente ou incipiente que tivesse sido desencadeada pelo uso da droga, entende-se que a partir do uso prévio de uma intervenção psicofarmacológica (o uso do AD, que condiciona o aparecimento do quadro), a esta altura não caberia mais questionar ou controlar as variáveis dos fatores reativos, psicogênicos ou situacionais intervenientes nestas pesquisas. O que absolutamente não exclui a pré-existência e a continuidade da interveniência destes fatores qualitativos na emergência da suicidabilidade.

Com relação aos critérios ou fatores de risco para suicidabilidade, observa-se que vários autores geralmente se referem a este potencial que poderia se desenvolver em pacientes “*predispostos*”, ou “*vulneráveis*”, ou “*suscetíveis*.” Essa predisposição, vulnerabilidade ou suscetibilidade só é encarada por estes autores como existente no bojo de uma doença bipolar, como seu “***substrato psicopatológico***”, o que pressupõe o paradigma anatômico das neurociências.

2.3.3 O que significa “melhorar a prática clínica”?

Os autores admitem a possibilidade de que a falha na nosologia levaria a erros diagnósticos. Estes, por sua vez, induziriam a erros terapêuticos.

No editorial da MJA, Rey et al.(2005), membros do comitê consultivo da Lilly e da Jansen-Cilag, afirmam que estamos superficiais para prescrever os SSRIs, que isso “*não é causa para pânico, mas um incentivo para melhorar a prática clínica*”. Finalizando, afirmam, genericamente:

“*Até que as ambigüidades sejam resolvidas, acreditamos que os SSRIs (principalmente fluoxetina) devem ser considerados, mas somente para depressão severa, quando ela produz séria incapacidade e falha a resposta ao tratamento psicossocial por algumas semanas.*”

2.3.4 Conclusão e comentários

Desde que os interesses competidores dos autores tenham sido declarados abertamente, isso significa que já sabemos o que fazer? Seria somente melhorar os critérios diagnósticos estatísticos, dentro dos moldes de pesquisa como já descritos?

Tendo em vista esta indagação mais ampla no que diz respeito ao diagnóstico: o que significa “melhorar a prática clínica”?, podemos então iniciar a nossa pesquisa.

3 CONSIDERAÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS – B: A PSIQUIATRIA E O ENSINO EM SAÚDE MENTAL

3.1 Contexto Histórico

O século XX foi o alvorecer da Medicina Biotecnológica na atual vertente da chamada Medicina Baseada em Evidências e junto com isso veio o “boom” da moderna Psiquiatria, com o advento dos psicofármacos. Ocorreram inúmeros e algumas vezes espetaculares avanços da Medicina, com um aumento significativo, mesmo exponencial, nas áreas da propedêutica e da terapêutica. A tal ponto que houve necessidade do estabelecimento de protocolos e “guidelines” continuamente aperfeiçoados e atualizados pelos Consensos de especialistas. A Medicina Baseada em Evidências começou a florescer, como facilmente se constata nas divulgações da mídia escrita, televisiva e da internet. Pode-se citar, como exemplo, o livro de DUNCAN e SCHMIDT de 2004: “Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências”.

3.2 Como entender a “Doença Mental” como “Doença do Cérebro”?

Continua existindo uma separação entre a Psiquiatria e a Medicina, do ponto-de-vista da etiologia orgânica. Um quadro clínico, para ser considerado como psiquiátrico, continuou sendo um diagnóstico de exclusão: se é encontrada uma etiologia orgânica comprovada anátomo-patologicamente, este quadro passa a ser considerado basicamente de outras especialidades. Continuam a existir os quadros limítrofes, que passaram a ser considerados co-morbidades e foram incorporados pelas várias especialidades como sendo de sua área de atuação. Continua insuficiente o conhecimento sobre a etiologia dos quadros em Saúde Mental, mesmo dos quadros mais graves da chamada “Psiquiatria pesada”, que seriam as antigas “Psicoses Funcionais” de Kraepelin citado por Bercherie (1989) e outros quadros nos quais se pressupõe haver uma etiologia orgânica, embora ainda não demonstrável. Apesar do desconhecimento das etiologias em Saúde Mental, sempre se admitiu que a parte psíquica dos pacientes interferia no desencadeamento, na evolução e no prognóstico das doenças. Sempre se admitiu a existência de manifestações sintomáticas que não apresentam correlativas lesões anatômicas, a chamada correspondência anátomo-clínica. São históricos os debates sobre os conceitos de “sintomas”, manifestações ou “doenças” psicossomáticas, ou sobre qual seria o

ponto-de-corte entre uma disfunção transitória reversível e uma lesão orgânica passível de comprovação anátomo-patológica.

LOPEZ-IBOR (1999) historiciza as descobertas relativas ao papel das emoções, como se resume a seguir:

- Cannon (1915): inibição do parassimpático e ativação do simpático, preparando o organismo para a luta.
- Selye (1950): “síndrome geral de adaptação” – as respostas adaptativas do organismo frente a situações de “stress” podem provocar uma doença.
- von Weizsäcker (1951): “fugir ou lutar” – teoria do “stress”.
- Frunkenstein et al (1957): estabeleceram a relação entre emoções e respostas fisiológicas, demonstrando que ante situações experimentais de medo ou angústia o sujeito produzia norepinefrina ou epinefrina.

O arsenal terapêutico da Psiquiatria começou a ser incorporado à atenção médica geral após a década de sessenta, quando foi difundido para os clínicos o uso dos ansiolíticos benzodiazepínicos, pelos menores riscos implicados em relação aos barbitúricos. Paralelamente à descoberta e aplicação mais difundida dos benzodiazepínicos pelos clínicos, foi desenvolvida a *teoria do “stress”* e a porta foi aberta para novos desenvolvimentos na abordagem dos pacientes em Saúde Mental. Os conhecimentos incipientes do mecanismo de ação desses psicofármacos, do funcionamento dos neurotransmissores e dos mecanismos do Sistema Nervoso Autônomo, ensejaram a formulação de hipóteses acerca da etiologia dos quadros ansiosos.

Como já foi dito, estabeleceu-se inicialmente a hipótese catecolaminérgica: a ansiedade estaria relacionada com descargas noradrenérgicas. Podemos questionar se, nesta relação, muitas vezes possam ter sido confundidos os efeitos pela causa, visto que ocorriam concomitantemente, ou se seriam eventos associados. Foram feitas tentativas inclusive de estabelecer “tipos de personalidade”, correlacionando-os aos vários tipos de manifestações ansiosas e quadros clínicos de ansiedade, o que veio a se demonstrar pouco esclarecedor do ponto de vista da prática clínica.

Dunbar (apud Lopez-Ibor, 1999) estabeleceu a teoria da personalidade na doença. Friedman e Rosemann (1959, apud Lopez-Ibor, 1999) estabeleceram uma “padrão de comportamento do tipo A” que estaria associado a doenças do coração. Tentando estabelecer uma relação entre personalidade e doença, Siebeck (apud Lopez Ibor, 1999) descreveu os “achados orgânicos infraliminares”, e von Bergmann

uma “patologia funcional”, com uma transição entre o funcional e o orgânico e outra entre o psicógeno e o funcional.

A hipótese etiológica única (neste caso, catecolaminérgica) não se sustentou isoladamente durante muito tempo, visto que não recobria satisfatoriamente os achados da clínica. Hoje em dia estudam-se os neurorreceptores cerebrais no mecanismo de ação dos benzodiazepínicos, que são ansiolíticos e sedativos, mas não são os únicos psicofármacos a modularem a impulsividade, a agressividade, a agitação e outras manifestações psicomotoras.

Foi feita uma descoberta clínica curiosa: um determinado quadro sintomático caracterizado por ataques súbitos e paroxísticos de ansiedade (ataques tipo pânico) pode apresentar melhoras sintomáticas com o emprego de um antidepressivo tetracíclico, a clorimipramina.

“Em 1980, o DSM-III abandonou formalmente o diagnóstico de neurose de ansiedade e introduziu o diagnóstico de transtorno de pânico. A validade da classificação tem sido justificada desde 1980, pelo desenvolvimento de tratamentos específicos para o transtorno de pânico.” (KAPLAN, 2003, p.554)

Em função do tratamento, foi criada esta nova entidade nosológica classificatória, a “Síndrome do Pânico”, hoje “Transtorno do Pânico”, que veio substituir a antiga “Neurose de Angústia.” Descargas de ansiedade poderiam ser controladas sintomaticamente por um antidepressivo, inaugurando novas abordagens psicofarmacoterápicas. Ou seja, a antiga dicotomia – Transtornos Ansiosos, de um lado, e Transtornos de Humor (antigas “Doenças Afetivas”), de outro, começava a ser borrada. A dicotomia ansiedade x depressão veio a ser questionada, do ponto de vista etiológico:

“Quatro linhas principais de evidências sugerem uma ligação causal entre os sintomas de ansiedade e os sintomas depressivos em alguns pacientes afetados.”

Resumindo:

- primeiro: achados neuroendócrinos;
- segundo: hiperatividade do sistema noradrenérgico;
- terceiro: as drogas serotoninérgicas, como a fluoxetina e a clorimipramina, são úteis no tratamento dos transtornos tanto ansiosos quanto depressivos;
- quarto: diversos estudos de famílias trazem dados indicando que a ansiedade e os sintomas depressivos estão geneticamente ligados em, pelo menos, algumas famílias. (KAPLAN, 2003, p. 552.)

Não importando qual fosse exatamente a etiologia dessas “Síndromes”, que continua desconhecida, o clínico geral passou a contar com um arsenal terapêutico básico: os ansiolíticos e os antidepressivos. Estas classes de medicamentos provaram ser relativamente seguras, não oferecendo grandes problemas no seu manejo terapêutico em se tratando de efeitos colaterais e interação com outras drogas. As suas indicações não eram muito claras, seu emprego não era muito bem estabelecido, mas o clínico, com sua sensibilidade, experiência e “bom senso”, guiando-se pela fenomenologia das aparências, incorporou com esperança e entusiasmo esses psicofármacos em sua prática, especialmente no que se relaciona às manifestações consideradas psicossomáticas.

Estes foram alguns dos motivos alegados para a criação dos modernos Manuais Estatísticos de Diagnóstico Psiquiátrico: a necessidade do estabelecimento de critérios claros e rigorosos para a pesquisa em psicofármacos. Esta incorporação dos psicofármacos pela prática médica, por sua vez, modificou o estatuto dos pacientes portadores de sofrimento mental perante a própria Medicina e levou a outras importantes conseqüências, como será visto a seguir.

Ocorreu uma importante mudança de posição da Medicina em relação aos pacientes chamados “psiconeuróticos.” Como o clínico já se apoderara de um arsenal farmacológico que pretendia ser um “tratamento” (acrescido, claro, do apoio entusiástico da indústria farmacêutica), esses pacientes foram incorporados pela Medicina e passaram a “merecer” a atenção médica, com um estatuto de maior “dignidade” ou de “credibilidade” para com as suas queixas. Os médicos deram-lhes um “crédito de confiança”: eles não se queixavam porque fossem chatos, covardes, sem força-de-vontade ou qualquer outra característica depreciativa, eles eram “doentes”! Dessa forma, o sofrimento mental ganhou o estatuto de “doença” e, através especificamente desta visão de “doença”, passaram a ser objeto da atenção médica.

3.3 “Viés Semiológico”

Ferreira (2000), em sua tese de Doutorado, assim se posiciona:

A centralização do ensino na Semiologia reforça em diversos aspectos a concepção de medicina trazida como (pré)conceito pelo aluno e induz o que se pode chamar de “viés semiológico” na relação médico-paciente.” ... “Perceber limites no ensino da semiologia como centro do ensino da pediatria não desmerece sua importância como instrumento de avaliação e diagnóstico, tarefa fundamental da medicina clínica.

A semiologia, como base do método clínico e principal instrumento de sustentação do modelo clínico, constitui sua virtude e também o seu limite. A semiologia é ensinada cuidadosamente, e quando este ensino é falho deve ser judiciosamente criticado. Entretanto, a prática da semiologia introduz o aluno na relação médico-paciente oferecendo a este como instrumento a objetividade da semiotécnica. Ao aluno, em geral, não é proposto nenhum outro instrumento técnico, prático ou teórico, para estabelecer a relação médico-paciente, relação que em princípio se fundamenta na intersubjetividade. Em geral, fica por conta do próprio aluno desenvolver a habilidade de conhecer o paciente, quase sempre sustentando-se para isto em preconceitos e no senso comum. (FERREIRA, 2000, p. 118)

3.4 Medicina e religião: atendimento “espiritual”?

Em nossa experiência como professora de Saúde Mental, especialmente na área da Psicologia Médica, observamos que muitos alunos, por falta de referências teóricas claras e pela falta de discussão dos preceitos filosóficos e éticos que norteiam o exercício da medicina, costumam se referenciar numa analogia da medicina como uma espécie de atendimento “espiritual.” Não há rigor conceitual acerca da questão da espiritualidade e questões religiosas em geral, muitas vezes se confundindo o estatuto, o lugar e o papel do médico com o de um religioso.

A lógica do raciocínio seria mais ou menos a que se segue. Para o médico aliviar o sentimento de culpa do paciente, ele seria colocado no lugar de juiz, que pode arbitrar – contra ou a favor de uma condenação, ou absolvição. Esta prerrogativa, no caso de um religioso, lhe seria outorgada pelo poder divino para julgar, perdoar ou até mesmo instituir penitência para o paciente, no intuito de que uma purgação dos “pecados” pudesse mitigar a dor psíquica do paciente.

Entretanto, para o médico, apesar das boas intenções, ocupar o lugar de juiz pode levar ao agravamento do sentimento-de-culpa do paciente, gerando falsas expectativas, tanto neste quanto no médico, quanto à capacidade de ajuda na resolução dos problemas. Esta concepção será investigada na pesquisa-colaborativa, na análise da categoria “Mudança na concepção de médica boa.”

3.5 A necessidade de segurança do médico o leva a se refugiar nas classificações diagnósticas

Retornando ao tema do “viés semiológico” desenvolvido por Ferreira (2000):

“.. o processo de formação médica prioriza os conteúdos programáticos, além de centrar a compreensão do processo saúde-doença no indivíduo biológico. ... O objetivo da semiologia é afirmar ou afastar a doença no indivíduo. A semiologia não se interessa pelo que é subjetivo, não tem por objeto conhecer o sujeito psíquico. À semiologia interessa o contexto social e familiar, em geral, como fatores de risco para a doença. Também não estuda a doença como fenômeno social: a doença existe no indivíduo, mas também na sociedade.”

Continuando:

“Abordar o paciente que está ou pensa que está doente e afirmar ou afastar a doença orgânica é tarefa fundamental do médico e indissociável da atuação da medicina. Por outro lado, limitar a tarefa do médico à investigação da doença orgânica reduz a prática médica. A História da Moléstia Atual só pode ser entendida pelo aluno como tomar a história da doença e não da pessoa. ... Assim, a desejada “relação médico-paciente” e a chamada “medicina integral”, ocorrem sob o “viés semiológico”, subordinadas à perspectiva da doença.” (FERREIRA, 2000, p. 119)

Ou seja, o método determina o que se pesquisa.

“A observação de alunos do 9º. Período permite verificar como estes muitas vezes ficam perplexos quando são levados a fazer a história de vida e a compreender o contexto familiar do paciente. “Mas, professor, isto é medicina?”, interrogava um aluno...”

“Inicialmente, ao aluno parece inadequado interessar-se pelas questões subjetivas do paciente, pelo contexto da família sob o ângulo das relações emocionais, inteirando-se da dinâmica familiar. A tendência é abordar mesmo os problemas de saúde mental apenas pelos sintomas, entendidos como sinais de doenças. O paciente fica reduzido às manifestações sintomáticas, utilizadas para a constituição de diagnósticos sindrômicos, entendidos e classificados como “doenças.” Para o médico, o diagnóstico de uma doença mental ou de um conjunto de sintomas, classificados como “transtornos” na CID-10, oferece a segurança que ele precisa para excluir a doença orgânica e afirmar a doença psiquiátrica.” (FERREIRA, 2000, p. 120)

Ainda em Ferreira (2000):

“A subjetividade do paciente deve ser apreendida usando apenas a intuição e a sensibilidade pessoal, pois para estes aspectos o curso médico oferece, em geral, preparo teórico e técnico insuficientes.” ... “Os livros de clínica e de semiologia procuram estimular a melhor relação médico-paciente e a humanização do ato médico, baseando-se em princípios de solidariedade e na compreensão do ser humano doente. Esta abordagem de importância indiscutível é perfeitamente compatível com o modelo biológico. No entanto, mostra a inconformidade com o modelo, sem ultrapassá-lo.”

“As críticas à medicina biológica e tecnológica e as propostas de mudar a qualidade da relação médico-paciente muitas vezes não questionam a maneira de ensinar semiologia: como método clínico centrado apenas na investigação da doença, sem aprofundar outros aspectos do atendimento à criança. Aliás espera-se que a semiologia restaure a relação médico-paciente, contrapondo-se ao modelo tecnológico. O apuramento da técnica semiológica é afirmado como o antídoto contra o esvaziamento do método clínico e a garantia da relação médico-paciente.” (FERREIRA, 2000, p. 124)

Nesse sentido, alguns proclamam uma nostalgia das técnicas propedêuticas e manobras do Exame Físico do passado, que por serem da ordem do tato, aproximariam mais o médico do paciente do ponto-de-vista físico-espacial e, presume-se, assim também do emocional. O que pode até ocorrer, sob a égide da Transferência, mas sem nenhum critério norteador da postura do médico em relação a esses possíveis efeitos.

Mais à frente, do mesmo autor: “A semiologia no seu objetivo específico de diagnosticar as doenças orgânicas tem se mostrado bem eficaz. Não se pode pedir a ela o que ela não pode dar.” (FERREIRA, 2000, p. 124)

E finaliza:

“A crítica e a superação da medicina biológica e tecnológica não se dará, certamente, pelo retorno ao passado, restaurando a medicina liberal e outras práticas artesanais. O valor que está em causa é a integralidade do ato médico e a dimensão de cuidado da prática da medicina. Parece indiscutível que o ensino médico deve ter conteúdos humanísticos. Entretanto, estes conteúdos quando oferecidos permanecem à margem do curso e são vistos pelos alunos e mesmo por parte dos professores, não por todos, como atividade complementar, não centrais à formação médica. ... Para abalar o paradigma dominante talvez seja necessário construir novos modelos de prática médica. Modelos que levem a colocar sob tensão o núcleo do paradigma. As experiências interdisciplinares apontam para algo de novo, mas são ainda incipientes. As escolas de medicina não podem é se acomodar apenas ao discurso “humanístico” e manter a mesma prática e o mesmo modelo de produção do saber.” (FERREIRA, 2000, p. 125)

3.6 A dicotomia psicofarmacoterapia e psicoterapia

No bojo de toda essa transformação positiva no estatuto do paciente em Saúde Mental e da prática médica em relação a ele, continuaram a ocorrer várias confusões, relacionadas à dicotomia estabelecida entre, por um lado, a medicalização do doente e as abordagens consideradas psicoterápicas. Estudaremos cada uma destas vertentes separadamente e depois analisaremos os paradoxos e contradições de cada uma e do uso conjugado de ambas, no exercício da prática médica.

Inicialmente podemos observar que a Medicina contemporânea, sob o paradigma da concepção de Ciência moderna, tem trabalhado com conceitos forjados à luz das necessidades das pesquisas. Estas pesquisas em geral são fomentadas por instituições não-governamentais, patrocinadas por entidades privadas e/ou pela indústria farmacêutica, como facilmente se observa nas publicações indexadas e apoiadas pelos chamados Institutos de Saúde, ou pelo ocasional acréscimo, ao final das publicações, dos interesses concorrentes. Não se pode desconhecer que esse financiamento pela indústria introduz uma direção importante nessas descobertas, as quais notoriamente visam à utilização indiscriminada e massificada dos psicofármacos, de preferência estendendo-se aos médicos generalistas e a todas as outras áreas de especialidades, quando não por automedicação, por indicações não raro veiculadas pela mídia.

As diferentes abordagens feitas por várias especialidades em alguns momentos são discrepantes, incompatíveis, ou se excluem mutuamente. Esta incompatibilidade, amplamente conhecida na prática, muitas vezes pode-se atribuir a uma luta político-econômica de prestígio e mercadológica, que privilegiaria as abordagens técnico-cientificistas, porque inserida no contexto do mundo contemporâneo capitalista e globalizado.

Essa questão contraditória poderia ser analisada sob a ordem meramente prática e operacional dos interesses confluentes da sociedade de consumo: sistemas e planos de saúde, seguros, financiamento e agenciamento das pesquisas pela indústria farmacêutica, hegemonia científica do paradigma biológico dominando as publicações nos meios acadêmicos porque prestigiadas pelos agentes patrocinadores, etc. No momento, são questões que fogem ao escopo da nossa investigação, devendo contudo ser consideradas variáveis intervenientes para um possível aproveitamento futuro dos resultados obtidos nesta pesquisa.

3.7 As Classificações em Psiquiatria

A Psiquiatria criou os modernos Manuais de Classificação Estatística Diagnóstica, que foram sendo refeitos periodicamente, visando principalmente estabelecer critérios para pesquisa e acompanhar os avanços na psicofarmacoterapia. Estes critérios diagnósticos – do DSM-IV e do CID-10 – foram baseado-se em descrições fenomenológicas dos quadros e sinais objetiváveis aparentes, conceitos relativos de “normalidade” psíquica, estabelecidos a partir de avaliações quantitativas do grau de inadequação interferência dos sintomas no desempenho social dos sujeitos, com a orientação positivista das ciências naturais pressupondo um julgamento “imparcial” por parte do observador.

Essas modernas Classificações Diagnósticas Estatísticas em Psiquiatria (que se dizem “ateóricas”) são herdeiras da Fenomenologia Jasperiana (JASPERS, 1987)) que, em sua clássica e insuperável obra “Psicopatologia Geral”, estabeleceu as bases para o desenvolvimento do diagnóstico psiquiátrico através da Súmula Psicopatológica – que consiste no exame do Estado Mental do paciente num corte transversal. Está presente aí a antiga querela do “compreender” (relativa ao “compreensível” do ponto-de-vista psicológico) e do “explicar” (tendo “explicação” numa doença concebida organicamente, como uma entidade mórbida com

correlação anátomo-clínica), na qual a Psiquiatria até hoje continua se debatendo em controvérsias intermináveis, como se pode ver em LOPES (2006):

“O limite entre a normalidade e a doença se coloca como grande questão em psiquiatria, sujeita a conceitos controversos. Em vista disso, prefere-se o termo transtorno para designar um quadro clinicamente reconhecível, como alteração de comportamento com sintomas associados a sofrimento e interferência nas atividades habituais.” (MICHELON e VALLADA FILHO, in: LOPES, A.C., 2006, p.2471)

Entretanto, as classificações têm se distanciado até mesmo da própria Fenomenologia jasperiana original, restringindo-se às aparências dos fenômenos observáveis quantitativamente, ou seja, quantificáveis metodologicamente para fins de pesquisa dentro do paradigma positivista das neurociências.

As entidades construídas nosologicamente, ou convencionadas por uma Classificação, seriam “sintomas”, “síndromes” ou “doenças”? Até que ponto pode-se manter o antigo termo “Endógeno”, em contraposição ao “Psicógeno”? Esses termos, hoje obsoletos, foram convenientemente substituídos pela proposição etiológica do “Biopsicossocial”, que veio atender, de certa forma ou pelo menos em parte, ao melhor entendimento da rede multifatorial e à complexidade etiológica dos quadros. Mais adiante será discutida a concepção do “Sintoma Psíquico” visto sob essa perspectiva e suas implicações para a prática médica.

O modelo biopsicossocial (ENGEL,1980) deriva da teoria geral dos sistemas. “*O sistema psicológico salienta o impacto dos fatores psicodinâmicos, motivação e personalidade sobre a experiência ou reação à doença.*” E mais: “*O ‘comportamento de doente’ é o termo usado para descrever as reações de um paciente à experiência de estar enfermo.*” (KAPLAN, 2003)

Assim, pode-se compreender que o chamado “Perfil biopsicossocial” é exatamente um corte transversal que pressupõe a existência de uma “doença” prévia.

Podemos exemplificar essas dificuldades diagnósticas tomando como exemplo a entidade nosológica anteriormente conhecida como “Depressão Maior” - hoje chamada “Episódio Depressivo Maior”- porque este poderia ser o primeiro episódio de uma série, que poderia configurar futuramente um “Transtorno Depressivo Recorrente” ou qualquer outra entidade nosológica dentro do grande grupo dos “Transtornos do Humor.”

Na história das Classificações em Psiquiatria pode-se suspeitar, nas próprias mudanças dos nomes das entidades nosológicas, das antigas “Doenças Afetivas” para os chamados “Transtornos do Humor”, a persistência de uma dúvida que persegue esses diagnósticos. Até que ponto, ou em que medida, uma manifestação sintomática depressiva seria “Depressão-doença”, ou até que ponto ela seria “Psicogênica, Reativa ou Situacional”?

Para o diagnóstico específico de um quadro depressivo pode-se ver a precariedade:

“O diagnóstico de transtorno depressivo requer a exclusão do transtorno bipolar, outro tipo de alteração do humor com curso, tratamento e prognóstico distintos.” (LOPES, 2006, p. 2471)

“O diagnóstico de depressão deve ser concebido como uma categoria arbitrariamente definida de um fenômeno dimensional. Em um extremo, tem-se a depressão “normal”, fenômeno humano universal, e, no outro, as depressões graves com sintomas psicóticos. O ponto de corte que determina o limite da normalidade leva em consideração a intensidade, a duração, a persistência, a abrangência, a interferência com o funcionamento fisiológico e psicológico e a desproporção em relação a um fator desencadeante.” (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004, p.875)

“Avaliação da história prévia de um episódio maníaco ou hipomaníaco. Durante um episódio depressivo, é mandatório que o clínico pergunte sobre a história prévia de episódios de euforia, gastos excessivos, irritabilidade intensa, idéias de grandeza, bem como sobre a presença de história familiar de episódios dessa natureza. Na suspeita de um transtorno bipolar, o paciente deve ser avaliado por um psiquiatra, antes que um antidepressivo seja prescrito, pois o antidepressivo pode desencadear episódio maníaco em um paciente com depressão bipolar.” (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004, p.876)

Acresça-se a isso o despreparo na formação médica:

“Entretanto, os médicos sentem-se despreparados para atuar no campo da saúde mental. Tal fato traz interrogações tanto sobre a formação do médico quanto sobre o estado atual da própria atividade clínica, submetida às pressões da superespecialização, do primado da tecnologia e da proletarização da profissão médica.” (LOPES, A.C., 2006, p.2471)

Por via das dúvidas, empregando-se os psicofármacos aliados à psicoterapia, estaria se tratando os dois lados concomitantemente e assim todos os problemas estariam resolvidos. Entretanto, essa dicotomia de abordagens, que de modo geral seguem paralelas e não se encontram, podendo muitas vezes ser até mesmo contraditórias entre si, leva a outros impasses e dificuldades, que foram objetos de nosso estudo nesta pesquisa.

3.8 Concepção quantitativa de “Normal” e “Patológico”

A concepção dicotômica *corpo x mente* encontra-se estreitamente relacionada a uma concepção quantitativa do “Normal” e do “Patológico” em Saúde Mental no paradigma atual. Para o leigo, fica a falsa impressão de que existe um “ponto-de-corte”, determinado estatisticamente através de padrões de “normalidade” pretensamente reconhecidos, tanto socialmente quanto “cientificamente”, porque numericamente determinados. Esse “ponto-de-corte” estatístico estabelece o limite entre o normal e o patológico tem como utilidade “simplificar o raciocínio”, da forma como será desenvolvida a seguir.

3.9 A “Depressão-Doença”

O quadro depressivo considerado como “doença”, “orgânica” ou “biológica” – anteriormente chamada “*Endógena*” – pretende-se que tenha uma etiologia anátomo-patológica ou pelo menos uma correlação anátomo-clínica a nível de neurotransmissores cerebrais. A disfunção destes, mesmo que ainda não completamente conhecida, seria a causa das manifestações sintomáticas da “Depressão”. Nesta perspectiva ela seria “imotivada”, ou seja, não teria nenhum motivo “compreensível” psicologicamente que justificasse a eclosão do quadro depressivo. Este apareceria como “um raio em céu claro”, ou seja, como uma doença ou disfunção orgânica de etiologia pretensamente conhecida.

“O continuum de endógeno-reativo é uma divisão discutível, pois implica que as depressões endógenas são biológicas e as depressões reativas, psicológicas; a divisão fundamenta-se, primariamente, na presença ou ausência de um estressor desencadeante justificável. Outros sintomas de depressão endógena foram descritos como variação diurna, delírios, retardo psicomotor, despertar precoce nas primeiras horas da manhã e sentimentos de culpa. Portanto, a depressão endógena é similar ao diagnóstico do DSM-IV de transtorno depressivo maior com aspectos psicóticos, com características melancólicas ou ambos. Os sintomas de depressão reativa tem sido descritos como incluindo insônia inicial, ansiedade, instabilidade emocional e múltiplas queixas somáticas.” (KAPLAN, 2003, p. 505)

Diga-se de passagem, que curiosamente nem na lista de critérios diagnósticos estabelecidos pelo DSM-IV para o chamado “Episódio Depressivo Maior” encontra-se tal critério relacionado à presença ou não de um motivo. Excluindo-se os casos de “Luto”, nos quais o fator desencadeante é flagrantemente conhecido, nenhum dos critérios da lista se refere à ausência, ou ao fato de não se saber ou conhecer, algum motivo para o paciente estar deprimido. Neste caso pode-se admitir que o motivo, apesar de desconhecido pelo paciente e pelo médico, possa

até mesmo existir - haja visto a amnésia lacunar do “Transtorno de Stress Pós-Traumático.”

Explicita-se que este tipo de “Depressão” quantitativamente grave, especialmente o subtipo “Melancólico”, justifica plenamente uma intervenção farmacológica, visto que reduz a capacidade de trabalho, leva à inadequação social do paciente e, quando ocorre a melhora sintomática com o uso dos antidepressivos, ela é observável e quantificável pela clínica do olhar: ela ocorre a “olhos vistos.” Por isso, a criação dessa entidade nosológica presta-se sobremaneira às pesquisas para avaliação estatística do efeito dos antidepressivos, comparando-se em grupos-controlado com o “efeito-placebo”. (De passagem, resta lembrar que o “efeito-placebo” é ignorado pelos estudos, não sendo relacionado à questão da aderência terapêutica.) Ou seja, estes critérios diagnósticos baseados numa semiologia reducionista dos sinais corporais e sociais que foram convencionados nas classificações teve como uma das finalidades a pesquisa de medicamentos.

Essa categoria nosológica elevada a paradigma biológico da “Depressão” considerada como “doença”, seria desencadeada por algum desequilíbrio – talvez inicialmente funcional e que com a cronificação se tornaria patológico – a nível da bioquímica dos neurotransmissores e modulada molecularmente pela expressão fenotípica de uma constituição genética “predisposta.” Assim, pode-se ver:

“Essa predisposição, sob influências ambientais – bioquímicas e psicológicas – pode se expressar num fenótipo relacionado à síndrome depressiva.” (LOPES, p. 2474)

“A predisposição para desenvolver quadros depressivos, como resposta ao estresse, pode estar associada à constituição genética. Importante estudo prospectivo evidenciou a associação entre desenvolvimento de depressão em resposta a fatores estressantes durante a vida e o alelo curto do promotor do gene codificante do transportador de serotonina (5-HTTLPR) – $p \leq 0,05$.” (LOPES, p. 2474)

“A concordância significativamente mais elevada entre os monozigotos do que entre os dizigotos, como mostrado na maioria dos estudos, é um argumento a favor da existência de uma vulnerabilidade genética para o comportamento suicida.” (CORRÊA e BARRERO, 2006, p. 87)

Mais adiante serão examinadas as possíveis questões éticas envolvidas na abordagem desses pacientes teoricamente “predispostos”, “vulneráveis” ou “susceptíveis.”

A perspectiva do tratamento medicamentoso pretende esgotar as possibilidades de intervenção médica, reduzindo, com conceitos organicistas, a

árdua tarefa de manutenção da aderência terapêutica ao mero controle da farmacocinética, da farmacodinâmica, dos efeitos colaterais dos medicamentos e das interações entre drogas.

Para o sujeito tratado como máquina de neurotransmissores e rotulado a partir de um padrão de normalidade comportamental, a abordagem psicoterápica correlata seria a “psicoeducação” ou adaptação cognitivo-comportamental. Na proposta corrente aceita-se que esses “transtornos” seriam incuráveis, porém “controláveis” com a medicação e a psicoterapia. Pode-se observar que essa lógica do tratamento, condicionada à confiança no efeito terapêutico das drogas, diminui a responsabilização do sujeito, reduzindo também sua auto-confiança para o enfrentamento de suas dificuldades.

3.10 A “Depressão-Psicogênica”

Sob a perspectiva da “Depressão” vista sob o viés “Psicogênico”, “Reativo” ou “Situacional”, presume-se ter sido desencadeada por motivo psicológico detectável, designado como “traumático”: um agente desencadeante ou um evento estressante.

Em oposição, ou pelo menos, em associação com as “doenças” depressivas, persistem quadros “duvidosos”: os chamados “Transtornos de Ajustamento” (CID-10) ou as designadas “Doenças Psicossomáticas.” São “duvidosos”, pois poderiam não responder como esperado à eficácia dos antidepressivos e, portanto, que necessitariam de abordagem psicoterápica, o que já não seria da alçada do médico. Este seria o protótipo do paciente que deveria ser encaminhado a outros profissionais da área “psi”

Paralelamente às descobertas dos psicofármacos, houve uma proliferação de estudos na área do conhecimento chamada Medicina Psicossomática, com a inclusão dos conteúdos de Psicologia Médica nos currículos. A Medicina admitiu como parte integrante do seu exercício a atenção ao estado psíquico do doente. Incorporou-se a noção de que o aspecto emocional influi no desencadeamento, na evolução, na aderência terapêutica e até mesmo no prognóstico.

3.11 O ensino da Psicologia Médica

Numa revisão da literatura sobre o ensino da Psicologia Médica com especial referência ao ensino da Psicanálise, os artigos são escassos e destacam as dificuldades da integração do ensino da Psiquiatria com a Psicologia Médica. No

excelente artigo de BROWN e ZINBERG (1982), do American Journal of Psychiatry, os autores discutem 5 fontes de dificuldade na aplicação prática desta integração:

1. diferenças nos valores e, conseqüentemente, nos sistemas de prática;
2. influências de treinamento;
3. diferenças no manejo das emoções;
4. expectativas conflituosas do paciente; e
5. limitações no grau de intimidade tolerável nas relações profissionais.

Estes autores discutem pormenorizadamente as fontes dessas dificuldades de integração, referindo-se clara e continuamente a “abordagens psicoterapêuticas”, recordando que o foco no diagnóstico da “doença” leva os médicos a pensar em termos de exclusão, refletindo “a atitude na qual o diagnóstico ou implica a ação ou sugere ação futura”. Referem-se a uma “incompatibilidade sistêmica” das práticas médicas e psicológicas, descrita por Brodsky (apud BROWN, 1982, p. 1579).

Ainda referem-se a estrutura do “caráter” e de “personalidade” dos pacientes, sem se deter nesses conceitos. Citando-os:

“Sem este conceito estrutural, o médico fica facilmente distraído ou incomodado por esta aparente irracionalidade do paciente em se queixar do que eles consideram questões relativamente menores enquanto ignoram a melhora pertinente.” (BRODSKY apud BROWN, 1982)

Apontam o fosso entre as práticas médicas e psicológicas, denunciando a tendência de encaminhamento dos pacientes:

“Embora nem sempre viável, interconsulta psiquiátrica fora do setting tradicional, estendida aos ambulatorios, pode fazer uma ponte neste fosso entre as práticas médicas e psicológicas e evitar a abordagem obviamente inapropriada e inchada de encaminhar todo paciente com um problema psicológico.” (BROWN, 1982)

Concluindo, endossam o ponto de vista de Gill (apud BROWN, 1982, p. 1580): “Esta mudança de modelo parece requerer uma extraordinária habilidade; mas pode ser que se os dois modelos forem rigorosamente definidos, a tarefa vai se tornar mais fácil.”

Em KAPLAN (2003), pode-se ver a importância dada ao estabelecimento do “rapport”. No capítulo “O relacionamento médico-paciente e técnicas de entrevista”, item “Entrevistas psiquiátricas contra médico-cirúrgicas”, encontra-se o subitem “estabelecimento do “rapport”. Entre as estratégias definidas por Othmer e Othmer (apud Kaplan, 2003, p. 18-19) para estabelecimento do rapport, temos: “avaliar o insight do paciente e tornar-se um aliado.” Em seguida, estes autores fornecem uma lista de verificação de 31 itens para permitir ao médico avaliar suas habilidades

para o estabelecimento e manutenção do rapport, entre os quais: *“Tomei consciência do nível de insight do paciente.”*

Em que consiste essa avaliação do nível de *“insight”* do paciente?

Os autores não formulam, entretanto, de que maneira deve ser avaliado esse nível de *“insight”* do paciente. Em que se baseia esta avaliação? Na *“personalidade”*, no *“caráter”*, no Quociente de Inteligência (Q.I.), na cultura, no próprio chamado *“rapport”*, na capacidade de comunicação do médico e do paciente, ou em quais fatores mais exatamente?

As definições dos conceitos de *“personalidade”* e *“caráter”*, que se encontram nos livros de Psicologia, por sua vez, implicam forçosamente num julgamento subjetivo por parte do examinador. Portanto, conclui-se ser absolutamente inafastável, na entrevista psiquiátrica, o ponto de vista do observador, o que deixa margem para avaliações subjetivas discrepantes e julgamentos moralistas e preconceituosos.

LOPEZ-IBOR (1999), em excelente revisão sobre o ensino da Psicologia Médica, também aponta várias dificuldades, relatando a divisão histórica entre a Psicologia Médica e a Psiquiatria:

“Na Espanha, a divisão entre Psicologia Médica e Psiquiatria é tradicional desde 1944. Esta separação da aprendizagem permite destacar aspectos essenciais da prática clínica geral sem confundi-los com o ensino de uma especialidade concreta. A tradição espanhola insiste em que a Psicologia Médica não é uma propedêutica da Psiquiatria, mas que surge de uma necessidade da prática clínica.” (LOPEZ-IBOR, 1999)

Este autor, mais uma vez, se apóia na introdução de um novo princípio, que ele chama de *“personalidade”*. Entretanto, não discorre sobre o que consistiria este conceito. Esta é sua proposta: *“É necessário introduzir um novo princípio, que não é o das ciências naturais, mas que procede de outro ramo das ciências, das que se chamam culturais e históricas, e este princípio é o da Personalidade.”* (LOPEZ-IBOR, 1999, p. 99)

Na trilogia Biopsicossocial, originalmente proposta por Dejarlais et al (apud Lopez-Ibor p. 102), temos: *“A patologia social, as situações exacerbantes e os problemas de saúde, entre os quais se incluem a depressão, doenças relacionadas com o stress, comportamentos que contribuem a doenças crônicas, etc.”*

Nesta citação, percebe-se como os sintomas são vistos como *“doença”*. Mais à frente, referindo-se à medicina Psicossomática: *“As ‘doenças psicossomáticas’*

poderiam aparecer ou descompensar-se coincidindo com estresses ambientais.” (LOPEZ-IBOR, 1999, p.129)

Assim, pode-se constatar uma confusão do conceito freudiano do “trauma” com o stress ambiental ou agente desencadeante, o que favorece o conceito do corte transversal proposto pelo perfil biopsicossocial, sem levar em consideração o fator temporal e do “a posteriori” na constituição do sujeito e dos seus sintomas. Os acontecimentos vitais estressantes são entendidos como os desencadeantes das doenças psicossomáticas, as quais são *“os correlatos vegetativos das emoções”*. *“Em essência, a patologia psicossomática é uma patologia das emoções e seus correlatos vegetativos.”*

O autor aponta uma relação entre traumas psíquicos infantis e predisposição no adulto, mas destaca o fracasso da patologia psicossomática de orientação psicanalítica ortodoxa (LOPEZ-IBOR, 1999, p. 136). A teoria da especificidade do conflito psíquico, proposta pela escola de Chicago ou de Alexander, propôs uma “linguagem dos órgãos”, o que não foi confirmado na prática e por isso caiu no descrédito. *“A patologia psicossomática psicanalítica mais pura, a da escola de Alexander, não conseguiu seu objetivo de psicologizar a medicina por várias razões.”* (LOPEZ-IBOR, 1999, p. 136).

O autor conclui dizendo que *“o tratamento analítico é inespecífico, igual para todos”*, ao que ele atribui a razão necessária para a mudança do rumo das investigações. É importante ressaltar que toda essa concepção de psicossomática se coaduna com o modelo biopsicossocial de Engel e se fundamenta numa visão da psicanálise ortodoxa vista com finalidade terapêutica ou psicoterápica. Lopez-Ibor insiste no conceito mal-definido de *“personalidade”* do *“doente”*, preocupando-se em *“como o indivíduo se adapta a alterações biológicas e psicológicas”*. A teoria geral dos Sistemas propostas por Von Bertalanfy (apud Lopez-Ibor, 1999) é endossada por ele, com a proposta de análise de sistemas que se organizam de maneira hierárquica, com uma estrutura de sistemas de processamento de informação que altera o sistema de decisão e impede o desenvolvimento normal da *“personalidade”*. (LOPEZ-IBOR, 1999)

Admite-se que a escuta do doente seja necessária pois, aliada aos medicamentos, pode ser mais um recurso terapêutico a ser empregado. Entretanto, o estatuto desta “escuta” não ficou bem esclarecido ou determinado.

3.12 Escuta enquanto vista como “Terapêutica”

“Ponto de virada” da pesquisa:

Antecipando as descobertas ocorridas no processo desta Pesquisa-Ação, o primeiro “ponto de virada”, o que foi mais surpreendente nas supervisões dos casos atendidos pelos alunos, foi justamente verificar que o que se entendia quando se falava o termo “*escuta*” do paciente era tomado com um objetivo terapêutico. É claro que uma escuta tem um efeito psicoterápico (descrito por Freud como “*catarse*”), mas o que se verificou foi que esta visão aumenta enormemente as dificuldades do médico.

Várias linhas da Psicologia Médica, da Psicossomática e da chamada “Psicodinâmica preconizam a “escuta” do paciente com o objetivo final de aumentar a “confiança” do paciente no médico, melhorando assim a aderência terapêutica, ou seja, ampliando as possibilidades de sugestão transferencial – o que não deixaria de trazer uma impressão de uma influência “mágica” do médico sobre o paciente, caso essa transferência fosse positiva. Como uma conseqüência indissociável desse desabafo, ocorreriam os pretendidos efeitos psicoterápicos: como efeito de catarse. Esta, aliás, foi a primeira hipótese teórica levantada por Freud (nos estudos pré-psicanalíticos) e abandonada, quando ele descobriu a diferença entre o efeito empírico da sugestão pura e simples e a técnica mais adequada de se operar com a Transferência.

Essa conjugação do efeito catártico no paciente, com o médico numa posição de maestria, mais o efeito sugestivo (que pode-se correlacionar ao chamado “efeito-placebo”) coaduna-se mais ao paradigma da Psicologia Cognitivo-Comportamental que ao da psicanálise. Pode-se interrogar por que motivos esta seja a linha preferencial na moderna Psiquiatria globalizada, preconizada pela Associação Psiquiátrica Americana, que se baseia na chamada “Avaliação Psicodinâmica”, citada a seguir.

“Avaliação Psicodinâmica:

Dados históricos

Doença atual, com atenção para ligações associativas e estressores do eixo IV

História com ênfase em como o passado repete-se no presente

História do desenvolvimento

História familiar

Antecedentes culturais religiosos

Exame do estado mental

Orientação e percepção

Cognição

Afeto

Ação

Testagem psicológica projetiva (se necessário)

Exame físico e neurológico

Diagnóstico psicodinâmico

Diagnóstico descritivo do DSM-IV

Interações entre eixos I-V

Características do ego

Recursos e deficiências

Mecanismos de defesa e conflitos

Relação com o superego

Qualidade das relações objetais

Relacionamentos familiares

Padrões de transferência-contratransferência

Inferências sobre relações objetais internas

Características do “self”

Auto-estima coesão do “self”

Continuidade do “self”

Limites do “self”

Relação mente-corpo

Formulação explanatória, usando dados acima.”

(Tabela extraída de Gabbard, 1990, apud KAPLAN, 2003)

Pelo exame desta tabela, preconizada pelo livro-texto da Psiquiatria americana (Kaplan), pode-se inferir as fontes a que se remete: classificações diagnósticas, “desenvolvimento” (que se confunde entre vários conceitos psicológicos, desde Piaget até as etapas de evolução da libido), mecanismos de defesa do ego (teorizados por Anna Freud), relações objetais (da Melanie Klein), características do “self” (de Kohut). Todas estas concepções dos autores pós-freudianos citados são compatíveis com o conceito impreciso de “desenvolvimento”, na sua versão cognitivo-comportamental, o que por sua vez se adequa às modernas neurociências.

3.13 Avanços e controvérsias do paradigma biológico

3.13.1 Analogia com a Hipertensão Arterial Essencial, Primária ou Idiopática

Os progressos nas pesquisas médicas levaram a importantes descobertas na Farmacologia. O conhecimento dos mecanismos de ação das drogas, através de sua ação sobre os neurotransmissores, levou ao melhor mapeamento dos efeitos colaterais e das possíveis interações entre drogas, mas não conseguiu esclarecer a etiologia dos quadros. Os tratamentos visam apenas controlar os sintomas. Pode-se usar, como analogia para os quadros psiquiátricos, na Clínica Médica, a entidade clínica da Hipertensão Arterial Essencial, Primária ou Idiopática. Para tratá-la são utilizados vários tipos de anti-hipertensivos com mecanismos de ação diferentes, mas continua-se a desconhecer a verdadeira etiologia dessa entidade nosológica que presume-se ser múltipla ou sobredeterminada. O conhecimento dos mecanismos de ação das drogas não autoriza a comprovar determinada etiologia orgânica.

3.13.2 Os progressos na Genética e na Biologia Molecular e possíveis conseqüências éticas

Os avanços nas ciências básicas levaram a importantes descobertas na Genética e espera-se que levem a progressos substanciais para o tratamento de várias doenças. Hoje mapeia-se o Genoma, perscrutando-se os cromossomas à procura dessa etiologia. Não se conseguiu identificar, na intrincada rede genética humana, gens que poderiam ser especificamente responsabilizados pela expressão fenotípica dos quadros na Psiquiatria ou na Saúde Mental, em termos mais gerais.

Estudos de acompanhamento de gêmeos univitelinos criados em ambientes diferentes mostram a incidência do ambiente na expressão e manifestação dos casos clínicos. *“A gemelologia, como ciência, foi inaugurada por Galton em 1815 como forma de distinguir a influência de fatores culturais da hereditariedade dos fatores genéticos.”* Estes autores discorrem magistralmente sobre a epidemiologia genética e a correlação possível entre a genética molecular e o suicídio. (CORRÊA e BARRERO, 2006, p.86)

Uma questão ética na avaliação genética do risco de suicidabilidade:

Supondo-se que algum dia possa se chegar a estabelecer a existência de “predisposição genética ao suicídio” estatisticamente significativa em relação à população geral, quais poderiam ser as conseqüências éticas dessa descoberta para a prática clínica junto ao paciente? Apesar de ser um tema instigante para uma pesquisa de base, porém pode vir a ser inócuo, ou até mesmo contra-indicado, para a orientação da prática clínica junto ao paciente.

Em que pese o mérito certamente relevante desta direção de pesquisa, pode-se perguntar quais poderiam ser as repercussões destas futuras descobertas, em termos da relação médico-paciente ou mesmo para efeitos de aderência terapêutica. Se um paciente vai ser submetido a uma bateria de testes para mapeamento de seus gens, como ficaria o aconselhamento genético em Saúde Mental?

Se, por exemplo, no caso de um paciente depressivo com idéias de auto-extermínio viesse a ser descoberta uma predisposição genética aumentada para os Transtornos de Humor e, conseqüentemente, para a “Depressão” e o suicídio, em que isto poderia contribuir para a abordagem e o tratamento deste paciente? Caso isso viesse a ser comunicado a ele, não poderíamos rezear que essa informação pudesse paradoxalmente aumentar o risco, precipitando o ato? Afinal, na prática, se um sujeito está querendo suicidar e fica sabendo que já tem uma predisposição constitucional ou um risco aumentado para essa ocorrência (é o “destino...”), para quê ele vai esperar, já que é inevitável?

A própria avaliação desse risco de suicídio, em termos da prática clínica, é uma atribuição subjetiva feita pelo médico que, em casos de diagnóstico diferencial difícil, se depara com uma situação de indecidibilidade sobre qual seria o maior risco: dar ou não dar o remédio? (vide itens 3.14.2 e considerações teórico-metodológicas A)

Um paciente que expressa o desejo ou a vontade de morrer contraria todas as expectativas, pois desafia um dos maiores pressupostos filosóficos e éticos que fundam a medicina, o de que a vida é bela, ou seja, é um “Bem” a ser preservado. Se já parte-se do princípio de que, “no fundo”, todos desejam viver, ninguém quer morrer, então conclui-se que a expressão de uma vontade de morrer só pode ser uma idéia alienígena, espúria, uma... “doença”! Para combater isso, nossas armas são os remédios! Como lidar com essa contradição? E durante o período de latência para início do efeito dos antidepressivos, sem um diagnóstico fechado, qual a abordagem psicoterápica de apoio preconizada? Seria igual para todos os casos?

Pode-se lembrar, a esta altura, que foi esse desejo paradoxal de morrer num ser humano do qual se esperaria que desejasse a vida foi o fator que levou Freud a postular a “Pulsão de Morte”, o que Lacan teorizou posteriormente como o “*mais-gozar*”, ou o “*gozo do sintoma*”. As teorias pós-freudianas da psicanálise ortodoxa evitaram esse impasse, desconhecendo aquela postulação freudiana de “Além do princípio do prazer” (FREUD, 1920).

3.13.3 A inviabilidade das políticas coletivas de Saúde Pública

É de conhecimento público que a medicina sempre soube e deu importância aos fatores sociais e ambientais como predisponentes ou agravantes nas manifestações psíquicas. O que não se sabe são os motivos pelos quais os agentes ou eventos estressores não desencadeiam os mesmos efeitos nos diferentes sujeitos. É este desconhecimento que leva às pesquisas da “predisposição” genética, evitando-se o considerado imponderável do sujeito psíquico.

Esta cota de imprevisibilidade escapa ao manejo estatístico dos dados, impedindo o estabelecimento de dados epidemiológicos precisos como citado anteriormente (item 1.2), o que contribui para dificultar ou inviabilizar as propostas de abordagem coletiva nas políticas de Saúde Pública.

3.13.4 A medicalização precoce e a crença no psicofármaco

As modernas Classificações Diagnósticas (CID-10 e DSM-IV), apesar de terem sua utilidade para a pesquisa de medicamentos, apresentam os seus “efeitos colaterais.” Precipitando o aluno em diagnósticos apressados, baseados numa clínica de aparências, tendem a favorecer uma medicalização precoce e ansiosa,

levando à introdução prematura do uso de psicofármacos, antes mesmo que se elabore um diagnóstico mais preciso e criterioso, no caso a caso.

Não é raro acreditar-se que o paciente encaminhado para um especialista (no caso, o Psiquiatra) seria devidamente atendido do ponto de vista psicoterápico, o que, de modo geral, infelizmente não acontece. O médico de origem se coloca como um mero espectador, triagista ou encaminhador, perdendo a oportunidade de continuar o atendimento do seu paciente. Brown e Zinberg (1982) propõem:

“Embora nem sempre viável, interconsulta psiquiátrica fora do setting tradicional, estendida aos ambulatorios, pode fazer uma ponte neste fosso entre as práticas médicas e psicológicas e evitar a abordagem obviamente inapropriada e inchada de encaminhar todo paciente com um problema psicológico.” (BROWN, 1982, p. 1580)

Esta falta de continuidade no atendimento do paciente, em termos de Saúde Mental, dá ensejo à falsa impressão de que os medicamentos, que agem apenas como sintomáticos, seriam o único recurso para abordagem dos problemas dos pacientes.

De passagem, pode-se lembrar que o emprego abusivo dos psicofármacos só atende aos interesses da indústria farmacêutica, sem contribuir em nada para a formação do médico, em termos de uma compreensão global da complexidade dos fenômenos que concorrem para a instalação de quadros psíquicos ditos "patológicos." O curso médico, introjetando as diretrizes ideológicas das próprias classificações dos modernos Manuais Estatísticos de Diagnóstico, parecem estar se esquecendo do aforisma hipocrático que dizia que “antes de se conhecer a doença, é necessário se conhecer o doente”.

3.14 A atuação médica em Saúde Mental

3.14.1 A divisão do médico

Retomando o tema do item 1.1.9, pode-se descrever resumidamente a situação da medicina contemporânea em sua atuação na área de saúde mental como se segue. Dispõe-se, por um lado, de critérios diagnósticos quantitativos baseados em avaliações de desempenho social dos pacientes constituindo os parâmetros de “normalidade” e, por outro, de um robusto arsenal terapêutico que, se não cura (porque não se conhece a etiologia), pelo menos “trata”, ou seja, controla os sintomas inadequados ao convívio social.

Rossmann (1990) cita Wegehaupt (1981):

“Em resumo, existem dois padrões de comportamento e atitude que são essencialmente conflitantes. Por um lado, o assunto não é tomado seriamente e os conteúdos das aulas são vistos com distância crítica e ceticismo. Alunos com esta atitude são notados na aula por seu silêncio; eles recusam a aprendizagem do comportamento médico-psicológico e estão mais interessados em remédios psicológicos rápidos e perfeitos. Por outro lado, o tema é idealizado e exagerado com expectativas mágicas.” (ROSSMANITH, 1990)

Assim, como se pode confirmar nos resultados desta pesquisa, percebe-se a divisão e a angústia do médico:

- Com relação ao diagnóstico, ele se encontra dividido entre o “viés semiológico”, que tem por objetivo afastar uma doença orgânica, e sua sensação de incapacidade ao esquadrihar a multifacetária proposta do Biopsicossocial. Preso nessa angústia da impossibilidade propedêutica e reconhecendo a insuficiência do conhecimento da etiologia, ele recorre às classificações estatísticas estandarizadas que reduzem o sujeito a seu comportamento funcional, fugindo ao enigma da singularidade do caso.

- Com relação ao tratamento, ele se encontra novamente dividido entre tratar uma doença ou o doente. Assim, ele se refugia na prescrição do psicofármaco, por um lado, e por outro emprega aleatória e empiricamente (despreparado para isso) técnicas que se pretendem psicoterápicas ou encaminha o paciente, delegando a responsabilidade do acompanhamento do paciente.

Nesta posição, ele se vê refém - à mercê do sintoma e do medicamento - , sem um parâmetro definido no qual se basear, que norteie as indicações terapêuticas. Em várias situações, perdido e confuso, ele fica sem saber o que na realidade está tratando: se uma queixa psíquica, um sintoma orgânico ou até mesmo os próprios efeitos colaterais dos medicamentos.

3.14.2 O lugar do antidepressivo na prática médica

Entretanto, se os psicofármacos são úteis e necessários, devem ser usados com critério. Antes de se empregar um psicofármaco, é preciso saber indicá-lo. A cautela necessária para essa indicação foi evidenciada pelo reconhecimento oficial pelo Food and Drug Administration (F.D.A.) a partir de 2004 de que os antidepressivos podem induzir suicídio em pacientes de “risco”, e de pacientes “predispostos”, como relatos feitos por Cipriani et al (2005) e Leslie et al (2005).

Segundo estes autores, os *grupos de “risco” para o uso de antidepressivos* sempre foram classicamente considerados:

- a) Crianças e adolescentes, porque nessas faixas etárias os critérios diagnósticos para quadros depressivos não são típicos;
- b) Pacientes com quadros depressivos maiores na fase inicial do uso dos antidepressivos, pois estariam no período de latência para o início do efeito;
- c) Pacientes bipolares, especialmente os do tipo III, que seriam susceptíveis de viragem maníaca induzida pelos antidepressivos; e
- d) Pacientes psicóticos.

Pode-se observar que nos grupos de risco b, c e d os critérios diagnósticos só poderão ser preenchidos num “a posteriori”, pela evolução dos quadros: após a eclosão do quadro típico, do “surto” (“processo” jasperiano) ou das características psicóticas. Talvez daí a preocupação em formular a nova expressão de “predispostos” (“vulnerable patients”). Quais seriam estes pacientes, qual seria esta predisposição ou vulnerabilidade?

A admissão oficial deste risco foi tão relevante que leva a profundas repercussões no nosso atual modo de pensar a Psiquiatria. Finalmente, após várias décadas de uso indiscriminado, o F.D.A. veio a reconhecer que os antidepressivos podem induzir ao suicídio em grupos tais como crianças e adolescentes e em pacientes “predispostos.” Infelizmente, nestas publicações não foi determinado ou não ficou especificado claramente quais seriam esses chamados pacientes “predispostos”, deixando-se em aberto a questão – o que, à luz do paradigma das neurociências, induz à conclusão de que seria uma “predisposição” ou suscetibilidade genética, de difícil aplicação à prática clínica.

Deixa-se a cargo do médico a avaliação do risco de auto-extermínio a que o paciente estaria sujeito. Mais uma vez, deixa-se esta atribuição e responsabilidade por conta e risco da competência do clínico, o que, diga-se de passagem, só é visto com bons olhos pela indústria do erro médico.

Até então, sabia-se que o risco de suicídio era aumentado durante a fase de latência para início do efeito clínico dos antidepressivos, de duas a três semanas, quando o paciente teria melhorado seu estado de ânimo e sua energia vital, sem ter, paralelamente, ainda uma melhora com relação a suas idéias depressivas “deliróides”, ou seja, secundárias ao estado de humor depressivo – este é o fenômeno da “melhora da energia antes da melhora do humor” (AKISKAL et al, 2005).

Note-se que o Food and Drug Administration (FDA) especifica como grupos de risco exatamente a Infância e a Adolescência (CIPRIANI et al, 2005 e LESLIE et al, 2005). Até mesmo nas modernas Classificações Diagnósticas Estatísticas (CID-10 e DSM-IV) os critérios diagnósticos para a categoria nosológica “Episódio Depressivo Maior” na Infância e Adolescência podem ser atípicos, como humor “irritável”, por exemplo.

Deve-se lembrar que a grande maioria das Psicoses Funcionais da Psiquiatria Clássica costumam eclodir exatamente na Adolescência, que é a faixa etária na qual os pródromos da Esquizofrenia se confundem com os Transtornos de Humor, especialmente com as chamadas “Depressões”, levando a sérias dificuldades para seu diagnóstico diferencial.

“Embora a maioria dos estudos relatem uma idade média de início de transtorno bipolar como sendo no final da segunda década ou início da terceira, está claro que este transtorno tem mais probabilidade de começar na adolescência e início da idade adulta.” (GARFINKEL, 1992)

Como o diagnóstico psiquiátrico de certeza só pode ser estabelecido após a eclosão do quadro ou, no caso do Transtorno Bipolar, após a história de episódios de hipomania ou de mania prévios, cujo estabelecimento envolve um amplo diagnóstico diferencial, a imprecisão diagnóstica é um fato clínico extremamente frequente na adolescência. Mesmo nas modernas Classificações o próprio diagnóstico de Esquizofrenia na Adolescência deve ser postergado inicialmente por um período de pelo menos seis meses, durante o qual deve ser rotulado na categoria “Transtorno Esquizofreniforme” – o que denota claramente as dificuldades diagnósticas iniciais.

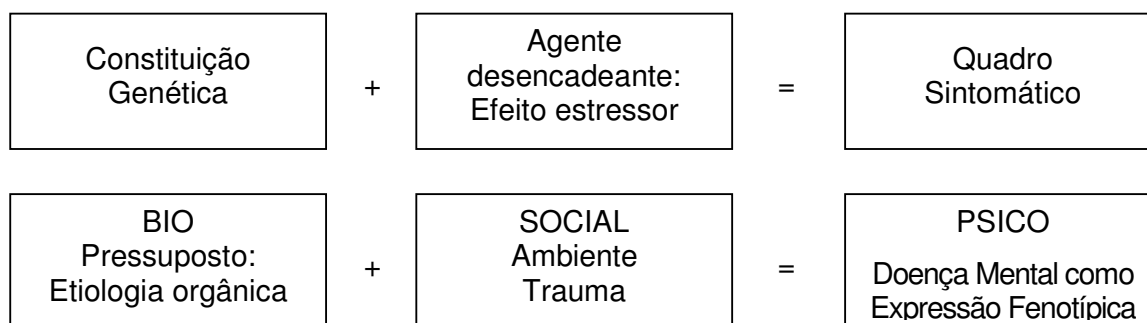
A partir da nova formulação proposta pelo FDA dos intitulados “pacientes predispostos” ao risco aumentado de suicídio, as pesquisas instituídas pelo paradigma biológico passaram a se dirigir então à descoberta de quais seriam esses marcadores biológicos que distinguiriam esses chamados pacientes “predispostos.” As pesquisas atuais tem se dirigido, a partir do Projeto Genoma, a estabelecer qual configuração genética propiciaria uma maior susceptibilidade aos Transtornos do Humor, visto que desde a Psiquiatria Clássica já se sabia da maior prevalência destes Transtornos nos pacientes com História Familiar (CORRÊA e BARRERO, 2006).

3.14.3 A concepção do “Perfil Biopsicossocial”

Como visto no artigo citado de Lopez-Ibor (1999), o antigo conceito de que os pacientes ficam deprimidos por causa das doenças, que ameaçam sua integridade física e o lançam no desamparo, desencadeia a necessidade do médico de aprofundar-se no contexto de vida dos pacientes, o que costumeiramente é feito sob o rótulo do chamado “Perfil Biopsicossocial.”

Esta proposta parte da concepção de que o ser humano é um ser Biológico com uma carga genética constitucional, que no seu confronto com o ambiente – o Social – poderia vir a desencadear um quadro psíquico, como a expressão fenotípica dos gens.

Ao se apreciar a fundamentação teórica do modelo biopsicossocial proposto por George ENGEL (1980) poderíamos esquematizar a eclosão de um sintoma psíquico como a seguinte seqüência:



Dessa forma, considera-se que o contexto momentâneo ou situacional seria responsável ou determinante do seu desencadeamento. Nessa perspectiva, o Perfil biopsicossocial teria por objetivo pesquisar um determinado traço de personalidade (considerado constitucional) e os agentes ou eventos estressores, num corte transversal da vida do sujeito.

3.15 Para quê, então, a Psicologia Médica?

3.15.1 A degradação da Psicanálise

As noções de Psicanálise, incorporadas gradativamente aos currículos de Psicologia médica, tentaram de certa forma fazer um certo contraponto a esta concepção transversal do desencadeamento dos quadros. Entretanto, sob a égide da Psicologia do Ego americana que, por sua vez foi herdeira das contribuições Kleinianas e Anna Freudianas (KAPLAN, 2003, p.246), a chamada “Psicodinâmica” de Gabbard (apud KAPLAN, 2003, p. 772) tentou compatibilizar estas concepções desenvolvimentistas do Ego – denominadas estágios psicosssexuais – para se coadunarem com a idéia de uma evolução e amadurecimento da personalidade segundo um estadiamento psicosssexual que seria correlato do desenvolvimento neuro-cognitivo-comportamental.

Foram incorporados canhestramente ao jargão psiquiátrico termos técnicos psicodinâmicos tais como: “complexo de Édipo mal-resolvido”, “regressões” e “fixações” em etapas anteriores do desenvolvimento, com a utilização sistematizante dos “Mecanismos de defesa do Ego” propostos por Anna Freud.

Assim, a concepção transversal do Perfil bio-psico-social foi aperfeiçoada pela concepção desenvolvimentista, com o advento de propostas para a colheita da história de vida do paciente, como a da chamada “Anamnese Biográfica” (CALDEIRA e MARTINS, 2001, p. 113). Em que pese a relevância e o mérito desse esforço de conjugar a teoria psicanalítica com a Anamnese tradicional, a conotação “biográfica” remete à concepção desenvolvimentista que tende a se ater ao tempo cronológico, estabelecendo uma “cronologização” dos fatos atrelados a uma pressuposta realidade consistente, que ignora o “*tempo lógico*” do inconsciente e sua ressignificação no “a posteriori”. (LACAN, 1998, p. 197-213).

No âmbito desse paradigma desenvolvimentista chegou a florescer nos meios acadêmicos, como artifício didático para o ensino dos conceitos freudianos de Consciente e Inconsciente, tendo se difundido entre os alunos, uma analogia grosseira com os conceitos extraídos da informática de “Software” e “Hardware.”

Vejamos como os autores se pronunciam:

“Tomando o computador como uma analogia, podemos entender o dito lacaniano de que “o simbólico pré-existe” pensando que este enunciado pode ser comparável ao software windows de um microcomputador, que é o programa de uma ambiente prévio, necessário ao funcionamento de outros programas, tais como o word, o excel, o power-point, o corel, etc. De início há o hardware, o corpo bruto e material do computador, com suas placas, espécies de matrizes capazes

de receberem inscrições, e o software windows ou o programa prévio, possibilitador de que os outros programas possam ser instalados num arquivo de memória. Estes são elementos capacitadores e possibilitadores `espera de imagens e de palavras que sejam digitadas e registradas, produzindo um texto. É assim que se forma o campo do imaginário – efeito de imagens – e o campo do simbólico – efeito de palavras.” (CHAVES, in: CALDEIRA e MARTINS, 2001. p.27)

E acrescentam, mais adiante: “Pode-se dizer que o resultado de toda essa operação da origem mítica do ser humano engendra uma matriz simbólica, comparável a uma espécie de ambiente windows de um computador, onde ficarão registrados o que é da ordem do real (pulsão), o que é da ordem do imaginário (imagem) e o que é da ordem do simbólico (palavra). Uma vez registrados, inscritos, nessa matriz original, contituirão a estrutura de funcionamento do ser humano.” (CHAVES, in: CALDEIRA e MARTINS, 2001, p.42)

Esta rudimentar analogia até se poderia fazê-la, muito forçadamente, à teoria da “Bejahung” de Freud, construída por ele em seu artigo “A Denegação”, em que o sujeito neurótico teria inscrito, no juízo de atribuição, esse primeiro tempo de afirmação (“Behajung”). Valas (1990) diz claramente:

“A forclusão (Verwerfung) incide sobre este primeiro tempo, no qual a realidade é rejeitada, foracluída (Verworfen), de sorte que o sujeito, não dispondo se sua representação sob forma de traços no inconsciente, não pode recuperá-la em seu novo encontro com ela.” (VALAS, 1990, p.94).

Ou seja, diversos autores da área da psicossomática desconhecem as diferenças entre as estruturas clínicas Neurose, Psicose e Perversão, tratando a todos os seres humanos como iguais na constituição do sujeito psíquico, como se fora uma mera questão de desenvolvimento libidinal.

Além disso, desconhece-se sistematicamente a diferença entre os conceitos de “Nível neurológico de Consciência” e o conceito qualitativo derivado da fenomenologia jasperiana de “Consciência do eu”, confundindo-se totalmente. Essa confusão talvez pudesse ser evitada com o aprimoramento da formação teórica dos psiquiatras, nas áreas da Neurologia e da Fenomenologia.

Estas noções toscas e reducionistas, numa violenta deturpação e degradação da psicanálise, além da pretendida simplificação teórica, oferecem a disposição de se adequar aos mecanismos das neurociências adotados pelas Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCCs).

Posicionadas apenas sob o enfoque psicoterápico, estas concepções ficaram desmembradas do ofício médico para servir às conseqüências inevitáveis: como os médicos não são preparados para este tipo de atendimento, que não é realmente da sua alçada, eles se sentem aliviados ao encaminhar o paciente.

Não é raro que este encaminhamento seja feito quase que às escuras do ponto-de-vista diagnóstico, como uma forma do médico amortecer a angústia de sua

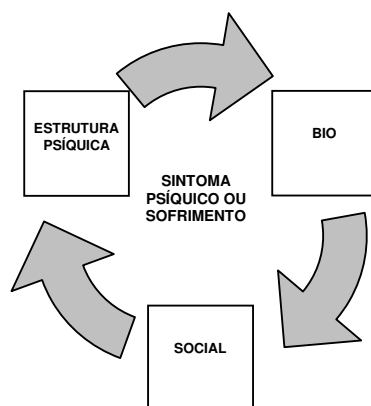
impotência e de sua ignorância. O papel do médico, nesse paradigma que é encampado pela medicina de massas do Sistema de Saúde, não raramente passa a se reduzir a prescrever psicofármacos e encaminhar para uma psicoterapia, se possível.

Este é o panorama que se descortina ao ver o desamparo do médico ao fazer os atendimentos em saúde mental, o que certamente deve contribuir para os “Estresses específicos do médico” citados no início deste texto. Por tudo isso, surgiu a questão: se o médico não vê vinculação entre os conceitos da psicanálise e as propostas terapêuticas, se sentindo despreparado e impotente para fazer qualquer coisa além de prescrever e encaminhar, para quê então estudar Psicologia Médica?

Em suma, o risco dessas concepções reducionistas e degradadas da psicanálise serem veiculadas no ensino de Psicologia Médica no currículo impede por si mesmo que sejam totalmente integradas à concepção da prática médica. Assim, o ensino da Psicologia Médica, no relato de diversos alunos, tem contribuído pouco para a clínica nos moldes atuais.

3.15.2 A introdução do sujeito psíquico na relação médico-paciente: uma relação “médico-sujeito”

Acreditamos que poder-se-ia contribuir partindo de uma outra concepção, tal como foi formulada pela psicanálise lacaniana, para introduzir uma nova possibilidade de se aproximar de uma concepção do *sintoma* psíquico.



Essa concepção autoriza a esquematizar o surgimento do sofrimento psíquico da seguinte forma:

Pode-se incluir o *sujeito* psíquico como uma dimensão que interfere, como uma variável, na expressão sintomática de quadros fenomenologicamente indistinguíveis entre si. Nesta concepção, os sujeitos não se diferenciam apenas

pela carga genética, mas também por uma Estrutura psíquica que os leva a reagir de maneiras diferenciadas frente ao meio.

Num raciocínio elementar, os pacientes, mesmo se considerando “reações” ao desencadeamento de doenças em seus organismos, não são homogêneos, uniformes; não são previsíveis, padronizados, estereotipados, até do ponto-de-vista cognitivo-comportamental.

Mesmo nas populações submetidas a eventos estressores ou agentes desencadeantes compartilhados, observa-se na clínica que os esforços psicoterápicos pós-eventos apresentam resultados incertos – tome-se como exemplo as categorias “Transtornos de Stress” Agudo e Pós-Traumático. Apesar de os mesmos fatos ou eventos terem sido aparentemente compartilhados, as representações, os significados e os sentidos dados pelos diferentes sujeitos são absolutamente particulares, de cada um.

Mesmo em se tratando de pacientes com estruturas psíquicas semelhantes com relação ao modo de funcionamento de seu aparelho psíquico, pode-se encontrar variações infinitas de possibilidades, cujo repertório obviamente nunca poderá ser esgotado em codificações e quantificações das aparências que pretenderiam medir, pela clínica do olhar, um “comportamento” funcional ou disfuncional, em função de um julgamento subjetivo do examinador.

Hipócrates, em seu juramento, já se referia à “arte de curar”, o que não implica a restituição à integridade. Na sua época, poder-se-ia dizer, não existia ainda a “ciência de curar”, tal como a Ciência moderna pretende. Apesar de todos os avanços, pode-se perguntar se a medicina contemporânea se resumiria a isso: o médico só poderia exercer o seu ofício se ele pudesse “extirpar” uma “doença” e, caso contrário, isso fugiria ao âmbito do cuidado médico? Brown e Zinberg (1982) pensam que não, que os valores influenciam a seleção das abordagens – que há diferenças entre os clínicos, mas que as diferenças são somente em graus, o que foi amplamente corroborado pelos resultados desta pesquisa.

3.15.3 Aplicações práticas quanto ao ensino em Saúde Mental

Métodos e técnicas de ensino para a transmissão da nobre profissão e da difícil arte do exercício da Medicina no campo da Saúde Mental têm sido pouco estudados – vide a revisão feita sobre o ensino da Psicologia Médica – seja devido à alta especificidade dos conteúdos das matérias e das disciplinas, seja devido à alta

complexidade dos casos clínicos. Estes necessitam ser abordados por um profissional que seja cada vez mais qualificado - um generalista polivalente. Este deve, ao mesmo tempo, ser capaz de perceber o grau de profundidade exigido pelo caso, dentro das diversas dimensões do conhecimento necessárias para uma abordagem holística biopsicossocial, e ser capaz de uma reflexão sobre os fundamentos éticos e ideológicos que permeiam as nossas decisões, inseridas na realidade histórica atual da nossa sociedade.

A par do fato de a Medicina ter apresentado inegáveis e profundas evoluções - por que não dizer, mesmo, verdadeiras "revoluções" - em seu arsenal propedêutico, tecnológico, terapêutico e farmacoterápico, parece não ter havido ainda tempo suficiente para que todo esse progresso fosse acompanhado de uma reflexão correlata ao ensino da Saúde Mental, especialmente quando se verifica a escassez da literatura atual no que se refere às repercussões desse progresso na área da Psicologia Médica.

3.15.4 Questionamentos ao ensino médico na UFMG

A Faculdade de Medicina da UFMG passa atualmente por um processo de revisão curricular, promovido pelo Colegiado de Ensino do curso médico, através do Projeto "Recriar." Nas discussões e Seminários promovidos, pode-se ouvir depoimentos, observar e sentir as angústias relacionadas aos temas "perda da nossa identidade", assim como sobre o "aviltamento da nossa profissão."

3.15.5 A falta de nexos no currículo

No atual currículo, as disciplinas da área de Saúde Mental se dividem entre "Psicologia Médica" e "Psiquiatria", sem o estabelecimento de nexos entre os dois campos. O aluno é introduzido precocemente nos modernos Manuais Estatísticos de Classificação Diagnóstica em Psiquiatria com uma visão imediatista e reducionista, baseada na fenomenologia dos sintomas e das aparências, o que o leva a preferir refugiar-se nessa clínica da "doença", visto que é incomparavelmente mais fácil simplesmente "medicar", ou seja, dar o "remédio" que pretensamente aliviaria o sofrimento.

Tem havido historicamente uma confusão entre o que deveria ser o ensino de Saúde Mental para os médicos clínicos generalistas e o ensino da Psiquiatria enquanto especialidade médica. Parece haver até mesmo um desconhecimento

teórico, entre os próprios psiquiatras, do que consistiria a diferença entre os conceitos de “Nível de Consciência” do ponto de vista neurológico e o de “Consciência do Eu” fenomenológico, elaborado por Jaspers (1987), como foi visto no tópico 3.15.1 - A degradação da psicanálise.

Talvez esta possa ser a explicação do fato no mínimo curioso de que, no currículo atual, a Semiologia Psiquiátrica seja ensinada no quinto período (na disciplina Semiologia e Nosologia Psiquiátrica), antes da Semiologia Neurológica, que é dada no sexto período. Como o diagnóstico psiquiátrico é de exclusão, este dado parece constituir um contrasenso, que reflete as tendências biologicizantes e tecnicistas desse paradigma.

No atual currículo da Faculdade de Medicina da UFMG o que se vê é um fosso entre: por um lado, o ensino da “Psicologia Médica” e, por outro, o ensino da “Psiquiatria Clínica.” Em nenhum momento estão contempladas, pelo menos na prática, as competências (cognitivas, habilidades e atitudes) necessárias para um clínico se capacitar a fazer uma abordagem, um diagnóstico precoce e um acompanhamento de pacientes portadores de sofrimento mental, ou mesmo de problemas emocionais mais simples, que são tão freqüentes na prática clínica diária.

3.15.6 Em que consistiria uma capacitação para o atendimento em Saúde Mental?

Pudemos ouvir, dos alunos e de vários colegas professores, queixas sobre as dificuldades de abordagem dos pacientes portadores de sofrimento mental, assim como sobre a insuficiente formação acadêmica nesta área do conhecimento, o que os leva a se sentirem relativamente inseguros para a condução dos casos, por se sentirem despreparados para este tipo de atendimento.

Quanto aos conceitos e definições relativos ao quê consistiria uma capacitação teórica e prática para o atendimento desses pacientes - o que deveria ser atingido pelo curso médico - persistem as dúvidas e incertezas. Os alunos reclamam insistentemente que as disciplinas são todas teóricas e durante todo o curso não tem oportunidade de ver sequer um paciente psiquiátrico sob a supervisão direta de um professor da Saúde Mental.

Pode-se observar que os alunos, na realidade, entram em contato com esse tipo de pacientes, porém não sob o enfoque prático da entrevista diagnóstica em Saúde Mental, da Semiologia Psiquiátrica e das especificidades da colheita da

História nesses pacientes. Os pacientes são atendidos por outras especialidades, seja a nível de Atenção Primária (ambulatorial) ou Secundária (hospitalar), sem uma abordagem específica e com uma condução muitas vezes errática e desconexa.

3.16 Suposições preliminares

3.16.1 *Imaginando hipóteses*

Antes de iniciar a pesquisa, tinha-se apenas suposições, baseadas em pressupostos teóricos e experiência docente. Não se tinha idéia do peso relativo de cada uma dos fatores que a cada vez eram alegados, para tentar justificar as dificuldades encontradas no ensino. Os diversos fatores eram interconectados entre si? Quais eram as raízes principais? Pode-se observar que a escuta de um paciente, em seu sofrimento, é uma tarefa difícil para o médico. A proposta da pesquisa então, foi a de escutar em primeiro lugar o aluno de medicina, em suas dificuldades e – por que não dizer – em seu sofrimento.

3.16.2 *A experiência de ensino com o Adolescente*

Na condição de professora do módulo “Saúde Mental do Adolescente”, na Disciplina optativa “Saúde do Adolescente”, atuando em equipe interdisciplinar, tivemos oportunidade de adquirir vasta experiência no ensino deste tipo de diagnóstico precoce. A adolescência é vítima dos mais variados quadros psiquiátricos, inclusive das grandes psicoses funcionais que começam a manifestar seus pródromos exatamente nesta faixa etária. Esta idade crítica suscita os maiores impasses diagnósticos em Psiquiatria, visto que é nela que eclodem os quadros mais graves de psicoses (como os pródromos das Esquizofrenias) e na qual os riscos da clínica são maiores devido à impulsividade do Adolescente.

Para o estabelecimento de diagnósticos diferenciais o mais precocemente possível, exercitamos delicada e laboriosamente com os jovens alunos a colheita da História de Vida e Anamnese Psiquiátrica desses jovens pacientes. Vivenciamos conjuntamente com os alunos a experiência do ensino-aprendizagem, e foi neste campo que sentimos as dificuldades e os impasses da transmissão deste tipo de conhecimento, tão delicado e sutil porque tão individualizado.

3.17 Uma nova proposta em outra concepção: a Escuta Diagnóstica

3.17.1 A escuta do sujeito psíquico visando o diagnóstico precoce de Estrutura Clínica

Além da Metodologia de Pesquisa Clínico-Qualitativa de Turato (2003), o marco teórico referencial da Ação ou intervenção propriamente dita é a chamada “Primeira Clínica” de Jacques Lacan, que norteia o diagnóstico das “Estruturas Clínicas”: Neurose, Psicose e Perversão. (MAZZUCA; SCHEJTMAN; ZLOTNIK, 2000, p. 5-24, 61-85)

3.17.2 Conexão com a teoria dos discursos em Lacan

Essa busca de “sentidos escondidos”, “significações profundas” e “mensagens obscuras” naquela perspectiva foi centrada apenas nos conteúdos manifestos (conscientes) da comunicação. A partir da clássica sentença de identificação do processo de comunicação: “quem diz o quê, para quem, com qual efeito”, podemos vislumbrar a possibilidade de uma interlocução com a psicanálise, em especial a de Jacques Lacan, através da sua teoria dos discursos (LACAN, Sem. 17, 1992, p. 86-87 e 161).

Ferreira (2000) cita Clavreul (1983):

“Clavreul (1983) analisando a relação médico-paciente afirma que esta relação não existe e é praticamente impossível. Na atualidade o que existe é a relação instituição-doença. Para este autor a relação médico-paciente baseia-se na autoridade do médico, faz parte da ordem médica, portadora do discurso da ciência. Nesta relação o médico ocupa o lugar do mestre: frente ao discurso da ciência a subjetividade não conta, nem tem espaço para se manifestar. A posição deste autor embora com evidente exagero nas cores, deve servir de alerta à tendência impessoal da medicina moderna.” (FERREIRA, 2000, p.126).

Considero fundamental essa referência ao Clavreul, do qual recolherei outras citações textuais as quais serão trabalhadas.

A propósito da observação semiológica:

“Convirá que sua “observação” (isto é, seu texto que consigna o que foi observado) recolha tudo o que é enunciável nos termos do discurso médico e também, bem entendido, que ele afaste tudo o que não é enunciável nesse discurso. Sua habilidade para manter esse discurso será julgada tanto em função do que tenha afastado quanto do que tenha sabido reter. Mas, ele nem mesmo falará do que terá rejeitado.” (CLAVREUL, 1983, p.82)

Sobre a ética e a exclusão do desejo:

“Substituindo sua ordem à do desejo, a medicina se faz moralizadora” (à p. 108), e: “Se se deixa aberta a brecha ao desejo, não é o próprio julgamento que se encontrará alterado?” e continua, citando o mestre do Direito positivista KELSEN:

“Enquanto função do conhecimento, um julgamento deve ser sempre objetivo, isto é, deve ser colocado sem relação com o que pode desejar o sujeito que o coloca.” (KELSEN *apud* CLAVREUL, 1983, p.109)

Mais adiante, Clavreul aponta uma contradição:

“A impotência da medicina, quase total até este século, mascarou o fato de que o homem do qual se ocupa não é o que ele é (mais ou menos doente ou enfermo), mas o homem tal como deve ser (o *sollen* de Kelsen). *Mens sana in corpore sano*. O médico não se ocupa do doente senão na medida em que é, ele próprio, portador deste ideal, deste *sollen*. Caso contrário, ele não é da sua jurisdição porque ele não é “razoável.” Ele é da alçada do psiquiatra.” (CLAVREUL, 1983, p.225)

Assim, vê-se que já em Clavreul ele admite que o homem que é considerado “da alçada do psiquiatra” não é um homem “razoável.” Se a medicina contemporânea, ao prescrever psicofármacos, já está incluindo como objeto da atenção médica o paciente portador de sofrimento mental, então ela precisa admitir também que está atendendo o homem “não razoável”, e portanto não é possível se ater às regras do positivismo científico. A medicina, desde Hipócrates, não é só uma ciência, ela é uma arte: “a arte de curar.”

Clavreul termina o seu livro deixando-nos em um impasse:

“A ciência nos deixa sem escapatória: ter de dizer sobre o desejo o que dele ela nos subtrai fornecendo uma morte tecnicamente controlada, num universo em que a caridade samaritana não exclui o farisaísmo da boa alma.” (CLAVREUL, 1983, p.274)

3.17.3 Conceito de “Sujeito”

Segundo Miller (1997): “Que é o sujeito? É essa caixa vazia, o lugar vazio onde se inscrevem as modalizações, que encarna o lugar de sua própria ignorância, e também o fato de que a modalidade fundamental que deve surgir, através de todas

as variações, é a seguinte: “Eu, o paciente, não sei o que digo.” (MILLER, 1997, p.247)

3.17.4 Diferença entre os conceitos: “Percepção da posição subjetiva do paciente” e “Retificação Subjetiva”

Esta questão é de absoluta sutileza, e absolutamente fundamental para se distinguir o lugar e a posição ética do médico: o que ele pode ou não pode, o que ele deve ou não deve fazer.

Se ao médico cabe ser capaz de perceber que o paciente ocupa uma posição subjetiva, isso significa admitir que neste sujeito existe um desejo inconsciente que, portanto, é desconhecido por ambos. Entretanto, isso não significa que ao médico caiba saber qual é essa posição que o paciente ocupa naquele momento em especial.

Segundo Miller, um analista deve fazer com que um sujeito “perceba que ele toma diferentes posições modalizadas para com seu dito.” (MILLER, 1997, p. 230)

Um médico não precisa, não é necessário que se torne um analista. A proposta é de que o médico seja capaz de perceber que o paciente ocupa uma determinada posição subjetiva e esta posição, determinada pela estrutura, é que vai lhe mostrar o lugar que ocupa na Transferência do paciente.

Não é necessário que ele comunique isto ao paciente, ou faça uma **Retificação Subjetiva** (LACAN, 1998, p. 591-652) com o intuito de que o paciente também perceba. Este lugar do sujeito na Transferência vai depender de como for o mecanismo de funcionamento de seu aparelho psíquico, dentro de sua Estrutura – é isso que vai permitir ao médico perceber o lugar em que é colocado pelo paciente, sob o viés da Transferência deste.

3.17.5 Estruturas Clínicas e Escuta Diagnóstica

3.17.5.1 O diagnóstico das Estruturas Clínicas

A investigação diagnóstica na psicanálise lacaniana se distingue daquela da Psiquiatria, por não se apoiar nos sinais fenomenológicos da apresentação e condutas do paciente, evidenciados pela clínica do olhar. Nesta, a observação do examinador pode levar a um viés no diagnóstico. A empatia proposta pela Fenomenologia para o “compreender” jasperiano pode levar a uma identificação imaginária, o que comprometeria a imparcialidade para o julgamento no diagnóstico.

Na clínica com o paciente naturalmente ocorre empatia, porém há que se tomar cuidado para evitar essa identificação imaginária, que é intensificada pelo “furor curandi” descrito por Freud.

MILLER (1997), citando Lacan, nos fala: “Lacan dizia que só a histeria é um tipo clínico fundado no discurso analítico; os demais vêm da psiquiatria, e é preciso haver um esforço de formalização de nossa parte.” (MILLER, 1997, p.232)

E ainda, logo à frente no mesmo texto:

“Aludir à ignorância pura provocou risos. A ignorância tem função operativa na experiência analítica e não podemos desfavorece-la. Trata-se, porém, da ignorância douda, de alguém que sabe das coisas, mas que, voluntariamente, apaga até certo ponto seu saber para dar lugar ao novo que ocorrerá. Eis uma diferença muito importante para distinguir a posição do analista antes e depois do limiar da análise, antes e depois da fronteira do discurso analítico. A função operativa da ignorância é a mesma da transferência, a mesma da constituição do sujeito-suposto-saber.

A partir de tal posição o analista pode fazer entender que não sabe com antecedência o que o paciente quer dizer e até supõe que ele quer dizer outra coisa, pois a suposição de saber não se vincula ao saber constituído – mas o vínculo é com a suposta ignorância.” (MILLER, 1997, p. 232)

Assim, pode-se ver que a histeria é o único tipo clínico fundado no discurso analítico. Será isso pouco, para o que a psicanálise tem a oferecer em termos de diagnóstico? Não, não é pouco, já que é absolutamente fundamental a realização deste diagnóstico diferencial desde as entrevistas preliminares, para se instituir uma conduta e uma direção de tratamento.

Como é feita essa hipótese diagnóstica de histeria na clínica?

Não raro, as dúvidas aparecem quando se percebe que o sujeito demanda alguma coisa ao Outro. Estará ele demandando algo ao Grande Outro barrado? O que ele está demandando? Toda demanda é demanda de amor, de reconhecimento. O psicótico também pode fazer um “apelo”. Qual seria a diferença entre o “apelo” do psicótico e a do neurótico?

Seguem-se aqui as citações em Lacan sobre as operações lógicas em torno do enigma do desejo do Outro:

“Duas faltas aqui se recobrem. Uma é da alçada do defeito central em torno do qual gira a dialética do advento do sujeito a seu próprio ser em relação ao Outro – pelo fato de que o sujeito depende do significante e de que o significante está primeiro no campo do Outro. Esta falta vem retomar a outra, que é a falta real, anterior, a situar no advento do vivo, quer dizer, na reprodução sexuada. A falta real é o que o vivo perde, de sua parte de vivo, ao se reproduzir pela via sexuada. Esta falta é real, porque ela se reporta a algo de real que é o que o vivo, por ser sujeito ao sexo, caiu sob o golpe da morte individual.” (LACAN, 1985 - Sem. 11, p. 195)

“Uma falta é, pelo sujeito, encontrada no Outro, na intimação mesma que lhe faz o Outro por seu discurso. Nos intervalos do discurso do Outro, surge na experiência da criança o seguinte, que é radicalmente destacável – ele me diz isso, mas o que é que ele quer?”

Nesse intervalo cortando os significantes, que faz parte da estrutura mesma do significante, está a morada do que, em outros registros de meu desenvolvimento, chamei de metonímia. É de lá que se inclina, é lá que desliza, é lá que foge, como um furão, o que chamamos desejo. O desejo do Outro é apreendido pelo sujeito naquilo que não cola, nas faltas do discurso do Outro, e todos os porquês? da criança testemunham menos de uma avidez da razão das coisas, do que constituem uma colocação em prova do adulto, um por quê será que você me diz isso? Sempre re-suscitado de seu fundo, que é o enigma do desejo do adulto.

Ora, para responder a essa pega, tal como Gribouille, o sujeito traz a resposta da falta antecedente de seu próprio desaparecimento, que ele vem aqui situar no ponto da falta percebida no Outro. O primeiro objeto que ele propõe a esse desejo parental cujo objeto é desconhecido, é sua própria perda – Pode ele me perder? A fantasia de sua morte, de seu desaparecimento, é o primeiro objeto que o sujeito tem a por em jogo nessa dialética, e ele o põe, com efeito – sabemos disso por mil fatos, ainda que fosse pela anorexia mental. Sabemos também que a fantasia de sua morte é brandida comumente pela criança em sua relação de amor com seus pais.

Uma falta recobre a outra. Daí, a dialética dos objetos do desejo, no que ela faça junção do desejo do sujeito com o desejo do Outro – há muito tempo que eu lhes disse que era a mesma coisa – essa dialética passa pelo seguinte: que aí ele não é respondido diretamente.” (LACAN, 1985 - Sem. 11, p.203)

Como o psicótico parte de uma crença delirante – que é uma versão de certeza – sobre o que ele representa para o outro semelhante, em sua versão imaginária ou especular, ele não tem a dúvida sobre o enigma do desejo. Ele não tem necessidade de formular a pergunta do “por quê” o outro me ama, ou não. “O quê que há em mim, para o outro me amar, ou não?”

Seria como se o psicótico “projetasse” toda a responsabilidade nesse outro, que é para ele pleno, ou seja, não é barrado, dividido, faltoso e por isso desejante. Ele não se interroga acerca do que ele “seja” – em seu “ser” – para o desejo do Outro. O psicótico, assim, não se responsabiliza por essa escolha, não se incluindo subjetivamente.

Se na neurose o que se encontra é um “desejo de desejo”, o neurótico estabelece uma relação transferencial que passa, mais além de uma demanda de amor, por uma demanda de saber: quem ele é, relativa a essa demanda de amor, para o desejo do Outro. As perguntas que ele formula poderiam ser tais como: “O que eu tenho, para que o Outro me deseje (significação fálica)? Qual é o meu valor, para ser amado pelo Outro? O que posso fazer para que o Outro me ame? Se o Outro não me ama, o que eu fiz de errado, do quê sou culpado? Se sou culpado, a que tenho direito?”

Esse é o drama do acusado, que se vê desenrolar no romance Kafkiano “O Processo” (para citarmos a literatura como um caso clínico). O sujeito neurótico necessita do reconhecimento do Outro estruturalmente, como um imperativo categórico, uma exigência imperiosa, de tamponar sua falta-a-ser , que é da ordem do insuportável do Real. Por isso ele se sustenta na sua fantasia e no seu sintoma, na esperança de sustentar esse Outro que possa lhe dar essa resposta.

Nesse drama existencial, o neurótico se debate em conflito consigo mesmo, construindo a versão de uma fantasia fundada num sentimento de culpa inconsciente, recalcado porque insuportável e, na versão edipiana, incestuoso. Mas nisso ele goza com o sofrimento do seu sintoma, até a morte, como na última frase do livro do Kafka: “era como se a vergonha fosse sobrevivê-lo”.

3.17.5.2 As três estruturas: Neurose, Psicose, Perversão

Freud formulou três termos para definir as diferenças entre as estruturas: a “Verneinung” (denegação) na Neurose, a “Verwerfung” (foraclusão) na Psicose, e a “Verleugnung” (desmentido) na Perversão.

Na Neurose (FREUD, A Negativa. 1925) se constitui “um juízo de atribuição pelo qual se constitui o eu-prazer (Lust-Ich), onde a afirmação (Behajung) no eu se opõe à expulsão (Ausstossung) para fora do eu. A foraclusão (Verwerfung) incide sobre este primeiro tempo no qual a realidade é rejeitada, foracluída , de sorte que o sujeito, não dispondo de sua representação sob forma de traços no inconsciente, não pode recupera-la em seu novo encontro com ela. Para Freud, com efeito, todas as representações provem de percepções das quais são repetições e, a o mesmo tempo, graças à reprodução na representação, uma coisa, uma vez que tenha sido percebida, pode ser reencontrada na realidade pelo sujeito – o que é impossível no caso da foraclusão.” (VALAS, 1990, p.94)

Na perversão, há recalque da castração materna, que é desmentida. O desmentido da castração determina sua postura por identificação com a mãe fálica. “Com efeito, trata-se ali, para ele, de demonstrar, nessa atitude dividida entre o desmentido da castração e seu reconhecimento, que o sujeito não deixa de ser marcado pelo selo da castração.” (VALAS, 1990. p.113). Para François LEGUIL (apud CASTANET, 1999), “a inconsistência do Outro o perverso desmente, a fim de provar que esta seria uma incompletude que ele poderá compensar”. (CASTANET, 1999, prefácio).

3.17.5.3 A escuta diagnóstica

Assim, a proposta da Escuta Diagnóstica se fundamenta na posição analítica de um “não-saber”, ou do “mal-entendido fundamental” da linguagem, em que o entrevistador vai procurar descobrir qual é a “posição subjetiva” do paciente, ou seja, para que dessa forma este possa sair do lugar de “paciente” e passe a ser escutado enquanto “sujeito”.

Caso sejam encontrados, através do romance familiar, sinais inequívocos de uma versão edipiana da fantasia, em que o sujeito demanda ao Outro um saber sobre as razões do desejo desse Outro, tem-se a segurança de se tratar de uma neurose.

Caso estes sinais não sejam encontrados, isso pode significar ou que a investigação ainda não foi suficiente, ou que há de se suspeitar da possibilidade de uma estrutura diferente: ou psicose, ou perversão.. Esta escuta, orientada dessa forma a partir de um não saber prévio, é que vai permitir a formulação de uma hipótese diagnóstica precoce acerca da estrutura do sujeito em questão.

3.17.6. Diferença entre a Escuta Diagnóstica e a Apresentação de Pacientes de Lacan

Bernard Nominé, em suas conferências belorizontinas de 1997, apresenta suas “Proposições sobre a apresentação de pacientes” (NOMINÉ, 1997, p. 93-107). Nelas, ele destaca o engano do sujeito suposto saber:

“Na apresentação de pacientes, é do lado do paciente que se produz o saber que ensina. Jacques-Alain Miller havia encontrado em 1976 uma fórmula muito interessante: **“O ensino dos pacientes na apresentação de Lacan, é assim que se deve dizer...”** (NOMINÉ, 1997, p.102)

E discute os benefícios que os pacientes possam tirar de uma apresentação:

“A maioria dos pacientes que nos são apresentados no hospital, são psicóticos ou presumidos tais. A questão se coloca: que benefícios eles podem tirar de uma apresentação? Esta entrevista, não importa que sucesso tenha, é sem futuro. Ela não é, pois, uma entrevista preliminar, no sentido em que a entendemos na psicanálise. No entanto, com freqüência os efeitos são muito positivos. Num colóquio de 1983 sobre a apresentação de pacientes Eric Laurent fala de consulta terapêutica. O que pode ser terapêutico neste encontro particular?” (NOMINÉ, 1997, p.103)

Quero salientar que definitivamente não propus como finalidade da pesquisa a “Apresentação de Pacientes” proposta por Lacan numa versão terapêutica. A entrevista que chamamos colheita da História de Vida com a finalidade de um

diagnóstico estrutural ou, mais simplesmente, a “Escuta Diagnóstica”, não tem absolutamente finalidade terapêutica, no sentido de se tentar operar alguma retificação subjetiva ou qualquer mudança de posição do paciente. O simples efeito catártico pode naturalmente ocorrer, mas o mais importante a ser transmitido na técnica de entrevista é o princípio do *“primum non nocere”*, ou seja, ensinar ao aluno a fazer perguntas abertas, não diretivas, não preconceituosas e não confrontadoras, eliminando o máximo possível a angústia da ambição terapêutica (o gozo do poder médico), afastando o *“furor curandi”* do aconselhamento.

Concordo com Nominé (1997) ainda, que “se podemos assim transmitir a outros o desejo de trabalhar, então a aposta será ganha.” (NOMINÉ, 1997, p.107)

4 CONSIDERAÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS – C: O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO

4.1 Metodologia da pesquisa Clínico-qualitativa

Seguindo Turato (2003), faremos uma síntese da revisão da literatura que nos norteou na escolha dos instrumentos metodológicos da pesquisa Clínico-Qualitativa. Conforme indicação deste e dos autores Minayo (1996) e Thiollent (2003), realizamos o primeiro levantamento bibliográfico sobre o tema da pesquisa, assim como sobre a metodologia a ser empregada para coleta, tratamento e análise dos dados. Este levantamento inicial foi posteriormente revisado num segundo levantamento bibliográfico, em função dos dados encontrados no trabalho de campo, na interação dialógica com os atores sociais envolvidos (sujeitos da pesquisa).

4.1.1 Análise de Conteúdo

Segundo Turato (2003), “as técnicas de análise de conteúdo estão para as pesquisas qualitativas, assim como as técnicas estatísticas estão para as pesquisas quantitativas.” As diversas modalidades de técnica de análise de conteúdo remontam à prática da Hermenêutica, desenvolvida a partir dos métodos de análise das comunicações (BERELSON *apud* TURATO, 2003, p. 443), “em que o material analisado era jornalístico com objetivos de investigação política (as ditas propagandas subversivas), e em que se buscavam sentidos escondidos que convinha desvendar e significações profundas em linguagens obscuras” (BARDIN *apud* TURATO, 2003, p. 442).

As características do método Clínico-Qualitativo proposto por Turato (2003) são:

1. “Interpretação dos sentidos e significações dos fenômenos da saúde-doença em contraposição à enunciação de fatos;
2. Campo como ambiente natural do sujeito para coleta de dados;
3. Valorização das angústias e ansiedades existenciais como fundamentais;
4. Valorização de elementos psicanalíticos como ferramentas básicas;
5. Pesquisador como instrumento principal da investigação em campo;
6. Pesquisador como “bricoleur” no trato com a pesquisa;
7. Processo como norteador do interesse do pesquisador;
8. Saberes teóricos e práticos como pontos simultâneos de partida;
9. Raciocínios indutivo e dedutivo como métodos seqüenciais de trabalho;

10. Validade dos dados como força do método;
11. Apresentação dos resultados e interpretação como fases concomitantes;
12. Pressupostos revistos como conclusão da pesquisa em primazia sobre a busca de generalizações.” (TURATO, 2003, p. 245-267)

4.1.2 Conexões com a Sociologia

Analisando este Projeto de Pesquisa sob o ponto-de-vista da metodologia de pesquisa Social, segundo Minayo (1996), podemos remontar as origens desta proposta à Sociologia Compreensiva de Weber (2003). A partir da Sociologia Compreensiva se desenvolveram, por sua vez, a Etnometodologia e a Fenomenologia Sociológica. Incluída como uma vertente da Etnometodologia, encontramos o Interacionismo Simbólico de Blumer (BLUMER *apud* MINAYO, 1996, p. 54). Acrescentamos, ainda, a contribuição de Durkheim, citado por Minayo (1996), com o seu desenvolvimento do conceito de “representação social.” (DURKHEIM *apud* MINAYO, 1996, p. 159)

Este projeto de Pesquisa-Ação, ou pesquisa colaborativa, apresenta alguns pontos em comum com a Fenomenologia Sociológica:

1. Uma crítica radical ao objetivismo da ciência positivista, na medida em que propõe a “subjetividade” como fundante do sentido, e
2. A “subjetividade” como constitutiva do ser social.

Entretanto, esta proposta diverge da mera descrição fenomenológica, na medida em que implica em ir mais além disso:

- a) Nos aprofundamentos verticalizados, como por exemplo nas supervisões dos Casos Clínicos - em que se fazem necessárias construções teóricas baseadas nos referenciais da psicanálise lacaniana, inseridas nos debates conjuntos com os participantes da pesquisa para as tomadas de decisão acerca da condução dos casos, e
- b) Nas interfaces horizontalizadas – quando, baseando-nos no método Dialético, nos defrontaremos com a moderna crítica marxista da Fenomenologia.

4.1.3 A medicalização da vida e a “Medicina Defensiva”:

Ivan Illich, em sua profética obra de 1975 “A expropriação da Saúde” (ILLICH *apud* MINAYO, 1996, p. 60), previu o “crescimento mórbido da medicina”, o que conduz a várias conseqüências, entre as quais:

- A perda da capacidade da população de se adaptar ao meio social, de aceitar a dor e o sofrimento, por causa da medicalização da vida, e
- Ao mito de a medicina acabar com a dor, o sofrimento e a doença.

4.1.4 Viés da influência da expectativa do pesquisador

Seguindo-se nesta direção, corre-se o risco de “psicologizar” a realidade social ou cultural observada (Thiollent, 2003). Para se evitar este viés, as técnicas devem ser apropriadas aos objetivos da pesquisa, em termos de formas de raciocínio e argumentação, hipóteses e comprovação.

A formulação de hipóteses (ou de “*quase-hipóteses*”), no contexto da pesquisa em Psicologia Social, foi examinada por Rosenthal e Rosnow, que analisaram “a interferência das expectativas dos pesquisadores sobre os resultados da pesquisa e também a interferência dos pesquisados em função das expectativas que eles têm para com os pesquisadores.” (ROSENTHAL e ROSNOW *apud* THIOLENT, 2003, p. 34).

Segundo Thiollent (2003), as distorções e as constatações dos fatos controvertidos devem ser controladas por vários pesquisadores e deve haver um controle mútuo estabelecido de forma dialógica, a partir da discussão entre pesquisadores e participantes.

Segurança: adiante-se que, no ítem Metodologia da pesquisa, foi controlado este viés através da triangulação inter-avaliadores.

4.1.5 A “práxis”

Acrescente-se a tudo isso que, segundo o marxismo, a ética e a ciência são duas formas de consciência em relação dialética com as condições materiais de sua produção. Segundo Marx citado por Minayo (1996), na perspectiva dialética, é na práxis que se dá a emancipação subjetiva e objetiva do homem. A transformação de nossas idéias sobre a realidade e a transformação da realidade caminham juntas.

Práxis: daí a idéia de que a intervenção (Ação) sobre a prática do ensino seja baseada na assistência, ou seja, no atendimento à realidade global do paciente, com a presença concreta do professor.

4.1.6 A construção conjunta do conhecimento

Destaque-se o recorte teórico de Gramsci (1981) *apud* Minayo (1996, p. 82), que revaloriza o campo ideológico não apenas como forma de dominação, mas também de conhecimento. Outros autores ainda, como Anderson (1984) *apud* Minayo (1996, p. 82), buscam superar as dicotomias na área da Saúde entre as estruturas objetivas e as relações subjetivas (Minayo, 1996). Para finalizar, acolhemos a citação de Minayo: “A construção de referencial é o desafio da nova etapa de conhecimento.” (MINAYO, 1996, p. 82)

5 OBJETIVOS - OBJETO DA PESQUISA

5.1 A pergunta da pesquisa

Seria viável a transmissão desse tipo de conhecimento para os alunos do curso médico? Esse conhecimento consiste, mais propriamente, na utilização da colheita da História de Vida como estratégia para o diagnóstico qualitativo precoce em Saúde Mental. Dizendo de outra forma: É possível ensinar aos alunos do curso médico a utilizar a História de Vida como instrumento para o diagnóstico das Estruturas Clínicas, segundo proposto por Lacan?

5.2 Hipóteses a testar

Para testar a resposta a esta pergunta, partiu-se do pressuposto de que haveria esta possibilidade, desde que:

- a) Fosse proposto “como” modo operacional de Ação ou Intervenção, a construção da Disciplina Experimental - através da aplicação teórica ao caso clínico visto na prática em conjunto com os alunos (o que LACAN designara como “apresentação de enfermos”, e que chamamos “Escuta Diagnóstica”)
- b) Fossem avaliadas, durante o processo de construção da pesquisa – cuja metodologia teria que ser qualitativa do tipo Colaborativa – as dificuldades sentidas e enfrentadas pelos alunos, sujeitos da pesquisa, durante o processo.

5.3 Objetivos – gerais e específicos

Objetivos Gerais:

Avaliar a viabilidade da transmissão: a possibilidade de transmissão da Escuta Diagnóstica, pela constatação das mudanças ocorridas na prática médica após a construção conjunta deste novo tipo de conhecimento.

Objetivos específicos:

- a) construir uma Disciplina Experimental, em caráter Optativo, para os alunos do oitavo período do curso médico e implementá-la;
- b) redigir os textos auxiliares para a transmissão teórica;
- c) avaliar as dificuldades sentidas pelos alunos – ou os significados atribuídos por eles a essas dificuldades – e as mudanças após a construção conjunta deste novo tipo de conhecimento, em termos de:

- percepção pelos alunos da diferença entre os paradigmas e
- mudanças de concepção em termos de sentidos, significados e representações, acerca do exercício da prática médica, para incluir nesta a clínica da Saúde Mental;
- d) avaliar as possibilidades – viabilidade e exeqüibilidade – de sua aplicação na prática médica e no ensino médico.

6 METODOLOGIA

6.1 Por que metodologia qualitativa?

A avaliação qualitativa das mudanças sentidas ou percebidas pelos alunos necessita de metodologia qualitativa, que permita apreender os sentidos e os significados dados por eles. Nesse sentido, foi verificado:

- Se as expectativas prévias foram atendidas;
- Se consideraram os objetivos importantes, necessários e pertinentes; - se a metodologia proposta foi adequada para atingir aqueles objetivos e
- Se e como perceberam modificações em sua perspectiva acerca do diagnóstico e da prevenção primária em Saúde Mental.

6.2 Por que Pesquisa-Ação?

Em se tratando de uma Pesquisa-Ação, a Ação propriamente dita, ou seja, a intervenção feita pelo pesquisador consistiu em um projeto de ensino realizado através de uma atividade de Extensão: a Disciplina “Tópicos em Saúde Mental – módulos I e II, oferecida como Optativa para os alunos do oitavo período do curso médico da UFMG, pertencentes ao chamado “grupo-de-dez” que cursavam simultaneamente as disciplinas Medicina Geral de Crianças-II e Medicina Geral de Adultos-II, em um mesmo Centro de Saúde da rede municipal de Belo Horizonte, ao longo daquele semestre letivo.

6.2.1 O pesquisador como instrumento

A Pesquisa-Ação: trata-se, portanto, de uma pesquisa qualitativa do tipo “**Estudo de Caso**”, na qual o estudo é a avaliação e o “caso” ou objeto do estudo é a avaliação da experiência de transmissão em uma disciplina experimental .

A Pesquisa-ação, segundo o conceito apresentado por Thiollent (1986), citado por Minayo (1996), consiste numa investigação “pari passu” ao desenvolvimento de programas para medir o seu impacto. Assim, o envolvimento do pesquisador na ação é parte integrante da pesquisa:

“A pesquisa-ação é um tipo de investigação social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo no qual o pesquisador e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.” (THIOLLENT, 2003, p. 14)

A Pesquisa-Colaborativa – os sujeitos da pesquisa são os alunos que se dispuseram a viver a experiência e receberam a ação ou intervenção: a transmissão na disciplina, e que podem fornecer os elementos para análise.

6.2.2 O dilema da amostra na pesquisa qualitativa

Considerações preliminares:

Tendo em vista o fato de se tratar de um estudo de um caso particular, não haveria necessidade de discutir sobre a seleção e composição da amostra. No início, não se poderia prever quantas vezes seria necessário repetir a experiência da disciplina a ser testada e avaliada.

A amostragem proposital, intencional ou deliberada, utilizada na pesquisa qualitativa, é definida metodologicamente como aquela de “escolha deliberada de respondentes ou ambientes, oposta à amostragem estatística, preocupada com a representatividade de uma amostra em relação à população total” (POPE & MAYS, 1995, p.43).

De acordo com Bogdan e Binklen *apud* TURATO (2003), o autor do projeto delibera quem são os sujeitos que comporão seu estudo, segundo seus pressupostos de trabalho.

Britten et al. *apud* TURATO (2003), ressaltam que a decisão pela amostragem deveria ser distintamente pensada e ser apropriada às questões da pesquisa. Escolhendo sujeitos deliberadamente, torna-se possível pedir às pessoas para que expliquem por que elas comportam-se de um certo modo, explorar sobre decisões ou inquirir sobre fatores subjacentes.

Jaspers (1987) assim se posicionou-se sobre **o estudo de casos clínicos**:

“Muitas vezes o aprofundamento penetrante num caso particular ensina fenomenologicamente o que é geral para inúmeros casos. O que se aprendeu uma vez encontra-se na maioria das vezes logo a seguir. Na fenomenologia imporá menos acumularem-se casos sem fim do que a visão interna, o mais possível completa, de casos particulares. O importante na fenomenologia é, portanto, exercer a visão (...) do que é vivido diretamente pelo doente a fim de poder reconhecer o que há de idêntico dentro da multiplicidade. É necessário assimilar inteiramente, por meio de exemplos concretos, um rico material fenomenológico. Ele nos confere critério e orientação em novos casos” (JASPERS, 1987: 72-73).

TURATO (2003) cita Levi-Strauss sobre **o dilema da amostra**:

“Ou bem estudar numerosos casos, de uma maneira sempre superficial e sem grande resultado; ou bem se limitar resolutamente à análise aprofundada de um pequeno número de casos e provar assim que, no fim de contas, uma experiência bem-feita vale por uma demonstração” (Levi-Strauss, apud TURATO, 2003, p. 360).

Os pesquisadores qualitativistas não tencionam, assumidamente, generalizar seus resultados, mas dar possibilidades para gerar novos conceitos e pressupostos que são levantados a partir da conclusão do estudo. TURATO (2003), valendo-se de Martins e Bicudo (1989), menciona que na pesquisa qualitativa a generalização, de certo modo, é abandonada, e ela enfoca sua atenção no específico, no peculiar, no individual, buscando a compreensão e não a explicação dos fenômenos estudados.

Minayo (1996) começa por lembrar que “*numa busca qualitativa, preocupamo-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e a abrangência da compreensão.*” E adverte: “*certamente o número de pessoas é menos importante do que a teimosia de enxergar a questão sob várias perspectivas, pontos de vista e de observação.*” (MINAYO, 1996, p. 102)

Segundo a autora, o critério de inclusão/exclusão dos sujeitos pode muito bem subordinar-se ao privilégio dado àqueles que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer. Assim, pode-se concluir que:

“A definição do número final de indivíduos estudados será conhecida pelo próprio autor da investigação qualitativista apenas no campo. (...) Na eleição do método clínico-qualitativo, o correspondente projeto de pesquisa deverá mencionar e justificar o modo de construção da amostra, não fazendo sentido citar quantas pessoas serão entrevistadas” (TURATO, 2003, p. 362).

Após estas considerações preliminares, poder-se-ia dizer que o tipo escolhido para composição da amostra foi: *por variedade de tipos*.

Na visão de Turato (2003), “nesta modalidade de composição da amostra, os tipos serão qualitativamente representativos e pré-estabelecidos. Os tipos mostrarão, entre si, diferenças em certas características consideradas no tocante à identidade global do informante. Os indivíduos do grupo encontram-se reunidos pelo que chamo de critério da ‘homogeneidade fundamental’, isto é, pelo menos uma determinada característica ou variável é comum a todos os sujeitos da amostragem: a característica-chave que os une é o próprio tema do trabalho.”

E continua:

“..ao menos uma característica marcada é comum a todos do grupo eleito para ser estudado, mas com uma escolha de tipos diversificados, o que permitirá a captura das eventuais diferenças e semelhanças entre os sujeitos da amostra. Aqui o pesquisador tem a definição, em seu arbítrio, dos tipos de sujeitos que serão contatados, o que é feito principalmente *a priori*, mas também durante sua presença em campo, conforme outros tipos emergentes chamem o interesse do pesquisador.” (TURATO, 2003, p. 365).

Como também reconhece Minayo: “devemos prever *um processo de inclusão progressiva* encaminhada pelas descobertas do campo e seu confronto com a teoria.” (MINAYO, 1996, p. 102).

Assim sendo, os critérios de inclusão dos sujeitos foram definidos por:

Alunos que já haviam cursado previamente, durante o sétimo período do curso médico, a disciplina obrigatória “Psicologia Médica Aplicada.”

Os alunos foram os do grupo que cursava simultaneamente as disciplinas de Medicina Geral de Crianças (MGC) e Medicina Geral de Adultos (MGA) às segundas e quintas-feiras, no Centro de Saúde Santa Inês.

A partir do trabalho de campo foi avaliada a necessidade e os possíveis critérios de escolha de novos grupos, privilegiando as indicações feitas pelos sujeitos anteriores, segundo o critério de amostragem por “*saturação*” de Turato (2003). Tendo sido necessária a indicação desta segunda amostra para esclarecimento de achados e confirmação dos dados obtidos, esta nova etapa foi realizada em outro Centro de Saúde, no semestre consecutivo.

6.3 Por que Pesquisa Colaborativa? – Os sujeitos da pesquisa

Alunos do oitavo período do curso de Medicina da UFMG, que estavam cursando as Disciplinas Medicina Geral de Crianças-II (MGC-II) e Medicina Geral de Adultos-II (MGA-II) concomitantemente, em um Posto de Saúde, para que pudesse ser feito um trabalho interdisciplinar, integrado com os professores de Pediatria e de Clínica Médica. O pré-requisito foi a Disciplina de Psicologia Médica Aplicada, que eles já haviam cursado no sétimo período, porque, dentro do currículo atual, é nesta Disciplina de PMA que os alunos são introduzidos na colheita da História de Vida, já tendo tido nos períodos anteriores uma vivência clínica da Semiologia de Crianças e de Adultos.

Os alunos se matriculavam aleatoriamente naquelas Disciplinas Obrigatórias, sendo desconhecidos para o pesquisador até o início do semestre letivo, o que

garantia uma imparcialidade na seleção destes alunos. Estes foram convidados a participar voluntariamente da Pesquisa-Ação, de caráter colaborativo, matriculando-se na Disciplina Optativa “Tópicos em Saúde Mental” (vide item 5.5.1)

6.3.1 Participação e colaboração

Todos os sujeitos da pesquisa participaram e colaboraram voluntariamente, tendo sido obtido o Termo de Consentimento Informado. Serão utilizados os termos “participantes” ou “colaboradores” apenas para designar as diferenças na forma de participação:

- Na Ação ou Intervenção: os que serão chamados “participantes” - foram os que foram submetidos diretamente à intervenção, ou seja, os alunos do oitavo período que se matricularam na Disciplina Experimental e foram submetidos à intervenção;
- Na pesquisa-colaborativa: os chamados “colaboradores” foram os que não se submeteram diretamente, mas participaram ativamente colaborando com a pesquisa. Estes foram: os “professores-colaboradores” da Pediatria e da Clínica Médica, pelas indicações dos pacientes para as entrevistas e pelas discussões conjuntas dos casos clínicos, e os “alunos-colaboradores” que auxiliaram na leitura, categorização e análise dos resultados visando garantir a segurança inter-analistas e auxiliaram na redação do Caso Clínico “S.”, como será descrito posteriormente.

6.3.2 A seleção dos alunos do oitavo período

A eleição do oitavo período do curso de Medicina da UFMG se justificou pelo fato de que já existem, no currículo atual, duas disciplinas de Psicologia Médica:

- Psicologia Médica – no segundo período e
- Psicologia Médica Aplicada – no sétimo período.

Após terem cursado estas disciplinas, considera-se que o aluno estaria apto a saber se aproximar e abordar o paciente, visto que já teria cursado também as disciplinas básicas do ensino da Semiologia: MGC-I e MGA-I. Concomitantemente, o aluno estaria cursando no oitavo período as disciplinas ambulatoriais de Medicina Geral de Crianças-II e de Medicina Geral de Adultos-II, nos chamados “grupos-de-dez”, em um único Centro de Saúde ao longo do semestre.

A escolha não foi feita por quaisquer alunos que quisessem se matricular na Disciplina Optativa que estava sendo oferecida, mas pelo pesquisador que selecionou os Centros de Saúde nos quais realizaria a Intervenção, deliberadamente desconhecendo os alunos que viriam a ser os sujeitos da pesquisa. Esta foi uma maneira – própria da metodologia qualitativa – para se evitar um viés de seleção dos participantes. Entretanto, desses alunos, só participaram os que se dispuseram voluntariamente.

6.3.3 A seleção dos alunos-colaboradores

O recrutamento dos alunos-colaboradores também não foi arbitrário. Um dos alunos foi o mesmo que durante sua participação na Disciplina Experimental havia atendido a paciente “S.” Ele foi convidado a participar devido a sua vivência pessoal com o segundo caso clínico, que foi o paradigma de caso clínico para a demonstração da estrutura da psicose. Este aluno, que cursou a Disciplina Experimental no Centro de Saúde Carmo-Sion na segunda etapa da pesquisa, auxiliou na análise dos resultados referentes à etapa anterior à sua, ou seja, ao período do Centro de Saúde Santa Inês, para não interferir subjetivamente na interpretação e análise das informações.

Este foi mais um cuidado de rigor metodológico, pois suas relações pessoais com os colegas do mesmo grupo-de-dez poderia introduzir um viés de leitura. Em todas as entrevistas – Pré e Pós-Testes –, que serão apresentadas, foi mantida a confidencialidade dos nomes dos alunos, para não haver interferência no julgamento da avaliadora e para preservar o sigilo dos sujeitos da pesquisa.

O segundo aluno-colaborador foi um aluno voluntário do sétimo período do curso médico, que não havia cursado a Disciplina Experimental, não sendo portanto influenciado por ela em suas interpretações das falas dos sujeitos da pesquisa (que ele naturalmente desconhecia) e nas suas atribuições de significados para a criação das categorias de análise.

6.3.4 Segurança inter-avaliadores

Dessa maneira houve uma triangulação das leituras, que garantiu a segurança inter-avaliadores: nas duas Tabelas de Categorização, construídas conjuntamente pelo pesquisador e pelos alunos-colaboradores, a partir das entrevistas Pós-Testes realizadas com os dezoito alunos-participantes, pôde-se

observar uma significativa similaridade e concordância entre as categorias encontradas pelos avaliadores de ambas as etapas, com o estabelecimento de eixos de análise muito semelhantes entre si.

6.3.5 Riscos para os sujeitos da pesquisa

Aprovação do projeto de pesquisa: na Câmara Departamental do Depto. de Saúde Mental e no COEP – em 15/12/2004.

A abordagem de problemas psíquicos do paciente muitas vezes pode desvelar problemas já existentes no aluno, o que, infelizmente, é um risco (raro), mas que é necessário correr, para que ocorra o processo de ensino-aprendizagem em Saúde Mental em termos de conteúdos, habilidades e atitudes.

Necessariamente, há que se disponibilizar para o aluno o respaldo do professor/supervisor (pesquisador), em termos de reconhecimento, acolhimento dos eventuais problemas desencadeados e as possíveis orientações psicanalíticas ou mesmo psiquiátricas que porventura vierem a ser necessárias.

6.3.6 Respaldo para os alunos

Desde as fases iniciais da pesquisa, por ocasião dos Pré-Testes, o pesquisador se colocou à disposição dos alunos para o respaldo que viesse a ser necessário para suas dificuldades, dúvidas, inseguranças e angústias. Demonstrou ser interessante para a pesquisa que essas dificuldades fossem explicitadas coletivamente dos debates conjuntos, no intuito de compartilhamento das experiências pessoais. No entanto, deixou aberta a possibilidade da ocorrência de dificuldades pessoais do próprio aluno, ou em relação à pesquisadora, à disciplina, aos colegas ou aos pacientes, as quais solicitou que lhe fossem comunicadas pessoalmente caso ocorressem, em caráter sigiloso.

6.4 O campo de trabalho

6.4.1 A seleção dos Centros de Saúde

O Campo escolhido para realizar a Ação ou Intervenção – que foi a Disciplina Experimental de caráter Optativo – foram os Centros de Saúde:

- Santa Inês – no segundo semestre de 2004 e
- Carmo-Sion – no primeiro semestre de 2005.

A razão da escolha destes Centros de Saúde foi o fato de que os alunos participantes não seriam selecionados previamente pelo pesquisador – portanto, fez-se necessário que os Professores tanto da Pediatria quanto da Clínica Médica fossem contactados e obtido o seu prévio Consentimento Informado. Esta foi a estratégia utilizada para possibilitar a entrada do pesquisador em campo. A participação colaborativa destes professores foi de fundamental importância para que fossem atingidos os objetivos propostos.

6.4.2 A entrada em campo

Os Centros de Saúde foram abordados através de contatos com suas gerentes, que colocaram suas instalações à disposição para as aulas nos horários que foram solicitados. O Centro de Saúde Santa Inês, escolhido inicialmente, se revelou relativamente insuficiente em espaço físico para os fins da pesquisa, o que motivou a mudança na segunda etapa para o Centro de Saúde Carmo-Sion.

Foi necessário, para permitir sua entrada em campo, que o pesquisador tenha tido uma facilitação dos professores da Pediatria e da Clínica Médica. A estes foi exposto previamente o projeto de pesquisa e solicitado seu Consentimento e sua colaboração, visto que teria que ser um trabalho interdisciplinar e, principalmente, destacar que a responsabilidade final na condução do caso continuaria sendo do professor do ambulatório. Isto foi fundamentalmente necessário para dirimir previamente quaisquer dúvidas quanto a questões éticas controversas que porventura viessem a aparecer nas discussões dos casos clínicos.

Por estes motivos, foi selecionado inicialmente o Centro de Saúde Santa Inês, com a aquiescência prévia dos professores designados pelos respectivos Departamentos para ministrar aquelas disciplinas naquele semestre letivo. Curiosamente, no dia exato de início das aulas o Departamento de Clínica Médica efetuou uma troca emergencial do professor de MGA-II, o que até contribuiu para eliminar até mesmo este relativo viés de seleção.

Verificou-se que o Centro de Saúde Santa Inês não apresentava o espaço físico e a logística desejáveis para que as aulas teóricas fossem dadas lá mesmo, logo após as aulas do turno da tarde. Assim, por sugestão de uma das alunas, a escolha da segunda etapa recaiu sobre o Centro de Saúde Carmo-Sion, que apresenta uma estrutura bem organizada e atendeu plenamente às necessidades,

tanto para as aulas teóricas e debates, quanto para as entrevistas com os pacientes, o que foi denominado “escuta diagnóstica.”

Procedimentos para a entrada em campo: operacionalização e logística junto ao Colegiado do Curso Médico, aos professores de MGC-II e MGA-II, aos Postos de Saúde e aos alunos na fase de conclusão do sétimo período.

6.5 A pesquisa-ação – exposição da intervenção formulada a partir dos objetivos

6.5.1 Ação ou intervenção: a disciplina experimental optativa – Tópicos em Saúde Mental I e II

Etapa preliminar: obtenção do Termo de Consentimento Informado, dos alunos participantes e colaboradores, dos professores e dos pacientes entrevistados.

Processo de construção conjunta do conhecimento:

- Programa teórico
- Seminários e Debates conjuntos
- Entrevistas dos pacientes: “A escuta diagnóstica”
- Discussão dos Casos Clínicos
- Construção teórica do Diagnóstico Estrutural
- Aplicações e implicações do diagnóstico precoce em Saúde Mental na prática médica

Elaboração dos **Textos Auxiliares** para a Disciplina Experimental (vide anexos):

- Por que a colheita da História de Vida
- Transferência e Superego
- Redação do Caso Clínico “S.”

A Disciplina Experimental Optativa: Tópicos em Saúde Mental I e II

- I – Teórica – Carga Horária Semestral: 15 hs. Créditos: 1.
- II – Prática – Carga Horária Semestral: 15 hs. Créditos: 1.

Público-alvo: “grupos-de-dez” alunos do oitavo período do curso médico.

Inserção na matriz curricular: módulo interdepartamental conjunto com a MGA e MGC (Departamentos de Clínica Médica e Pediatria), no bojo do Internato Básico em Atenção Primária, para o 8o. Período do curso médico.

Locais:

- Primeira etapa: Centro de Saúde Santa Inês – oferecida no 2º. Semestre de 2004.
- Segunda etapa: Centro de Saúde Carmo-Sion – oferecida no 1º. Semestre de 2005.

Horários: a carga-horária das disciplinas I e II – Teórica e Prática – foram intercaladas, sendo dadas em semanas alternadas. Os horários foram agendados segundo a disponibilidade dos alunos e possibilidades da estrutura física nos Postos de Saúde.

6.5.2 Objetivos da disciplina

6.5.2.1 Objetivos gerais

Propiciar ao aluno contato direto com o paciente visando o diagnóstico precoce das Estruturas Clínicas através da Escuta Diagnóstica, dentro da práxis ensino-assistência e de forma integrada com o atendimento ambulatorial em Pediatria e Clínica Médica, desenvolvendo competências (cognitivas, habilidades e atitudes) para a aprendizagem da colheita da História de Vida como estratégia para a formulação de hipóteses diagnósticas precoces em Saúde Mental a nível da Atenção Primária e propiciando o desenvolvimento de crítica relativa à condução dos casos dentro do Sistema de Saúde, com uma mudança na concepção da prática médica acerca do atendimento ao paciente portador de sofrimento mental.

Após cursar esta disciplina, o aluno estaria habilitado para:

1. Portar-se, na entrevista do paciente para colheita da História de Vida, de forma a identificar e agir coerentemente com o conceito psicanalítico de Transferência, identificando o lugar e o papel do médico dentro da assimetria da relação médico-paciente.

2. Diagnosticar qualitativamente em Saúde Mental, através das técnicas de entrevista e análise da História de Vida do paciente para a formulação do diagnóstico Estrutural, com vistas ao estabelecimento de suspeitas diagnósticas precoces.

3. Definir conduta mais adequada ao caso em exame, segundo as Hipóteses Diagnósticas de Estrutura suspeitada a partir da colheita da História de Vida, desenvolvendo análise crítica acerca dos vários tipos de abordagens possíveis para as diferentes questões envolvidas na particularidade do caso.

4. Acompanhar o paciente enquanto seu futuro médico responsável, sendo capaz de elaborar diretrizes e regras de conduta ética na abordagem e manejo dos casos, sob o enfoque preventivo e especialmente no que se refere à prevenção do suicídio.

5. Encaminhar de maneira oportuna e adequada os pacientes que necessitem de ajuda especializada, de modo a que estes não percam como sua referência básica o seu médico de origem, que deverá manter uma compreensão global da condução dos casos. Este deverá ser capaz de perceber o seu enfoque: seu lugar e seu papel no manejo do Caso Clínico, para a condução e continuidade no atendimento dos pacientes.

6.5.2.2 Objetivos específicos

Após o curso, o aluno deveria ser capaz de:

1. Desenvolver atitude crítica acerca dos conceitos de “Normal” e “Patológico” em Saúde Mental, referenciando-os aos contextos sócio-histórico-culturais.

2. Aprofundar o conceito de Representação Social do “Processo Saúde-Doença”, identificando os fatores biopsicossociais envolvidos na complexidade do Caso Clínico, em sua singularidade.

3. Desenvolver Habilidades nas Técnicas de Entrevistas em Saúde Mental, tais como: - tipos de perguntas; - como formular as questões abertas; - “momentos fecundos” da entrevista; - pontos de “virada.”

4. Discriminar as diferenças técnicas e limites metodológicos – objetivando-se um diagnóstico precoce em Saúde Mental- existentes na colheita de:

- HMA (História da Moléstia Atual)
- Perfil Biopsicossocial
- HV (História de Vida).

5. Identificar os papéis e os lugares dos diferentes profissionais da equipe no atendimento global ao paciente portador de sofrimento mental, discriminando as responsabilidades e os limites de atuação dos médicos, no caso a caso.

6. Identificar o lugar e o papel do médico na assimetria da relação médico-paciente, segundo o conceito psicanalítico de “Transferência.”

7. Discutir critérios éticos envolvidos nos processos de medicalização e no emprego de psicofármacos com relação a:

- Efeito placebo
- Aderência terapêutica
- Fenômenos psicossomáticos

8. Distinguir diferenças entre os diagnósticos em Saúde Mental feitos a partir de:

- Critérios da Psiquiatria clássica;
- Critérios dos modernos Manuais Estatísticos de Classificação Diagnóstica em Psiquiatria;
- Diagnóstico qualitativo de estrutura clínica através da colheita da História de Vida.

9. Na entrevista do paciente, ser capaz de detectar os “momentos fecundos” e os pontos de “virada” que ensejam oportunidades para o diagnóstico precoce em Saúde Mental, especialmente com relação aos quadros depressivos.

10. Elaborar criticamente os conceitos de:

- Depressão Reativa ou Situacional (Transtornos de Ajustamento)
- Depressão Psicogênica
- Depressão Endógena
- Depressões motivadas e imotivadas.

11. Aperfeiçoar a elaboração de Hipóteses Diagnósticas em Saúde Mental, ampliando-as em quantidade (suspeitas mais precoces) e qualidade.

12. Ser capaz de elaborar diretrizes e regras de conduta ética na abordagem e manejo dos quadros, sob o enfoque preventivo, especialmente as relativas à prevenção do suicídio.

6.5.3 Programa da disciplina

6.5.3.1 Módulo I – conteúdo teórico

Disciplina Optativa “**Tópicos em Saúde Mental - Módulo I**”

Programa das Aulas teóricas:

- Exposição dos objetivos da disciplina; a questão da interdisciplinaridade e a ética; critérios de seleção dos pacientes para a “Escuta Diagnóstica”.
- Os conceitos de “Normal” e “Patológico” em Saúde Mental
- A história da Psiquiatria e as Modernas Classificações Diagnósticas Estatísticas
- Conceitos de “Entidade mórbida” e “Entidade nosológica”: sintomas, síndromes, patologias e critérios diagnósticos para classificação
- Conceitos clássicos de “Psicoses Funcionais” em Kraepelin
- Conceitos modernos de “Transtornos do Humor”
- O “compreender” e o “explicar” em Jaspers
- Conceito de “Etiologia” em Psiquiatria: revisão dos conceitos de “Endógeno” e “Psicógeno”
- Introdução ao conceito de “Estruturas Clínicas”: o Complexo de Édipo e o Complexo de Castração em Lacan (Seminário V).

Textos Acessórios:

- a) Freud (1969): “Observações sobre o amor de transferência”
- b) Winnicott (1993): “Aconselhando os pais”

Textos Auxiliares (elaborados pelo pesquisador):

- a) “A transferência e o superego”
- b) “Por que a colheita da história de vida”

6.5.3.2 Módulo II – parte prática

Disciplina Optativa “**Tópicos em Saúde Mental – Módulo II**”

GDs (Grupos de Discussão):

- Conceito de “Depressão”
- Critérios diagnósticos de Episódio Depressivo Maior
- Conceitos de “Psicógeno”, “Reativo” ou “Situacional”
- Conceito de Perfil Biopsicossocial
- Discussão acerca do papel do médico na Transferência
- Discussões a partir dos Textos Acessórios e Auxiliares

- A constituição do sujeito psíquico
- Diretrizes para a colheita da História de Vida
- A pergunta “a mais”: “por quê?” Prevenção do suicídio
- Possibilidades e limites de atuação do médico

Supervisões de Casos Clínicos atendidos pelos alunos no ambulatório:

Visando formular hipóteses diagnósticas de estrutura e selecionar os casos que poderiam servir como paradigma para as entrevistas de “Escuta Diagnóstica”.

“A escuta diagnóstica” – demonstração das técnicas de entrevistas:

Aos pacientes previamente selecionados foi proposta, pelos alunos que os haviam atendido, a realização da entrevista conjunta, feita por mim, na presença dos colegas do grupo de dez.

Além da obtenção prévia do Termo de Consentimento Informado, foi informado aos pacientes, imediatamente antes da entrevista, que sua participação era voluntária e que a qualquer momento da realização da entrevista poderiam interrompê-la, sem prejuízo na continuidade do seu atendimento naquele Centro de Saúde.

Discussões dos Casos Clínicos entrevistados conjuntamente

Visando identificar os fatores biopsicossociais envolvidos na complexidade do Caso Clínico, em sua singularidade, definindo as diferenças de objetivos entre a formulação do Perfil Biopsicossocial e a formulação de hipóteses diagnósticas de Estrutura, identificando as conseqüentes diferenças entre as técnicas de entrevista.

6.5.4 Objetivos de Aprendizagem e Metodologias de Avaliação

COMPETÊNCIAS a serem desenvolvidas:

1- COGNITIVAS (C):

Metodologia de Ensino: Grupos de Discussão (GD), aulas expositivas.

Avaliação:

- Entrevistas semi-estruturadas (Pré e Pós-Teste)

- Trabalho escrito (colheita de História de Vida);
- Revisão de Prontuários Médicos (Hipóteses Diagnósticas e Listas de Problemas).

2- HABILIDADES (H):

Metodologia de Ensino:

- Grupos de Discussão;
- Supervisões Pré e Pós-Entrevistas dos Pacientes;
- Demonstração de Técnicas de Entrevista (pelo Prof. de Saúde Mental);
- Entrevista de Pacientes: colheita de História de Vida com objetivo diagnóstico.

Avaliação:

- “Portfólios” dos alunos e professores;
- Diário-de-Campo do pesquisador;
- Trabalho escrito (colheita da História de Vida).

3- ATITUDES (A):

Metodologia de Ensino:

- Supervisões Pré e Pós-Entrevista dos Pacientes;
- Demonstração de Técnicas de Entrevista (pelo Prof. de Saúde Mental);
- Escuta diagnóstica;
- Debates sobre questões éticas (o lugar e o papel do médico na condução dos casos).

Avaliação:

- Relatórios dos Casos Clínicos
- Diário-de-Campo do Pesquisador.

Certificação de Competências e Indicadores de Avaliação:

O processo de avaliação das competências cognitivas foi realizado através da redação do Caso Clínico feita pelos alunos e por sua participação nos debates conjuntos, o que foi sobejamente demonstrado e comprovado através dos Pós-Testes da Pesquisa-Colaborativa.

No relato do Caso Clínico, foi solicitado que discriminassem:

- Queixa Principal (QP)
- História da Moléstia Atual (HMA)
- História Pgressa (HP)
- História Familiar (HF)
- História Social (HS)
- Perfil Biopsicossocial
- História de Vida (HV)
- Comentários e hipóteses sobre a Estrutura Clínica

A avaliação das habilidades adquiridas foi inferida a partir das informações fornecidas pelos alunos nos Pós-Testes. Por se tratar de uma Pesquisa-Colaborativa, esta avaliação ficaria prejudicada porque poderia se introduzir um viés: os alunos poderiam falsificar suas mudanças de percepção e de conduta se estivessem visando uma nota ou um conceito em seu Histórico Escolar. Um segundo motivo foi a impossibilidade prática de se dar continuidade à disciplina experimental no semestre subsequente. (Vide item: Discussão Final - recomendações e sugestões).

Os professores-colaboradores (das disciplinas clínicas MGC-II e MGA-II) exerceram um papel decisivo neste processo de avaliação. Ao informarem suas observações acerca das mudanças de atitudes dos alunos frente aos pacientes, deram ao pesquisador um “feedback” positivo de que haviam percebido claramente estas modificações em seus alunos.

6.6 A pesquisa-colaborativa: cronograma de pesquisa e amostragem

- a. Primeira Etapa: Centro de Saúde Santa Inês
Período: segundo semestre de 2004.
Número de Alunos-participantes: 8 (oito).
- b. Segunda Etapa: Centro de Saúde Carmo-Sion
Período: primeiro semestre de 2005.
Número de Alunos-participantes: 11 (onze).
- c. Primeira leitura e análise inicial das informações pelo pesquisador
Período: segundo semestre de 2005
- d. Segunda leitura e análise com as alunas-colaboradoras
Período: 2º. Semestre/2005 e 1º. Semestre/ 2006
Número de Alunos-colaboradores: 2 (dois).
- e. Número de Professores-colaboradores: 4 (quatro)
Professores da Disciplina MCG-II: 2 (dois)
Professores da Disciplina MCA-II: 2 (dois)
- f. Total de participantes e colaboradores: 25 (vinte e cinco)
- g. Coleta das Informações: Realização das Entrevistas e Transcrição das fitas gravadas nas entrevistas
Período: 2º. Semestre de 2004, 1º. e 2º. Semestres/2005.

h. Tratamento dos Resultados: Elaboração das Tabelas de Categorização e Eixos de Análise

Período: 1º. Semestre/2006

i. Análise das Informações: Terceira leitura dos Eixos de Análise

Período: 1º. Semestre/2006

j. Análise e discussão das informações, conclusões, discussão final, recomendações, sugestões e redação final.

Período: 2º. Semestre/2006.

6.7 Construção dos instrumentos de avaliação

6.7.1 Questões dos Pré-Testes

Os Pré-Testes foram elaborados a partir daquelas indagações preliminares, com algumas perguntas iniciais, que foram sendo reelaboradas e reformuladas durante o processo de construção conjunta do conhecimento, próprio à metodologia de Pesquisa Clínico-Qualitativa (TURATO, 2003), considerando-se o pesquisador como instrumento e os sujeitos da pesquisa como participantes e colaboradores.

As perguntas iniciais giraram genericamente em torno dos seguintes temas: Essa escuta do paciente enquanto sujeito constitui-se num “tabu”? O médico tem é medo de se expor? Ele se angustia porque não consegue resolver os problemas para os pacientes? Ele tem vergonha de ter que admitir sua impotência? Por que ele acha que não pode fazer nada para ajudar? Ele tem é receio de enfrentar os impasses da Clínica, os tensionamentos que inevitavelmente vão surgir quando forem discutidos os problemas do paciente sob um enfoque interdisciplinar? Os Professores tem dúvida sobre os reais benefícios que poderiam advir dessa escuta para o paciente?

Hipóteses a testar:

Avaliar em que medida ocorreram mudanças na abordagem feita pelos alunos do oitavo período do curso médico aos pacientes portadores de sofrimento mental atendidos ambulatorialmente, em Centro de Saúde, após introdução da colheita da História de Vida como estratégia de investigação diagnóstica para possibilitar o estabelecimento de hipóteses diagnósticas precoces em Saúde Mental, ao nível de atenção primária. Em resumo, verificar se o aluno se sentiu mais capaz de detectar casos precoces ou de identificar casos suspeitos através do diagnóstico estrutural, modificando assim os limites e as possibilidades da atenção médica.

Além disso, avaliar as dificuldades encontradas, através da pesquisa dos significados atribuídos por eles a essas dificuldades e as modificações de suas percepções relativas ao paciente enquanto sujeito e da concepção da prática médica em sua abordagem à questão do sofrimento mental dos pacientes.

Instrumentos de Avaliação:

- a) Pré-Testes – entrevistas semi-estruturadas
Total de entrevistas gravadas: 19 (dezenove)
- b) Seminários ou Debates-conjuntos com professores e alunos
Total: oito.
- c) Observação-participante: Diário de Campo do pesquisador
- d) Pós-Testes
Total de entrevistas gravadas: 19 (dezenove)

6.7.2 Pré-testes

OBJETIVO: Avaliar as dificuldades encontradas, e compreender os significados atribuídos a essas dificuldades, pelos estudantes do oitavo período de Medicina da UFMG no emprego da colheita da História de Vida como estratégia para a investigação diagnóstica em Saúde Mental, possibilitando, com essa estratégia, a elaboração de hipóteses diagnósticas precoces, modificando a percepção pelo clínico do paciente enquanto sujeito e modificando a concepção da prática médica sobre a abordagem do sofrimento mental dos pacientes.

PRÉ-TESTE

1- Entrevista semi-estruturada – com os Professores e Alunos

A) Fase aberta inicial (escuta livre):

Avaliação preliminar sobre qual a visão e quais as perspectivas que eles têm acerca das seguintes questões:

- 1- A partir do seu aprendizado no curso através das disciplinas de Saúde Mental, você sabe ou supõe a diferença entre: “Perfil Biopsicossocial” e colheita de “História de Vida”?
- 2- Você percebe a relação entre o diagnóstico Psiquiátrico e a História de Vida do paciente? Como?

3- Com relação às entrevistas diagnósticas e como abordagem inicial ao paciente portador de sofrimento mental, propusemos a utilização da colheita da História de Vida. Com relação a esta técnica de abordagem, quais são seus medos, inseguranças ou dúvidas?

4- A qual(ais) motivo(s) você atribui as dificuldades observadas?

B) Questionário de questões abertas: aprofundamento da questão 4, a partir da resposta do aluno.

1- A questões pessoais do médico (falta de interesse ou desejo, desmotivação); você acha que essa proposta de escuta do paciente enquanto sujeito constitui-se num tabu para alguns médicos?

2- Você acha que o médico se angustia por quê?

- Porque acha que não pode fazer nada para ajudar?
- Porque tem que se deparar com seus limites e impossibilidades e tem resistência ou vergonha em admitir isso?
- Porque tem medo de se expor, de ter que se confrontar com seus próprios problemas?
- Porque tem receio de enfrentar os impasses da Clínica, os tensionamentos que inevitavelmente vão surgir quando surgirem as inúmeras possibilidades de conduta quando os problemas forem discutidos sob um enfoque multidisciplinar?
- Porque tem dúvidas sobre os reais benefícios que poderiam advir dessa escuta do paciente no seguimento futuro do caso?

3- Ao desconhecimento sobre o motivo ou a necessidade dessa investigação: para quê serve a colheita da História de Vida?

4- Ao medo de não saber ou não ser capaz de conduzir a entrevista. Por exemplo, alguns médicos alegam: -“Se eu perguntar, e se ele(a) me responder, o que é que eu vou fazer?”

5- Ao desconhecimento dos objetivos a serem alcançados na condução da entrevista: Se não se sabem os objetivos, como saber qual a direção a ser tomada ?

6- Ao receio de que a oferta incite a demanda por parte do paciente e de não saber como resolvê-la, ou o que fazer; medo de não saber como dar continuidade ao atendimento? Alguns médicos alegam: -“Quem abriu, tem que fechar.”

- 7- Ao desconhecimento do porquê ou como esse tipo de investigação poderia auxiliar o paciente, com receio de até mesmo prejudicá-lo; pelo medo de dar uma opinião pessoal, alguns médicos alegam: -“*Primum non nocere.*”
- 8- Ao desconhecimento sobre as estratégias de abordagem ou de como introduzir o assunto dentro do *setting* do atendimento médico;
- 9- Ao desconhecimento das técnicas de entrevista: quais perguntas formular e como formulá-las;
- 10- A metodologia inadequada das disciplinas de Psicologia Médica;
- 11- A deficiências gerais do currículo atual, mesmo em outras disciplinas;
- 12- A falta de capacitação ou preparo dos professores de Saúde Mental ou dos professores em geral para o ensino específico da Psicologia Médica;
- 13- A fatores “externos”: ideológicos, histórico-culturais e/ou sócio-econômicos que interferem sobre os fatores “internos” supra-citados.
- 14- Outros (especificar).

6.7.3 Seminários

DEBATES conjuntos com os Professores, alunos e equipe:

- 1- Inicial - Seminário temático:

A ética no trabalho em equipe

Visando melhor adesão aos objetivos da pesquisa, foram expostos os objetivos e a operacionalização da proposta na prática, em função das diferentes situações e personagens: atores e autores sociais participantes do processo – explicitação dos papéis dos alunos e professores colaboradores, questões éticas e de responsabilidade profissional dos envolvidos.

- 2 - Intermediário – Seminário temático:

Expectativas e dificuldades técnicas – o papel do médico na relação transferencial.

Para apreender os sentidos e os significados atribuídos pelos alunos ao papel do médico na relação médico-paciente, detectando as questões transferenciais dos pacientes e as vivências dos alunos relativas aos casos clínicos concretos de seus pacientes. Esta discussão teve por objetivo o envolvimento de todos os participantes, expondo e compartilhando suas posições e dificuldades específicas ou particulares no manejo e abordagem de determinadas situações difíceis da clínica.

3- Final – Seminário temático:

Qual a finalidade da colheita da História de Vida?

Discutiu-se para quê serve esta técnica, enquanto escuta diagnóstica, no sentido de viabilizar o estabelecimento de uma hipótese precoce acerca da Estrutura dos pacientes. Exposição pelos alunos dos sentimentos, angústias e dúvidas que possam interferir na apreensão dos conteúdos teóricos e na captação dos conceitos e significados referentes à teoria psicanalítica do Diagnóstico Estrutural.

Conclusão: Debate conjunto sobre questões da metodologia de ensino-aprendizagem proposta. Processo de tomada de decisões conjuntas sobre os rumos da própria pesquisa.

6.7.4 Discussão dos casos clínicos

1- Avaliação da qualidade das Hipóteses Diagnósticas em Saúde Mental – nível de complexidade e elaboração dos conhecimentos adquiridos – antes e após a intervenção. A qualidade – nível de complexidade e elaboração – foi avaliada em função da escuta do Sujeito, que permitisse a formulação de suspeitas diagnósticas mais precoces.

2- Avaliação da qualidade das condutas propostas (pelo tipo de abordagem feita e pelo encaminhamento) relativas a:

- Abordagens éticas com desenvolvimento de reflexão crítica sobre a relação médico-paciente;
- Abordagens psicoterápicas possíveis;
- Abordagens psicofarmacoterápicas possíveis.

3- Discussão Final: Levantamento, verificação e reavaliação, a posteriori, dos problemas e questionamentos suscitados durante a pesquisa, críticas e sugestões, visando uma reelaboração e construção conjunta de conclusões a partir das experiências vividas no trabalho, num processo de produção coletiva do conhecimento.

6.7.5 Observação participante: o pesquisador como instrumento

DIÁRIO DE CAMPO (observação direta) do pesquisador:

O “pesquisador como instrumento”- elaborações formuladas a partir da prática (“*práxis*”), no trabalho de campo. A partir das Supervisões dos Casos Clínicos, das

atas dos Seminários e com o auxílio de anotações pessoais e observações acerca das interações dialógicas com os atores/autores sociais, o pesquisador trouxe elementos novos para a discussão dos dados observados, correlacionando as questões objetivas e subjetivas encontradas no decorrer daqueles processos dialógicos de interação.

“PORTFÓLIOS” dos alunos, professores e equipe:

Relatos, observações, críticas e sugestões que os participantes não quisessem declarar publicamente, ou preferissem não se identificar, poderiam ser digitados e colocados anonimamente em pastas. Estas pastas ficaram guardadas na secretaria do Departamento SAM na Faculdade de Medicina, ou na secretaria do Centro de Saúde.

6.7.6 Pós-testes

A partir do diagnóstico prévio obtido pelo Pré-Teste, e após o processo de construção conjunta do conhecimento durante a Ação ou Intervenção – que foi a Disciplina Experimental – outras questões foram construídas, formuladas e aprofundadas nos Pós-Testes.

Por esse motivo, os Pós-Testes foram entrevistas abertas, no intuito de captar mais livremente – evitando que os sujeitos da pesquisa fossem induzidos ou quisessem agradar ao pesquisador – a capacidade de percepção dos alunos de suas necessidades e de suas próprias mudanças.

PÓS-TESTE

AVALIAÇÃO DAS MUDANÇAS OCORRIDAS NO EXERCÍCIO DA PRÁTICA MÉDICA APÓS A INTRODUÇÃO DA COLHEITA DA HISTÓRIA DE VIDA COMO ESTRATÉGIA PARA O DIAGNÓSTICO PRECOCE EM SAÚDE MENTAL

QUESTÕES:

1- Nas entrevistas diagnósticas realizadas com os dois pacientes, você teve oportunidade de perceber as diferenças qualitativas na LINGUAGEM apresentada pelos dois pacientes (sentidos e significações das palavras)? Como? Dê exemplos extraídos das falas dos pacientes.

- 2- Na colheita da História de Vida você teve a oportunidade de perceber a presença ou a ausência de uma espécie de “romance familiar”, que teria relação com o sentido da vida para o sujeito (através da **Fantasia Inconsciente**)?
- 3- Você pode perceber, ou pelo menos intuir, a diferença entre o Sentimento-de-Culpa nos níveis Pré-Consciente e Inconsciente e a relação com as Identificações?
- 4- Como você entendeu a questão do enigma do desejo do Outro?
- 5- Se toda escuta é terapêutica, por que a “escuta diagnóstica” não pode se basear apenas no “Perfil Biopsicossocial”?
- 6- Quais as mudanças ocorridas na prática médica após a introdução da colheita da História de Vida como estratégia para o diagnóstico precoce em Saúde Mental?

6.7.7. Construindo as categorias de análise

Após a gravação das entrevistas e a transcrição das fitas gravadas, foi feita a leitura das informações com o auxílio das alunas-colaboradoras. Esta leitura foi feita de início individualmente, de uma forma a construir eixos ou categorias para análise do conteúdo.

Num segundo momento foi feita uma leitura conjunta com o pesquisador – nesta oportunidade se verificou, através das categorias extraídas do texto, a correspondência entre as leituras, pois se observou uma surpreendente coincidência entre as interpretações das falas dos alunos que haviam sido feitas pelas leituras individuais.

De posse da leitura categorizada dos textos, o pesquisador construiu tabelas agrupando as falas dos alunos segundo os eixos de análise, como se relatará nos próximos itens do Desenvolvimento.

7 DESENVOLVIMENTO I

7.1 Processo de construção, elaboração e análise dos resultados

Através da interação dialógica com os sujeitos da pesquisa – considerados participantes ou colaboradores – foram definidos no processo os critérios de tomada de decisões no sentido de testar as hipóteses, procurando dados concretos, ou argumentos, favoráveis ou não. O pesquisador e os participantes definiram conjuntamente as informações que seriam necessárias e as técnicas de coleta a serem utilizadas, operacionalmente, para sua obtenção.

A partir das observações e anotações no Diário-de-campo, das atas dos Seminários e das transcrições das fitas gravadas das entrevistas (Pré e Pós-Testes), o pesquisador buscou elementos para categorizar, interpretar e analisar os dados obtidos, elegendo a(s) técnica(s) de análise de conteúdo que permitissem fundamentar a discussão, no intuito de fazer uma elaboração final a partir dos pressupostos iniciais e responder à hipótese de partida.

Etapas de Análise das Informações:

- a) Primeira leitura: o pesquisador como instrumento.
- b) Segunda leitura: triangulação com os Alunos-colaboradores voluntários (segurança inter-avaliadores).
- c) Terceira leitura: Elaboração das Tabelas de Categorização para construção dos Eixos de Análise.
- d) Redação do Caso Clínico “S”: “Fumo desde um ano de idade!” - apresentado como Tema-Livre no Congresso Mineiro de Pediatria, em Belo Horizonte, de 24 a 26 de abril de 2006.
- e) Análise e Discussão das Informações.

7.2 Análise das informações da primeira etapa: Centro de Saúde Santa Inês

7.2.1 Construindo o “modus operandi” em campo

Nesta primeira etapa da pesquisa, optou-se pelo emprego da seguinte estratégia metodológica: como era fundamental a captação, pelos alunos, de pacientes que pudessem ser úteis às finalidades do ensino, foram fornecidas todas as orientações que geralmente são dadas aos alunos que cursam a disciplina do período anterior (sétimo), intitulada “Psicologia Médica Aplicada.”

Foi enfatizado o conceito ético do não-aconselhamento – reforçado pelo texto do WINNICOTT (1993). Foram lembrados alguns conceitos fundamentais para a relação médico-paciente, como o da Transferência. Como estes conceitos eram visivelmente pouco claros para todos, foi indicada a leitura do texto de Freud “Observações sobre o amor de transferência” (FREUD, 1915).

Nesta primeira etapa da pesquisa evitou-se deliberadamente introduzir os conceitos teóricos lacanianos – formulados no texto auxiliar “Transferência e Superego” (em anexo) - pois se queria desenvolver a capacidade dos alunos de fazer uma escuta aberta, estimulando a associação livre do paciente, sem que já estivessem influenciados ou direcionados por uma teoria prévia.

Para a entrevista conjunta (com Consentimento Informado) do primeiro Caso Clínico – “Escuta diagnóstica” – foi selecionado propositalmente, entre os casos de supervisão, um determinado caso com suspeita específica de estrutura de Neurose, pois este seria o paradigma. Na discussão conjunta após a entrevista da paciente, somente depois que todos os alunos haviam exposto suas diferentes percepções (as quais foram ocorrendo gradativamente no decorrer da entrevista a que assistiram), é que foram sendo gradativamente introduzidos questionamentos acerca do significado que eles poderiam atribuir, do ponto-de-vista teórico, a suas percepções do Caso obtidas na experiência concreta.

As atribuições e as representações teóricas trazidas pelos alunos neste momento foram dispersas, confusas, inconclusivas, sem nenhum rigor conceitual. No momento deste debate conjunto, a partir então de um esquema provisoriamente construído no quadro-negro, foi possível introduzir questionamentos e conceitos teóricos que possibilitaram aos alunos participar do processo de construção teórica sobre o Caso Clínico.

Do lugar de pesquisador, acreditava que esse momento de construção conjunta de um referencial teórico aplicado diretamente ao Caso Clínico, que acabava de ser examinado, poderia constituir um momento fecundo de transmissão, através do compartilhamento da experiência e do enriquecimento mútuo das idéias. Isto foi amplamente corroborado por todos os alunos, haja visto seu entusiasmo de terem conseguido captar o “espírito da coisa”, ou, mais explicitamente, qual o objetivo de se colher uma História de Vida. Este processo, de transmissão e de construção simultâneas, a partir do Caso Clínico visto diretamente na prática, foi o

que viabilizou a aprendizagem, o que foi confirmado por todos os entrevistados, sem exceção, conforme será visto nos resultados.

A partir das observações em campo – o pesquisador como instrumento – e da análise das informações colhidas entre os sujeitos da pesquisa – os alunos do oitavo período – informações trazidas pelos Pré e Pós-Testes e categorizadas em tabelas para o estabelecimento de eixos de análise – pôde-se confirmar algumas hipóteses levantadas *a priori* e fazer algumas descobertas. Estas constituíram **momentos fecundos** da investigação, promovendo “**pontos de virada**” na perspectiva da investigação, abrindo novos horizontes.

Por ocasião dos Pré-Testes, na entrevista semi-estruturada inicial, haviam sido formuladas questões amplas e genéricas no intuito de fazer uma avaliação prévia do nível de conhecimento dos alunos – seus conceitos sobre como realizar um diagnóstico em Saúde Mental – especialmente sobre o que pensavam sobre quais seriam os objetivos a serem atingidos ao se propor fazer uma “escuta” de um paciente.

Os alunos haviam declarado se sentirem despreparados para realizar o atendimento dos pacientes com questões psíquicas ou psiquiátricas e mesmo para abordar as questões emocionais de qualquer paciente. As dificuldades sentidas pelos alunos para realizar esta abordagem dos pacientes foram amplamente discutidas: desde os Pré-Testes, durante o curso – a disciplina experimental –, e foram reelaboradas na avaliação feita nos Pós-Testes.

Observou-se, desde o início, que não havia uma percepção de uma possível diferença entre as propostas denominadas “Perfil Biopsicossocial” e colheita de “História de Vida”, encaradas como diferentes nomes para a mesma coisa, ou seja, teriam as mesmas finalidades.

A confusão dos conceitos era uma tônica: termos como “psíquico”, “emocional”, “psicológico”, “mental”, “psiquiátrico”, “cerebral”, e outros eram utilizados indistintamente, sem critérios claros. Os conceitos de “normal” e “patológico” em Saúde Mental eram atribuídos através de critérios quantitativos de intensidade e/ou frequência de sintomas comportamentais que fossem julgados pelo paciente, pela sociedade ou pelo médico como sinais de inadequação, ou de comportamento inadequado, em relação a um padrão de “normalidade” do seu meio social.

7.2.2 Viabilidade da transmissão

Inicialmente, já se verificou que a transmissão foi possível, utilizando-se a técnica de construção conjunta do conhecimento.

Como se vê pelas seguintes citações das falas dos alunos nos Pós-Testes, eles foram capazes de verificar a importância da colheita da História de Vida num novo enfoque para a prática médica na clínica em geral.

Os alunos do Centro de Saúde Santa Inês descreveram a viabilidade da transmissão através da vivência prática da entrevista dos pacientes, como uma experiência “definitiva.”

Al.1: – “Não é tão difícil assim”; “Foi surpreendente, eu vi que isso é possível.”

Al.2: – “Às vezes era até mais simples do que a gente imagina”; “Não é tão difícil assim.”

A HV vai ajudar o médico:

Al.1: – “Não imaginava que a HV ajudasse tanto”; “Me pode ser muito útil isso.”

Importância para a formação clínica: o clínico tem mais facilidade de abordar que o psiquiatra, devido ao preconceito do paciente.

Al.2: – “Pelo menos pra essa abordagem inicial eu percebi que o clínico tem essa facilidade muito maior”; “A abordagem tem que ser do clínico.”

Vivência prática é definitiva:

Al.2: – “Ficou sólido, assim eu acho que nunca mais na vida ninguém que faz essa disciplina vai conseguir esquecer isso.”

Viabilidade da transmissão - é com o paciente que o aluno percebe o objetivo da disciplina e desperta o seu interesse.

Al.4: – “Eu vi realmente o objetivo da coisa depois de ter visto os pacientes.”

Al.8: – “Foi muito importante os casos.”

7.2.3 Lacunas na formação do médico

Nos Pós-Testes, os alunos foram capazes de perceber as lacunas existentes no conhecimento e na formação atual do médico, tanto para os médicos mais antigos quanto para seus atuais colegas da faculdade de Medicina da UFMG, através da comparação que fizeram entre o seu próprio desconhecimento antes do curso e das descobertas que fizeram através dele.

Vários alunos testemunharam sobre o desconhecimento na formação do médico, como nas citações a seguir:

Al.2: – “Meu pai tem 40 anos de formado, e ele não tem assim a noção que a gente teve agora.”; “Meu namorado também faz medicina no nosso período... um vigésimo das coisas que a gente aprendeu aqui, ele não fazia noção.”

Al.6: – “Não sabia conduzir uma entrevista com uma criança.”

As descobertas feitas pelos alunos serão analisadas e discutidas pormenorizadamente, visto que foi a partir delas que foi possível obter a confirmação da ocorrência efetiva de uma transmissão do conhecimento, atingindo os objetivos propostos. Essa transmissão só foi viabilizada, aliás como uma descoberta feita pelos próprios alunos, através desta proposta metodológica adotada, sem a qual não se concebe outra via de transmissão possível deste tipo específico de conhecimento.

A partir da constatação das deficiências na sua formação, os alunos puderam formular críticas e sugestões às propostas de Metodologia de Ensino-Aprendizagem vigentes no currículo atual da faculdade. Estas críticas e sugestões incidiram desde a primeira etapa desta disciplina experimental, estendendo-se como uma proposta mais ampla visando o aperfeiçoamento da metodologia com uma abrangência mais geral em todo o curso médico.

Críticas e sugestões dos alunos: Os alunos foram capazes de apontar deficiências e de sugerirem mudanças, como se verá a seguir.

7.2.4 Necessidade de nivelamento da turma

A formação teórica deficitária em psicanálise que, na faculdade, não foge ao paradigma hegemônico, é centrada na psicodinâmica, na chamada “Psicologia do Ego” de origem americana e nas terapias cognitivo-comportamentais. Nesta concepção, a Psicanálise é vista como um método terapêutico_entre vários outros, os quais seriam não só mais “eficazes” quanto mais comodamente compatíveis com o modelo das neurociências.

Foi a partir dessas concepções imprecisas e rudimentares *a priori* que foram levantadas as dificuldades dos alunos, no sentido de perceber a necessidade e os objetivos da realização de uma colheita de História de Vida.

7.2.5 Críticas à metodologia de ensino e aprendizagem em Saúde Mental no currículo atual

Os alunos foram capazes de perceber as deficiências em sua formação que poderiam ser atribuídas à concepção das disciplinas de Saúde Mental, como tem sido no currículo atual da faculdade. Seguem-se seus comentários:

Críticas às disciplinas de SM:

“GDs” sem referenciais teóricos: – “Uma coisa meio pessoal, nada dirigido, ninguém preparado para uma discussão daquele jeito.”

Falta de consistência teórica na aprendizagem dos conceitos em SM: – “Vi na prova final gente desesperado sem ter idéia de que questões assim...”; – “Vi gente na prova estudando feito louco, indo decorar livro, estudando em dicionário médico...”

Al.8: – “O jeito que essa matéria de SM é dada pra gente é muito ruim... eu acho que eles conseguem desestimular todo mundo, sabe? Vocês já viram aquele preconceito e só reforçam aquele negócio que não presta mesmo...”

7.2.6 Sobre a aprendizagem da técnica de entrevista aberta

Com perguntas não-indutivas, os alunos tiveram uma percepção aguda da sutileza para a formulação das perguntas. Exemplificamos a seguir:

Aprendizagem da técnica de entrevista: Al.2: – “Era mais pelo que ela desejava e falando eu ia perguntando, mas ela é que ia guiando o lado assim.”

Aprimoramento da técnica de entrevista na prática: Al.3: – “Você já vai avaliando... o que você induziu, o quê que você não induziu, é com a prática, né?”.

Necessidade da supervisão na prática: Al.5: – “Às vezes tem algum tipo de indução na sua pergunta que você não tinha notado.”

Validade da teoria prévia: Al.6 – “Você pode induzir o paciente de tantas formas, eu acho que muitas vezes sem saber a teoria, você pode induzir muito mais.”

7.2.7 Principais dificuldades dos alunos

Durante todo este processo de transmissão e construção conjunta do conhecimento, sempre eram lembradas e retomadas para debate as duas principais dificuldades enfrentadas pelos alunos:

1º. Como abordar o paciente sem se sentir constrangido ou com “vergonha” de “invadir” a intimidade do paciente - o que, por sua vez, foi especificamente relacionado ao fato de:

2º. Não saber o que fazer, o que perguntar, ou de não poder “fazer” nada pelo paciente, de não poder lhe dar um “retorno”.

7.2.8 Impotência e ferida narcísica

Foi árdua e amplamente debatida a questão da impotência do médico para “resolver” ou “curar” qualquer psicopatologia na área da Saúde Mental, sendo encarada como uma entidade nosológica de etiologia a esclarecer, ou mesmo se atribuindo uma explicação por uma causalidade orgânica como sendo uma “doença” psiquiátrica. Essa impotência é sentida profundamente pelo médico como ferida narcísica, que vai numa direção totalmente oposta às necessidades – e por que não considerá-las até mesmo requisitos – para possibilitar o exercício árduo, penoso e doloroso da profissão médica.

7.2.9 Dificuldades na abordagem e seleção dos pacientes

Nos relatos dos alunos pode-se perceber um certo constrangimento, ao qual eles se referem como uma “vergonha” de “invadir” a privacidade do paciente, a sua intimidade. Isto se deu como se verá a seguir.

Dificuldades para abordar e selecionar os pacientes:

Principal dificuldade: abordar o paciente para entrar na pesquisa: Al.1: – “No início a gente ficou com medo de melindrar o paciente”.

Dificuldade na seleção dos pacientes para a HV: Al.4: – “Talvez acho que só nesses pacientes mais característicos mesmo que seriam os pacientes que a gente iria selecionar no posto mesmo pra poder fazer.... Eu não sei se realmente eu conseguiria ver em quem que seria necessário.”

Viabilidade da obtenção do consentimento da paciente: Al.5: – “Acho que não é fácil, não, mas é exequível. Assim, ele pode aceitar ou não.”

7.2.10 A “vergonha”

Dúvidas como projeção e fuga de suas angústias. Vergonha de invadir a intimidade do paciente: Al.2: – “Será que ele quer falar? Será que agora ele está

preparado para responder? Ou é melhor eu deixar para quando ele tiver o interesse de falar?”

7.2.11 O medo da identificação com o paciente pela empatia

Sensação de rivalidade com o paciente: Al.2: – “Fica parecendo que o paciente está te rivalizando assim, está inventando aquela dor só pra te desafiar.”; Al.3: – O médico acha “que ele vai ter que sofrer junto com o paciente”.

Angústia pela identificação com a estrutura da Neurose: Al.8: – “Fiquei muito angustiada...você ficou falando das estruturas, eu fiquei me enxergando...aquilo lá mexeu muito comigo...eu fiquei vendo... o tanto que o trem é forte... é a base, é a minha base, o trem não muda, esse trem não vai mudar, eu não estou agüentando esse sofrimento da estrutura neurótica, do ai, ele me ama, ele não me ama, o quê que eu faço para ser mais especial...”; “A ficha só caiu naquele dia, de tanto que eu sou neurótica.” (Comentário: se o neurótico não quer saber disso, se ele não quer ver isso nele mesmo, como é que ele vai ver isso no outro?)

7.2.12 Formação teórica deficitária, levando ao preconceito contra a Saúde Mental.

Verificamos dificuldades relativas à formação teórica deficitária que leva a um correlativo preconceito contra a Saúde Mental: Al.1: – “Eu não sabia como é que eu ia introduzir isso.”; – “Uma dúvida minha era de como que aborda isso”.

O desconhecimento leva à falta de interesse: Al.2: – “Ninguém consegue entender o objetivo, (a matéria) é uma coisa tão jogada... a pessoa fica completamente maluca com aquilo, e a primeira coisa que ela vai fazer e ela vai falar até o final do curso é: esse povo é todo maluco”.

Preconceito contra a psicanálise: Al.2: – “Esse tal de Freud é muito pervertido, tudo que ele falava era de sexo... parece que está falando só de pornografia”.

Expectativa e mudança: Al.8: – “Eu achava que ia ser igual ao 7º. Período mesmo. Foi uma surpresa boa na verdade porque foi diferente de tudo que a gente tinha feito.”

Fragmentação do curso: Al.8: – “Quando você estuda lá Freud..., aí quando você pega o caso, parece que uma coisa não tem nada a ver com a outra.”

7.2.13 Preconceito contra sexo

Sexo é tabu: Al.2: – “A gente não conversa naturalmente sobre sexo com ninguém, não é só porque ele vai se tornar médico que isso vai mudar assim de uma hora para outra.”

Analogia (incompleta) com a Ginecologia: Al.2: – “Na Ginecologia a gente fazia perguntas sobre a sexualidade, sobre a relação sexual”. (asepsia da sexualidade: concepção da genitalidade em que o interesse do médico está relacionado com fins reprodutivos.)

7.2.14 Preconceito contra somatizações (o “piti”)

Pode-se notar que esse preconceito contra a Saúde Mental é extensivo ao próprio conceito de “Psicossomático”, pelas dificuldades de abordagem deste tipo de paciente, como vemos nos relatos a seguir:

Al.2: – “Eu sempre tinha uma dificuldade muito grande de conseguir entender o quê que era isso”.

Credibilidade para as queixas do paciente (“invenção” do sintoma?): Al.2: – “Por quê que a pessoa vive assim, sabe? Não é por simples prazer de aparecer num médico inventando um tanto de coisa.”

Percepção da resistência do professor: Al.6: – “Para a clínica, o paciente psicossomático era para não aprofundar. Ele falava: *ai não precisa nem...ai deve ser uma neurose, isso está na cara*. Isso é lógico que não tem nada, não tem uma doença orgânica assim, sabe?”

Percepção da insuficiência do rótulo: Al.6: – “Como está na cara, então não precisa aprofundar naquilo?” “Será que a dor dela existe mesmo?”

Percepção do psicossomático como a impotência do médico: Al.6: – “Se eu não consigo, já terminei tudo e a paciente continua sentindo todas as dores, ah! É psicossomático! Tipo assim, a pessoa vai ter que conviver com isso mesmo porque não tem nada que eu possa fazer.”

Tentativa de elaboração da ferida narcísica: Al.6: – “Uma coisa que eu não posso, mas que ninguém pode... é um problema que ninguém vai conseguir resolver.”

Encaminhamento (e questão ética): Al.6: – “Não é mais comigo, eu fiz tudo que podia, agora é psicossomático, então passo pra frente.”

Preconceito contra o “piti”: Al.2: – “Todo mundo vai ter raiva, todo mundo vai falar: *Ah! Lá vem mais um piti. Entendeu?*” (...) “é abstrair que isso aí é uma doença também, sabe?” (...) “o médico tem raiva daquele paciente estar ali, porque ele está ocupando o lugar de outro” (que ele poderia ajudar, sendo que a este não).

7.3 Ponto de virada na pesquisa

Nessa etapa de construção da pesquisa já se pode vislumbrar a primeira “descoberta”: a dificuldade para selecionar um paciente, ligada ao preconceito contra a Saúde Mental e aos pacientes “psicossomáticos”, estava relacionada à **expectativa da escuta com uma intenção terapêutica**, como vemos:

Al.6: – “Para quê que eu vou selecionar o paciente, se eu não vou estar ajudando ele?”; “Eu acho que não estou ajudando o meu paciente, eu não sei se ele está melhorando”; “Eu não sei o quê que ela tem. E aí, quê que eu vou fazer?”.

7.3.1 Reivindicação de respaldo

A necessidade de “respaldo” sentida e reivindicada pelos alunos repousa tanto no medo da excessiva empatia, da identificação com o sofrimento do paciente, por achar que teria que “sofrer junto” para melhor compreendê-lo. Isto gera uma angústia que levaria tanto a um imobilismo, quanto a uma certa necessidade defensiva de construir um “preconceito” contra o paciente, considerando-o como um “estranho”.

Esse “estranho”, conceito desenvolvido por Freud, revela um encontro com o que há de nós mesmos com o incompreensível, o inassimilável, o que precisamos recalcar. A necessidade do recalque, como estrutura fundante da neurose, é um dos pilares de sustentação da nossa existência no mundo, como forma de sobrevivência às exigências da civilização.

Observe-se as demandas feitas pelos alunos de respaldo, no sentido de aliviar seu medo e insegurança:

Al.1: – “As nossas dificuldades a gente discutiu muito”; “As dúvidas que eu tinha, eu trouxe.”; Al.2: – “É uma coisa tão difícil, ainda mais em posto...eu fico até, eu chego em casa com vontade de chorar, e me sentia covarde, menor e inferior por causa disso.”

Sentimento de culpa do médico, que se sente responsável pelo paciente:
 Al.2: – “Eu achei que foi falha minha”; “Me senti despreparada, sabe, como se eu tivesse errado na condução daquele caso ali”.

7.3.2 A questão da identidade médica

Para o exercício da “arte de curar”, como fala Hipócrates em nosso juramento, devemos suportar as agruras do enfrentamento com a morte, a dor, o sofrimento, a impotência, a castração – o que, em última análise, nos remete ao encontro com nossa própria “falta-a-ser” (conceito lacaniano). Até que ponto a prática médica não requereria ou mesmo exigiria o desenvolvimento ou a exacerbação de uma pretensão “fálica” inicial como pilar ético da própria profissão?

Pode-se observar que esse sofrimento em suas profundezas remete ao ser do próprio médico, em sua relação com a identidade médica.

7.3.3 A escuta vista como terapêutica

A constatação deste “ponto-de-virada” foi a descoberta, feita pelo pesquisador, da escuta vista como terapêutica sendo uma dificuldade, como se vê nos relatos a seguir:

Al.3: – “Como que eu posso conduzir isso aqui sem uma proposta de terapeuta da paciente, que eu não daria conta de ser a terapeuta dela como clínica.”; “Se eu não puder encaminhar para um psiquiatra, quê que eu posso fazer com ela?”

Al.4: – “Ainda restam essas dúvidas do quê que eu vou fazer depois, se eu vou dar conta de continuar ajudando essa paciente depois.”; “Se a gente puder fazer alguma coisa depois com isso... não poder dar uma ajuda pra pessoa depois... se a gente puder dar esse retorno pra paciente...”; “Acho que se ela estivesse mais bem-resolvida assim, talvez nem essa dor ela não teria.”; “Mesmo sendo a paciente fazer uma análise assim, mas não um retorno, parecendo alguma coisa terapêutica, mesmo.”; “Se ele achar que ele não dá conta de resolver aquele problema, que seja encaminhar.”

A “escuta” vista como catarse: Al.6: – “Se ela for escutada mais vezes, isso vai ser terapêutico”; Al.8: – “Acho que é aquelas coisas de tentar fazer depois uma psicoterapia, dessa comportamental, é meio que a gente ficava focando os problemas atuais, e as vezes ia na família e tal, mas era muito baseado nas coisas atuais da pessoa assim. Era uma coisa bem do agora.”

7.3.4 A observação-participante: o pesquisador como instrumento

A partir da constatação do interesse profundo dos alunos em “ajudar” o paciente e, ao mesmo tempo, de sua raiva e revolta por sua própria impotência, o pesquisador, enquanto observador-participante, num lugar de identificação com os sujeitos da pesquisa, pode então fazer uma descoberta que foi considerada por ele mesmo como um “ponto-de-virada” nesse processo de construção da pesquisa-ação.

Durante todo esse processo de construção da pesquisa, o pesquisador sentia ou até mesmo intuía as dificuldades relatadas pelos alunos, mas ainda não conseguira formular uma visão clara de onde se situaria o “nó” que dificultava a transmissão dos objetivos. Nesse momento, ele pode vislumbrar a diferença de perspectiva fundamental.

Todo o enfoque percebido pelos alunos (ou dado a eles pelas concepções das disciplinas de Psicologia Médica no currículo atual) era que a escuta do paciente propiciava, pelo desabafo, uma “catarse” - ou seja - a perspectiva de abrir um espaço para que o paciente pudesse falar teria por si só um efeito terapêutico. Isto é um fato incontroverso, conhecido sobejamente, da função terapêutica do médico.

7.3.5 O medo do desconhecido “estranho” e da responsabilidade

Freud, em 1919, descreveu a possibilidade do médico se introduzir nesse desconhecido “estranho” do paciente. Essa situação é vivida como constrangedora pelo médico, ao desencadear um grande medo pela responsabilidade que ele estaria assumindo na condução do caso. Haveria necessidade de uma supervisão contínua por um outro profissional que estivesse habilitado para tal? O médico tem consciência de suas limitações – de que sua formação não o capacita para este tipo de atendimento, que isso extrapola seu âmbito de atuação – e portanto, corretamente aliás, delega esta função para os profissionais habilitados, encaminhando o paciente.

Miller (1998), a esse respeito assim se pronuncia:

“Podemos esbozar uma tipologia de los oyentes de quejas, pues el analista no es el único oyente de quejas em la sociedad; el médico también es um oyente de quejas, pero, uma vez que há oydo la queja, pasa a interrogar el cuerpo. Preimero lo escucha a usted y después, interviene com lãs manos o com algunos instrumentos. Terminando por el escáner, ahora, donde uno no tiene nada que

decir: com el escáner se termina la palabra, es una pura lectura automática del cuerpo mudo; el cuerpo no es mudo, es el sujeto el que se debe callar cuando el aparato científico lee su cuerpo; usted no tiene nada que decir. Últimamente escuché que, no sé em que país, habían olvidado el paciente em el escáner por 27 horas...i um poco de descuido! Es decir, hay um saber en el cuerpo, hay um aparato para leerlo y el sujeto que habla, el ser hablante, está realmente anulado por esta operación, a tal punto que, uma vez la lectura es hecha, se olvida totalmente, como um cadáver, el ser hablante.

Esse es um oyente de quejas, el médico, quién, después de uma sessão preliminar, em cierto modo, pasa a interrogar el cuerpo. A vezes, hay que decir, hay médicos que no hacen eso; um médico general, por ejemplo, empieza a entender que mientras más escucha al paciente, menos necesita interrogar al cuerpo. He visto a um médico general – por supuesto analizante – poco a poco convertirse em uma suerte de psicoterapeuta analista, solamente postergando el momento de interrogar al cuerpo; interrogando poquito el cuerpo para ver que no haya nada orgânico grave, y descubriendo que el paciente volvía solamente para repetir su queja; es como el reinvento del psicoanálisis, el reinvento salvaje del psicoanálisis.” (MILLER, 1998, p. 28-29)

7.3.6 Causas da omissão

O medo da responsabilidade paralisa o médico, o que o leva a se omitir, como podemos ver:

Al.2: – “Medo do quê que você vai ter que dar pro paciente depois, entendeu? Dar atenção?”; “Além dessa *responsabilidade* - entre aspas assim - pela criança que realmente tinha uma doença e ainda pegar os problemas dela.”

Al.3: – “Pelo fato da gente colher a HV a gente vai ter que suportar tudo, né?”

Al.4: – “Só abrir, tipo fazer essa única vez e nunca mais fazer nada – isso que eu acho difícil assim.”; “Ou você fica querendo resolver tudo, ou você fala assim, você se resolve.”

7.3.7 A mudança de percepção no papel do médico

Esta questão ética e o dilema do médico sofreram mudanças que foram captadas nos Pós-Testes, da forma como se segue:

Falta de clareza sobre a questão ética: Al.2: –“Até que ponto eu devia ir e até que ponto é problema dele?”;

Concepção de Retificação Subjetiva e responsabilização do paciente: Al.3: – “...o médico saber que ele é agente de transformação, mas transformar o paciente como ele próprio agente de transformação na vida dele, na história dele.”

O médico como agente de transformação social: Al.3: – “É eles que vão ver o quê que eles podem fazer por eles mesmos.”

Questionando o lugar e o papel do médico: entretanto, ao evitar ou fugir desse encontro (que é sempre faltoso mesmo), escapa-lhe uma oportunidade

preciosa – a de conhecer com um pouco mais de profundidade o seu paciente. Ele se sente incapaz de formular pelo menos uma hipótese diagnóstica prévia , para poder se situar quanto a seu próprio lugar na transferência feita por aquele paciente, o que constitui a única bússola capaz de nortear com alguma segurança a abordagem e a condução de um caso.

7.4 Revendo os pressupostos teóricos

7.4.1 A teoria do “trauma” e a concepção de que os sujeitos são todos iguais

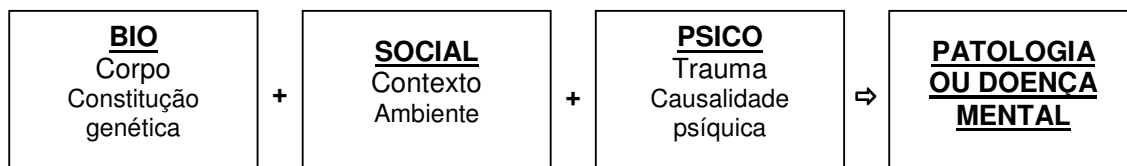
Verifica-se que as concepções prévias dos alunos sobre as “doenças” mentais e os sintomas psíquicos dos pacientes eram confusos, como resultado de um pressuposto comum: o de que todos os seres humanos seriam iguais, não fosse uma carga genética diferente - biológica ou constitucional - e as vicissitudes do meio social ou do destino.

Essa concepção adotada pela psicodinâmica, aliada à teoria dos “mecanismos de defesa do Ego” e da chamada Psicologia do Ego, implica o “trauma” como o evento psíquico desencadeante ou o agente estressor responsável pela causalidade psíquica.

7.4.2 A teoria da causalidade psíquica traumática

Tentaremos sintetizar essa concepção da seguinte forma: o sintoma psíquico seria explicado ou justificado pela ocorrência de um “trauma” – concebido como um agente desencadeante, um evento estressor ocorrido por vicissitudes ambientais ou sociais do destino – incidindo sobre um organismo constitucionalmente debilitado ou fragilizado que sofreria, em alguma etapa do seu desenvolvimento libidinal, alguma “fixação” ou “regressão”, o que levaria à consequência do tão falado e repetido como um jargão “complexo de Édipo mal-resolvido”.

Esquemáticamente:



Dizendo de outra forma: o sintoma psíquico concebido como Patologia ou “doença” mental seria explicado pela incidência, sobre um organismo predisposto, de circunstâncias ambientais ou psico-sociais que, desencadeando uma alteração nesse organismo, se manifestaria como uma patologia ou doença.

Este é um raciocínio plausível, lógico e bastante simples para se tentar “compreender” os fenômenos psicopatológicos incompreensíveis, transferindo-os para a categoria do “explicar” jasperiano, ou seja, baseando essa “explicação” numa entidade mórbida postulada. Podemos nos perguntar, a esta altura: *Quais as conseqüências que estes pressupostos, ou esta concepção prévia, poderiam trazer sobre o exercício da prática médica?*

7.5 Conseqüências para a prática médica

7.5.1 Os organismos são todos iguais

Considerando que o corpo é concebido como uma máquina composta pela chave do código genético, do ponto de vista da matéria – química e física, moléculas, energias elétricas e neurotransmissores – ele seria passível de ser totalizado ou decifrado pela ciência. Ou seja, os organismos seriam materialmente iguais, sendo as suas diferenças teoricamente passíveis de serem eliminadas por uma intervenção “curativa”.

As vicissitudes ambientais, chamadas psico-sociais – ou às vezes até mesmo é utilizado o termo “ecológico” – seriam as responsáveis pela diversidade observada na expressão fenotípica dos genes, que poderiam vir a se manifestar ou não, dependendo da intensidade do estímulo *versus* a resistência do hospedeiro, ao tentar se defender contra o invasor.

Essa concepção da “doença” mental como um parasita alienígena que invade um corpo tem uma conseqüência lógica inevitável. Leva a crer que esse “corpo estranho” teoricamente poderia ser extirpado através de alguma intervenção médica, farmacológica ou até mesmo cirúrgica. Citando um aluno:

– “Acho que restringir a só aquele momento atual é virar e falar que ela tem um vírus.” (Al. n° 1)

7.5.2 A dificuldade trazida pelo rótulo diagnóstico

O rótulo diagnóstico em Psiquiatria e a comunicação do diagnóstico ao paciente foram exemplificados por vários alunos.

A comunicação do diagnóstico ao paciente: Al.2: – “Como que você vai passar o diagnóstico do que ela tem?”

O rótulo não é suficiente: Al.2: – “Assim é por causa dela mesma, das coisas, de repente ela tem aquela dor crônica, sabe?”

Dificuldade de responder ao paciente sobre o rótulo diagnóstico: Al.4: “Eu não sei se é certo responder pra paciente.”

Necessidade de uma aula sobre a comunicação do diagnóstico ao paciente: Al.4: – “Tipo, tal perfil de paciente pode receber uma resposta assim.”; Al.5: – “O diagnóstico psiquiátrico é uma coisa ofensiva: Você tem que, não sei, ir dobrando o paciente, tem que aceitar o diagnóstico dele.”

7.5.3 O diagnóstico “somático” e a medicalização

Ao médico caberia, então, detectar a presença desse “corpo estranho” através de um “*diagnóstico sintomático*” – expressão cunhada pelos próprios alunos – e medicalizá-lo, ou seja, tentar extirpá-lo, como se restituindo ao corpo a sua integridade original.

Somente isto já gera uma certa “pressa”, uma sensação subjetiva de urgência no sentido de uma medicalização precoce dos sintomas. As questões psico-sociais, emocionais, ou os sintomas psíquicos, não seriam considerados da alçada da atenção médica. Portanto, para esse atendimento, os pacientes devem ser devidamente encaminhados (de modo geral à psicologia cognitivista, como se subentende).

7.6 Para que serve, então, a Psicologia médica?

Resta-nos, pois ainda voltar a reforçar uma última questão: já que não é considerado da alçada do médico o atendimento ao sofrimento psíquico do paciente, para quê, então, mesmo, se ensinar Psicologia Médica? Para o médico meramente ter uma noção imprecisa se deve encaminhar o paciente para a Psicologia e/ou para

a Psiquiatria, ou para tentar ele mesmo fazer algum tipo de abordagem? Ainda: se o médico suspeitar da necessidade desse atendimento, ou mesmo se ele se propuser a fazê-lo, qual o tipo de conduta terapêutica é proposta pelo paradigma hegemônico da Psiquiatria contemporânea?

7.6.1 Para que a colheita da História de Vida e quais os riscos para o paciente?

Nos Pré-Testes os alunos admitiram que o chamado “Perfil Biopsicossocial”, que se resumiria num corte transversal do momento presente, do agora, seria o resultado ou a conseqüência de toda a história de vida anterior, que confluiria e desembocaria neste panorama atual.

A colheita de História de Vida era mais concebida como a chamada “Anamnese Biográfica”, mas como não tinham elementos para orientá-los na coleta e tratamento das informações obtidas, eles simplesmente não eram capazes de perceber claramente o motivo ou mesmo a necessidade de fazê-la.

Se o “Perfil Biopsicossocial” consiste numa síntese de todo o ocorrido anteriormente, e já que não se considera atribuição do médico abordar esses “traumas” psíquicos passados, permanecia uma confusão entre: em que consistiria exatamente esta sondagem da “visão de mundo” do paciente, do ponto de vista de uma investigação semiológica, quais os conceitos que norteariam esta investigação, quais as finalidades e, principalmente, quais os riscos.

7.6.2 O “modus operandi” da Psiquiatria e o cômodo acasalamento com as Terapias Cognitivo-Comportamentais

Podemos verificar, nos livros de Psiquiatria do paradigma hegemônico atual (Kaplan, 2003), que, ao lado dos conceitos simplificadores e reducionistas da psicodinâmica, o que se preconiza e aceita são as técnicas das Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCCs). A perspectiva e abordagem das TCCs são condizentes com o paradigma biológico, ao tentar conciliar uma separação radical entre corpo e mente, delimitando os espaços de atuação do médico e dos outros profissionais que atuam na área psi, que ficariam cada um em sua área de atuação, paralelamente - ou seja, não se encontrando jamais. Ocorre um acordo tácito no qual a medicação é considerada quase como uma condição *sine quae non* para possibilitar os efeitos da psicoterapia e, assim, “cada macaco no seu galho”, foi estabelecido um *modus operandi* e uma convivência pacífica dentro do sistema de saúde.

A incidência dos sintomas psíquicos na formulação das queixas do paciente é repartida ao meio: por um lado, as queixas psíquicas são consideradas orgânicas – porque “medicalizáveis” ou passíveis de alívio sintomático pelos medicamentos – e, por outro, não são objeto de atenção do médico e, portanto, basta se tratar os sintomas. O atendimento ao sujeito psíquico não é atribuição do médico, que somente tratará o corpo.

Citando um aluno:

- “A pessoa pensa que escutar é só terapêutico, então se ela não vai poder fazer terapia, porque ela não sabe, então ela passa batido.” (Al. n.º.1)

7.7 Qual é o lugar e o papel do médico na transferência?

7.7.1 A insegurança e o “*furor sanandi*”

Toda aquela insegurança relatada pelos alunos repousava sobre a concepção de “médica boa”, descrita mais à frente como categoria de análise: curadora, redentora, salvadora. O médico se atribuía uma intenção terapêutica, e este desejo levava inevitavelmente ao *furor sanandi* descrito por Freud.

– “A pessoa tem uma cardiopatia chagásica e depressão, então para Chagas a gente vai fazer isso e para depressão a gente dá antidepressivo, entendeu?” (Al. n.º 1)

7.7.2 O desconhecimento da transferência

O papel do médico, no lugar que lhe é depositado pelo paciente na Transferência, que é correlata a sua Estrutura, é simplesmente ignorado.

O desconhecimento: Al. 5: – “Qual a finalidade do diagnóstico precoce?”; “O quadro da psicose, por ser um diagnóstico tão pesado, sombrio...Vou fazer um diagnóstico precoce com qual finalidade assim?”

Desconhecimento das possibilidades de intervenção precoce: Al. 5: – “Que abordagem que a gente pode ter com um paciente desse, quê que a gente pode fazer com relação a esse paciente pra tentar adiar, evitar o surto assim, ou é que a gente fica só esperando?”

7.7.3 Conceito de transferência

Esta noção de Transferência como uma reedição dos amores arcaicos do paciente pelas figuras parentais, que é repetida na relação terapêutica, já é normalmente um conteúdo da Disciplina do segundo período Psicologia Médica. Por

ocasião do segundo período do curso, por se tratar de uma disciplina puramente teórica e os alunos ainda não terem contato direto com pacientes, eles não tem possibilidade concreta de absorver este conceito. Pareceria até mais fácil entenderem o que seria uma “contratransferência” (LAPLANCHE, 1967, p.146), porque de alguma forma vivenciam em si próprios esses sentimentos, mesmo sem saber o motivo.

Fazendo uma analogia da relação médico-paciente com a experiência psicanalítica, pode-se afirmar que **é o paciente que, sob Transferência, interpreta a posição do médico**, segundo sua própria *fantasia* e seu *modo de gozar* com seu sintoma. Não se propõe que seja necessário para o médico detectar exatamente este ponto de *gozo do sintoma*, mas sim que pelo menos tenha conhecimento da sua existência, para não se deixar ser surpreendido por ele.

Nos ensinamentos legados pela Semiologia, a Queixa Principal do paciente deverá ser decifrada pelo médico, através dos Sinais e Sintomas. O código Semiológico é uma mistura de ambos, sendo que os Sinais são dados objetivos, “concretos”, mensuráveis pelo Exame Físico e pela clínica do olhar, decodificáveis pelo jargão semiológico. Enquanto que os Sintomas são queixas subjetivas formuladas pelo paciente, em seu próprio linguajar.

Ao se ensinar Semiologia para os alunos, uma das principais preocupações é justamente transmitir para os alunos a capacidade de perceber as diferenças existentes na linguagem e nas expressões usadas pelos pacientes, em função de sua visão de mundo e de seu contexto ambiental – sua classe econômica, sua escolaridade, sua profissão, sua cultura, seus valores, sua linguagem.

A grande dificuldade que desvirtua essa avaliação dos Sintomas, com o conseqüente “juízo” subjetivo feito pelo médico, é exatamente a crença, como pressuposto básico, de que todos somos iguais do ponto-de-vista psíquico e portanto podemos “julgar” o outro a partir de nós mesmos, num lugar de pura empatia e identificação, como se fôssemos “iguais”.

Nessa Disciplina Experimental o conceito de Transferência foi trabalhado de uma forma operadora. Quando se demonstra, na prática do caso clínico, a existência do Inconsciente que governa o sujeito sem que este saiba disso, torna-se muito mais evidente esta separação entre o desejo do médico e o desejo do paciente. A percepção desta separação foi constatada pelas afirmações coletadas nas seguintes categorias de análise: O desejo do médico e a Posição Subjetiva do Neurótico.

O paradigma dominante em vigor na Saúde Mental desconhece – ou simplesmente omite – (por motivos que lhe interessam e que ficarão como tópico para desenvolvimentos futuros) – que a Psicanálise pode ser empregada como um instrumento de diagnóstico, tal como proposto por Jacques Lacan em sua primeira clínica. Este foi o instrumento diagnóstico utilizado nessa disciplina experimental, para provocar mudanças nessa concepção de prática médica.

7.8 Objetivos atingidos

Nesta primeira etapa da pesquisa, os objetivos propostos pela colheita da História de vida foram divididos em:

- Diagnóstico Estrutural
- Diagnóstico precoce e
- Suspeita de risco de Auto-Extermínio (A-E) em pacientes “predispostos”.

Verifica-se que ocorreu a percepção das diferenças entre a História de Vida e o chamado “Perfil Biopsicossocial”, e mesmo da chamada “Anamnese Biográfica”. Os alunos foram capazes de perceber as diferenças desta técnica de entrevista e o que se intitula “viés semiológico”, como veremos.

Diferença entre Perfil BPS e HV: Al.1: – “Eu acho que foi uma coisa que mudou em relação ao Pré-Teste.” ; “No final todo mundo conseguiu acompanhar.”

Perfil BPS x HV: Al.3: – “Eu consegui cair a ficha assim mais no final mesmo.”
 Conceito da “Anamnese biográfica” se confunde com o Perfil BPS – verbos só no presente: Al.5: – “O quê que ela *pensa*, e como é que *é*, e como que *está*...”; “Não é ver em quê que a pessoa está inserida *no momento*”.

Percepção da diferença na técnica de entrevista: Al.7: – “Quando a gente ia fazer o Perfil BPS você não deixava o paciente fazer livre associação de nada... na época não tinha também essas coisa de não tentar induzir, não fazer perguntas demais, na época não tinha esse conhecimento de deixar ele falar totalmente livre, não.”

Mudança após a prática da entrevista com a paciente: Al.3: – “Depois que viram o caso da Nadia, assim o conceito sobre a disciplina mudou muito, nossa, produziu algo na minha vida, eu mudei, aprendi.”

Como abordar o paciente: Al.2: – “O quê que eu vou perguntar, o quê que eu vou fazer, o quê que eu vou ter que falar? A gente já sabe.”; Al.1: – “A gente acha que isso pode ser importante, *isso talvez não vá te ajudar, mas vai ajudar a gente*.”

7.9 Momento fecundo da transmissão: a contraposição do segundo caso ao primeiro

Quanto à metodologia de ensino-aprendizagem, todos os alunos enfatizaram como sendo o momento fecundo da transmissão, ou da “descoberta”, a entrevista do segundo caso – paradigma de Psicose, quando colocado em contraposição ao primeiro (paradigma de Neurose), pela surpresa com a falta, no segundo, do *romance familiar edipiano* que eles esperariam encontrar.

7.9.1 Estabelecendo o diagnóstico precoce

Objetivos da HV – estabelecer o diagnóstico: Al.1: – “Gostei das aulas teóricas...”

Idéia de “Diagnóstico precoce”: Al.2: – “Era uma coisa que ficava meio que desarticulada assim pra todo mundo.”; Al.6: – “Não sabia o que era diagnóstico precoce.”; “Falta de segurança nossa: tentar fazer um diagnóstico precoce, eu não entendia o que era isso. Faltava a teoria.”

7.9.2 Descoberta da utilidade da História de Vida

Al.3: – “Você pode prever ou ter uma noção do diagnóstico antes, pra saber como que ela vai se comportar, o prognóstico, como você pode tratar, como você pode intervir ou não.”

Al.4: – “No final eu vi esse objetivo, que seria o diagnóstico precoce assim, né?”

Al.5: – “Utilidade: Eu entendi o propósito da colheita da história, a gente fazer o diagnóstico precoce da estrutura do paciente.”

7.10 Mudanças na prática médica

Todos os alunos relataram mudanças qualitativas importantes e significativas para a prática médica clínica em geral, como se verá a seguir.

Al.2: – “Passa a ser obrigação nossa tentar essa colheita, sabe?”; “Acho que eu não me permitiria mais aquele famoso Ah! Não tem nada não.”; “É impressionante como agora os casos ficam muito mais evidentes, sabe? Eu acho que é pela proximidade da paciente com a gente.”

Mudança: antes da disciplina, achava que a HV era só para pacientes característicos, que tivessem algum indício de anormalidade. Al. 4: – “Uma adolescente chegou lá com uma alergia essas coisas assim e não tinha nada que me mostrava realmente que ela precisava de ter feito uma colheita de HV.” “Pelo menos começar, pra ver se realmente a paciente precisa daquilo ou não, né?”; “A adolescente parecia super tranqüila, não era tão característica assim nenhuma alteração nela.”

Mudança na percepção da abordagem: – “Se ela tivesse ido no posto sem pai...”; “Eu teria que tirar ele do posto, porque ele é bem nervoso assim.”; “Senão nem ela ia imaginar que ela ia se abrir, sabendo que o pai estava lá fora esperando.” Al.6: – “É diferente do que ficar só escutando, sem uma linha, sem identificar os pontos.”; “Depois que você vê a teoria você consegue identificar os pontos relevantes.”; “Se você tem uma teoria antes, você começa a buscar os pontos relevantes e você consegue ir construindo alguma coisa.”;

Al.7: – “Se a gente for deixar a pessoa falar, talvez a gente veja que tem alguma associação que pode ser importante para a pessoa.”; “Agora abriu espaço pra eu procurar saber... a gente tinha que ter mais conhecimento disso pra poder aplicar.”

Percepção da importância da HV: – “Você consegue ver, perceber essas pequenas coisas, sabe? E como que isso vai influenciar no todo do paciente. Por mais que você não esteja fazendo psicoterapia, mas na sua conduta *you know what* até que ponto o Tylenol vai resolver e até que ponto não vai adiantar nada.”

Comentário da aluna-colaboradora: – “Antes, achava que tinha que dar um remédio, o paciente tinha que aceitar e ainda achar que era bom.”

7.11 A estrutura da Neurose

As construções teóricas dos alunos sobre a estrutura da Neurose foram relacionadas à *Fantasia Inconsciente*, ao *complexo de Édipo* e à formulação da questão acerca do *enigma do desejo do Outro*. Assim, veremos em suas palavras:

Percepção pela aluna do casamento como desencadeante de conflitos: Al. 2: – “O povo só enlouquece depois que casa... o povo depois que casa fica tudo maluco, mas eu acho que é porque evidencia isso, sabe?” “*Então você percebe que a estrutura dela já vinha assim, desde sempre...*” (percepção de que é da estrutura da paciente).

Percepção da dúvida existencial do Neurótico e o “sentido” da vida – questão relacionada ao enigma do desejo do Outro. Al.6: – “Se eles queriam que eu nascesse, se meus pais me queriam. Se a pessoa vê sentido na vida ou não.”

7.11.1 O Édipo

A HV ajuda a compor a Estrutura Psíquica do paciente: Al.1: – “Se ela relacionar isso com o Édipo, é o indício assim que é neurótico”.

Descoberta da fantasia edipiana: Al.2: – “Eu não tinha visto o tanto que o marido era o pai e o pai era o marido da história.”; Al.4: – “Parece que isso é busca da vida inteira da pessoa, procurar um sentido para o que ela está vivendo, né? E justamente passando pelo Édipo. Antes, a criança acha que o sentido dela é existir para a mãe, depois ela vê que não é bem isso, aí ela tem que procurar um sentido para ela estar vivendo.”; “Parece que tudo é voltado para isso, pro ex-marido dela que é a cara do pai dela também, né? O marido era a mesma coisa do pai.”; “Acho que o sentido da vida dela é buscar o pai em alguém, que ela vê no marido agora, né?”. Al.2: – “A gente viu nitidamente a presença do complexo de Édipo” “a presença de um Édipo que a gente identificou bastante.”; Al.6: – “Abordar a infância do paciente, a relação com os pais, relacionamentos,... o complexo de Édipo.”; “Ficou muito claro assim, sabe, aquelas conexões ela - o pai dela”.

Al.8: – “Eu achava que complexo de Édipo era o pênis”.

7.12 O papel do médico e a suspeita do risco de Auto-Extermínio em pacientes “predispostos”

Avaliação do potencial para viragem maníaca: Al.1: – “Se você pensar numa viragem maníaca, por exemplo, eu acho que clareou”; Al.5: – “Acho que todo mundo que fez essa disciplina vai é ter um pé atrás agora pra começar um tratamento com antidepressivo. Não vai sair dando antidepressivo sem conhecer o paciente.”

A avaliação do risco de AE propiciou uma abertura: Al.6: – “A paciente fala pra mim que acorda de manhã e tem vontade de pular na frente de um caminhão e *eu falei pra ela ir embora pra casa e que ela voltasse dali a seis meses porque os exames dela estavam ótimos.*”

7.12.1 Sobre a confusão nos conceitos e Psicose e Bipolaridade

Revisão do conceito de Psicose: Al.1: – “Eu pensava que *bipolar não podia ser psicótico*. Psicose para mim era esquizofrenia.”; Al.2: – “*Eu não sabia que poderia existir um psicótico bipolar*”. “Psicótico ou psicopata era tudo igual”.

7.12.2 Analisando os pressupostos teóricos

7.12.2.1 O conceito de Bipolaridade visto pela Psiquiatria

Os conceitos de “Bipolaridade” e de “Psicose” são oriundos de paradigmas teóricos diferentes, que não podem ser superpostos. A origem histórica da categoria nosológica “Transtorno Bipolar do Humor” encontra-se desde a Psiquiatria Clássica, passando pelos rótulos de “Doenças Afetivas”, Distúrbios “Ciclotímicos” e outros.

Estes conceitos se confundem nas diversas classificações em Psiquiatria, desde sua descrição original feita no século XIX simultaneamente por Falret e Baillarger, citados por Bercherie (1989), que a intitularam como entidade nosológica: um por “Loucura Circular”, o outro por “Loucura de dupla forma”.

Kraepelin, também citado por Bercherie (1989), em sua famosa classificação do início do século XX, denominou-a “Psicose Maníaco-Depressiva”, agrupando-a no grupo das Psicoses Funcionais. Contemporaneamente, as modernas Classificações Estatísticas Diagnósticas em Psiquiatria – tanto no DSM quanto na CID – optaram por criar a categoria dos Transtornos do Humor, dentre os quais o Transtorno Bipolar inclui os subtipos I, II e III, com outros subtipos em fase de pesquisa para sua incorporação entre os critérios diagnósticos, continuamente revisados.

7.12.2.2 O conceito de Bipolaridade visto pela Psicanálise

Para a Psicanálise, esta forma de apresentação fenomenológica é considerada um Sintoma, o qual deve ser apreciado à luz de um diagnóstico diferencial de Estrutura. Ou seja: uma manifestação aparente de bipolaridade pode ser atribuída a estruturas diferentes, seja de Neurose ou de Psicose.

É necessário esclarecer que neste diagnóstico diferencial da Estrutura aparece um elemento complicador, que são as chamadas fases intercríticas, ou de aparente “normalidade”, com a volta ao *status quo ante*. Esta entidade muitas vezes pode se manifestar numa apresentação ambígua, intermitente, colocada sob a categoria dos “inclassificáveis” da clínica, configurando uma exceção ao Diagnóstico Estrutural tal como estabelecido numa concepção rígida pela primeira clínica de

Lacan. Este pode ter sido mais um dos motivos pelos quais ele foi impelido a criar a sua segunda clínica, com a teoria dos Nós Borromeus: Real, Simbólico e Imaginário. Nesta sua segunda formulação, ele previu a possibilidade de uma estabilização temporária na estrutura da Psicose, pela suplência do quarto nó. (MAZZUCA, 2000)

7.13 A estrutura da Psicose

Mudanças na percepção do conceito de Psicose: Al.1: – “A paciente neurótica foi percebida como *organizada*, e a psicótica como *desorganizada*”. Al.3: – “Isso ficou muito visível, é impressionante quando ela ia falando parecia que ia encaixando na minha cabeça assim.”; “Sem referência nenhuma a figura paterna, figura materna.”

Ausência de Édipo na psicose: Al.5: – “Ela não relatou ciúmes da mãe, não teve nada que a gente pudesse notar com relação a alguma rixa com a mãe, alguma rivalidade. Embora tenha sido desorganizada, deu pra colher. Não deu pra ver (Édipo).” Al.8 – “A gente não viu pai nem mãe ali...”

7.14 Mudanças na prática

7.14.1 Percepção e seleção dos pacientes “*sutis*”

Al.5: – “Triar, saber selecionar os pacientes que necessitam: saber diferenciar quais os pacientes que adiantam, ou não.”

Diagnóstico precoce dos pacientes “SUTIS” passa “batido”: Al.2: – “Acho que os “*sutis*” passaram.”; Al.7: – “Só se depender do paciente, da história de vida dele, se for mais gritante assim, aí eu percebo.”;

Diagnóstico precoce como “TRIAGEM”: Al.8: – “É meio que uma triagem, né? Não é uma certeza, aí o clínico ali faria um teste meio de triagem...”

7.14.2 Percepção da diferença entre o desejo do médico e a demanda do paciente

Al.2: – “Foi uma demanda dela e não minha inicialmente, né?”; “Ele tem essa demanda mesmo que não seja explícita ... e *ele se abre, quando o médico se interessa* por essa parte”.

Abordagem à demanda do paciente: Al.8: – “Como vou saber fazer se o paciente não gostar de mim? Tenho tanto medo daquele negócio da aprovação e

ficava tentando ser “a mais gente boa”. Aí depois eu pensei que a gente tem que ser diferente com cada um. O jeito da gente se portar frente a cada paciente é muito diferente sim.”

O desejo do médico, possibilitando o surgimento da demanda: – “Faltava era a gente querer mesmo perguntar... não tinha coragem de jogar perguntas... às vezes a gente tem vergonha de perguntar... às vezes *nem é o paciente que não quer responder.*”

7.14.3 A percepção do desejo do médico

O médico escolhe e enquadra o paciente: “Passei um remédio pra pressão, aí ela virou e falou: Mas e a minha dor no braço?”; “Você abstrair totalmente a queixa do paciente e se concentrar no que você quer, é o que a gente mais vê.”

Motivação e desejo do médico: Al.8: – “Isso, de uma certa maneira, desperta na gente essa necessidade de identificar pacientes que às vezes têm algum problema.”

O julgamento subjetivo do médico parte do princípio de que todas as pessoas são iguais: Al.8: – “Muitas vezes *é um julgamento, é uma opinião minha...* ela não é capaz de entender que as pessoas amam diferente do jeito dela, que as pessoas têm relacionamentos diferentes do jeito que ela acha certo.”

7.14.4 A mudança na concepção de “médica boa” e “alívio”

Essa mudança da perspectiva terapêutica para uma escuta diagnóstica proporcionou um certo “alívio”, uma diminuição do peso da responsabilidade, como podemos ver.

Al.8: – “Não era eu que tinha que ser uma *médica boa* para o paciente, que a gente tinha que se adaptar a cada paciente.”;

O médico não tem papel de onipotência: Al.8: – “Foi um alívio tão grande, porque eu achava que era meu ‘*karma*’, que eu ia ter que ouvir para sempre os *pacientes “saco-sem-fundo”, sabe?*”

7.14.5 Percepção da sobreposição de paradigmas

O Diagnóstico Estrutural não afeta o Diagnóstico Sindrômico ou Sintomático: Al.1: – “Deu para ver que são paradigmas diferentes assim, mas que no paciente as coisas se sobrepõem, sabe?”

Concomitância dos lados orgânico e psíquico: Al.2: – “Mesmo que tem orgânico de base, eles têm esse lado também”.

Os alunos constataram e enfatizaram a necessidade de integração das áreas clínicas com a Saúde Mental, ressentindo-se da falta de continuidade no atendimento do paciente. Observa-se, ainda, que a omissão da atenção médica em Saúde Mental se reflete nos prontuários, onde não se encontram relatos dos atendimentos nessa direção e se fazem alusões tangenciais referentes às questões psíquicas envolvidas, muitas vezes até esboçando comentários preconceituosos laterais.

8. DESENVOLVIMENTO II

8.1 Passagem da primeira para a segunda etapa

Construindo o “*modus operandi*” para a entrada em campo:

Os alunos da primeira etapa fizeram suas críticas e sugestões visando o aperfeiçoamento da metodologia da Disciplina para o próximo semestre. Deram muita ênfase à necessidade de captação dos pacientes para que as entrevistas pudessem ser realizadas o mais precocemente possível, o que permitiria aos alunos um melhor aproveitamento desta conjugação teórico-prática. Com este objetivo, sugeriram que, para melhor aproveitamento dos alunos da segunda etapa, seria interessante que eles lhes dessem o seu depoimento pessoalmente, para romper eventuais resistências dos futuros alunos e testemunhar da importância da captação precoce dos pacientes.

Esta reunião entre os dois “grupos de dez”, dos alunos do semestre precedente com o subsequente, foi muito profícua. Os alunos que já haviam cursado a Disciplina Experimental incentivaram os seguintes, avisando-lhes que no final do curso ocorreria um acontecimento que seria uma “surpresa”, mas que não poderiam adiantar-lhes qual seria. Esta colocação dos colegas foi sentida como um desafio pelos novos participantes, que se dispuseram prontamente e sem nenhuma restrição a colaborar com o pesquisador, o que facilitou sobremaneira a entrada em campo nessa nova etapa.

8.2 Análise das informações da segunda etapa: Centro de Saúde Carmo-Sion

8.2.1 A estratégia de ensino-aprendizagem

A estratégia utilizada foi:

1- Destituir a atribuição de uma função meramente terapêutica à abordagem médica (o efeito terapêutico da escuta seria uma decorrência natural e inevitável, porém não o único e muito menos o objetivo propriamente dito a ser atingido).

2- Introduzir mais precocemente a proposta da escuta diagnóstica, através teoria das Estruturas Clínicas formulada por Lacan, em seu primeiro ensino.

Foi necessária a introdução de uma base teórica prévia, o que foi adotado nesta segunda etapa da pesquisa, realizada no Centro de Saúde Carmo-Sion. Desta vez, foi fornecido preliminarmente o texto auxiliar elaborado pelo pesquisador “Transferência e Superego” (em anexo) e foi feito um debate prévio sobre ele, antes de se agendar e realizar as entrevistas com as duas pacientes.

8.2.2 Evidências na transmissão

Com esta metodologia de transmissão teórica preliminar e logo seguida pela sua aplicação aos casos clínicos entrevistados, os efeitos de transmissão se fizeram muito mais evidentes ainda que os que haviam ocorrido na primeira etapa (Centro Santa Inês). Eles se verificaram nas expressões de agradável surpresa e perplexidade demonstradas pelos alunos, ao perceberem a sensação de que “caiu a ficha”.

Para a maioria deles, essa transmissão ocorreu de uma forma percebida por eles como definitiva, durante a entrevista com a segunda paciente, por contraposição ao primeiro caso. Para alguns, por ocasião do debate que imediatamente se seguiu. Para uma das alunas, ainda, num a posteriori: ao executar a tarefa de casa, ao escrever o relato da entrevista, à luz da releitura do texto.

Percepção da deficiência das concepções prévias nas disciplinas cursadas anteriormente:

Al. 6: – “Eu não sabia psicose, sabia mal e porcamente teoria, mesmo assim porque eles citam. Ninguém nunca parou pra ensinar: o neurótico é isso, o psicótico é aquilo. Nenhum fez isso, eles citam: *Ah, porque estavam explicando o lado do desenvolvimento. Ah, porque a neurose acontece aqui*, entendeu? No máximo.”

Alguns alunos, que não assistiram a segunda entrevista por não terem comparecido à aula naquele dia, receberam um relato minucioso, feito espontaneamente e com o maior entusiasmo, por parte de seus colegas que a haviam assistido. Para estes alunos poder-se-ia pensar que a transmissão desse diagnóstico diferencial pudesse não ter ocorrido plenamente, pela falta da comparação efetivada entre os dois casos na prática. Apesar disso, pode-se verificar que estes alunos foram capazes de elaborar construções teóricas profundas e complexas, surpreendendo o pesquisador, sobre o caso clínico cuja entrevista haviam assistido (que havia sido utilizado como paradigma da estrutura de neurose). As elaborações teóricas feitas por eles, aplicando a teoria estrutural sobre o caso clínico, extrapolaram sobejamente todos os objetivos pretendidos pela disciplina, como será visto a seguir.

8.3 A estrutura da Neurose

Após a sistematização da leitura de todos os Pós-testes, utilizando-se como instrumento de leitura e análise a elaboração das tabelas de categorização, foi possível identificar categorias de análise que foram percebidas unanimemente por todos os alunos, com relação à estrutura da neurose.

8.3.1 Categorias de análise

Construções teóricas elaboradas pelos alunos: Todos os alunos, sem exceção, foram capazes de perceber na **estrutura da Neurose**:

- O desejo de reconhecimento;
- A coerência do sentido na linguagem;
- O enigma do desejo do Outro;
- O sentido do romance familiar edipiano;
- As identificações;
- O superego e a culpa.

Pode-se observar que, apesar de não conhecer e não empregar corretamente ou com rigor teórico os termos técnicos da psicanálise (esta não era a forma de conhecimento objetivo a ser atingido), os alunos fizeram construções que podem ser enquadradas dentro dos conceitos teóricos. Os conceitos de “*falta-a-ser*” e “*significação fálica*” na Neurose, ou a ausência do Édipo e a “*forclusão do Nome-do-Pai*” na Psicose, foram, sem que o soubessem, utilizados por eles como eixos norteadores para toda uma construção teórica que foram capazes de fazer, especialmente sobre a fantasia inconsciente do neurótico.

Para ilustrar essa percepção acurada, vamos citar alguns depoimentos, colhidos inclusive propositalmente dos quatro alunos que não tiveram oportunidade de ver o segundo caso (Al. 4, 8, 9 e 11), em que demonstram perceber com muita clareza vários conceitos teóricos aplicados ao caso clínico.

8.3.2 Percepção da posição subjetiva do paciente

Al. 1: – “No “J.” (neurose) você consegue identificar direito a figura pelo pai e depois a figura masculina pelo irmão. A figura da mãe, é aí a relação da mãe com o pai, da mãe com o irmão, o “J” lá no meio daquilo tudo. Você consegue pegar isso, montar, ver o que aquilo representa pro “J”.”

A posição subjetiva na fantasia inconsciente e a significação fálica: Al. 4: – “Eu acho que ele teve que fazer isso para justificar a falha dele. Sabe, em entrar em conflito com o “P” (irmão), em contestar a autoridade do “P”. Porque senão eu acho que *ele vai sentir que ele é homem suficiente* pra entrar em conflito com o “P”. Pra chegar e falar: Aqui, oh! Não é assim não, você não manda na casa, eu também mando na casa, a casa é tão minha quanto sua, não vem, não.”

A ambivalência da identificação e o desejo do Outro: Al. 4: – “Era agradecer a mãe. Ele queria ser igual ao irmão, né? Mas ele odiava o irmão. Entre aspas, ele queria matar o irmão, né? O Id dele queria matar o irmão, mas o Superego ficava limitando ele: não vou matar o meu irmão, mas ele fica com raiva do irmão. Só que ele queria ser igual ao irmão e ele fazia coisas pra conquistar o amor da mãe... porque o irmão dele era a figura paterna pra ele.”

A questão do direito do Ser e o desejo do Outro: Al. 4: – “Será que ele pode fazer isso e eu tenho que me sujeitar ao que ele fez?”; Al. 8: – “O quê que o outro quer de mim? Possivelmente será que ele quer que eu seja sempre apedrejado?”

A inconsistência do sujeito e a identificação: Al. 8: – “Como que ele pode sentir raiva do “P” (irmão), tentar matar o “P”, se ele mesmo queria ser o “P”? Ele quer aprender com o “P”, ele quer imitar o “P”. Só que ele tem raiva do “P”. Ele se sente culpado nesse paradoxo. Se ele matar a pessoa que ele quer imitar, *ele perde a referência.*”

8.3.3 Percepção do Falo como significante do desejo na fantasia edipiana

Podemos observar o grau de sutileza de raciocínio teórico dos alunos nas construções que fizeram sobre a função do *Falo* na *Fantasia* neurótica e o enigma do desejo do Outro:

Al. 3: – “Nossa! Como eu sou bonzinho, ela vai gostar de mim!”

Al. 8: – “O “P”, dentro da fantasia inconsciente dele, tem o Falo que preenche a mãe, preenche o vazio da mãe e ele então fica tentando ser o próprio “P” para ele poder *preencher a mãe* a partir de então.”

Al. 6: – “O quê que eu tenho que fazer pra ser amado? O quê que está faltando no outro que eu posso fazer pra ser amado, entendeu?...Depois disso tem a identificação também, né? A questão do Falo mesmo...pra eu ter isso que ele não tem.”

Al. 8: – “Ele se pergunta por que, embora ele faça tanta coisa pela mãe, ele não tem o amor da mãe...Ele não sabe o que o outro quer, é um enigma para ele. Tenta preencher com o Falo mesmo o canal que a mãe tem, o vazio que ela tem. É uma coisa que ele não sabe o que é, mas é uma coisa que ele tenha aí.É um enigma, quer dizer, o desejo do outro é um enigma, mas eu vou atrás disso...Ela tem o desejo que eu não sei qual, é um enigma para mim. Então vou fazer de tudo que eu achar que devo fazer para tal.”

8.3.4 O Superego e a culpa (o Gozo do Superego)

Al. 5: – “Ele está caçando *o quê que ele tem de errado*. Qual que é o problema dele, dele ser teoricamente excluído pela mãe, rejeitado?”

A falta-a-ser e o gozo do sintoma – o paciente precisa da punição como uma estratégia para ser reconhecido e amado: Al. 10: – “Poderia ser uma punição, não sei. ***Ou uma punição ou então uma estratégia para ser reconhecido.***”

Al. 11 – “Ele nunca era o alvo principal desse amor das pessoas que estavam em volta dele... ele achava que ele saía prejudicado. Ele achava que sempre o amor que ia para ele nunca era satisfatório.”

Al. 11 – “Aquilo já é uma coisa pessoal contra ele ou a favor dele...aquilo aconteceu por sua causa, *fizeram isso por causa dele, ele é que tinha alguma coisa* que a mãe não gostava, porque ele estava sempre querendo melhorar ele pra ter o amor do outro.”

Al. 11 – “... é a culpa na mãe, mas ele se sentia responsável por esse comportamento dela, provavelmente *alguma coisa que ele tenha feito.*”

Al. 8 – “Ele constantemente faz papel de idiota, papel de besta... Ele está fazendo papel de idiota por quê? Ele *se sente culpado por não ter o amor* da mãe... A impressão que eu tenho é como se ele estivesse condenado a sentir sempre essa culpa, *condenado a se sentir idiota.*”

Al. 3 – “Ele se sentia culpado da falta do amor da mãe dele, não é? Do pai também...Ele queria ser esse objeto de ser desejado pelo outro... Pôxa, mas sou eu que fico com minha mãe, ela não dá valor. Sou eu que ajudo e ela não dá valor. *Qué que eu fiz* pra ela não gostar de mim?”

Al. 6 – “*Por quê que ele não consegue se livrar da situação?* Por isso mesmo...Ele ama, ele odeia o irmão porque está rivalizando com ele, mas ao mesmo tempo ele ama porque se identifica; ele tem que se identificar, aí ele introjeta a raiva

contra ele mesmo. E ele não consegue se desligar da situação por causa disso também, né? *Porque ele tem que ser amado, mas ele tem um sentimento de culpa.*”

Al. 9 – “Eu acho que ele acaba no fundo ele sempre põe a culpa em cima dele.”

8.3.5 A percepção do Recalque

Al. 9 – “Na hora em que você acha que ele vai falar, falar assim: não, peraí, eu nunca enfrentei o “P”, por exemplo, ele não fala. Então *na hora que ele está quase chegando lá*, que ele está quase descobrindo, ele pára de falar e aí ele volta lá atrás de novo e começa com a mesma estrutura.”

Al. 9 – “Ele fala assim: ninguém lá em casa nunca enfrentou o “P”... Parece que ele também tem ciência que ele nunca enfrentou o “P”... O que me chamou atenção foi isso: ninguém lá em casa enfrentou o “P”, mas ele se esquece de colocar que ele também. Mas *no fundo eu acho que ele tem ciência disso.*”

8.3.6 A construção teórica do pai impotente na fantasia do histérico

Al. 2 – “Ele não entendia por que que a mãe dele não era tão conivente com ele (quanto com o irmão). Ele achava que ele estava fazendo alguma coisa que não estava indo ao encontro do interesse da mãe, ele não estava conseguindo satisfazer o que a mãe queria. Aí *ele viu que o pai dele também era mico, o pai dele era impotente* em relação à mãe.”

8.4 O limite do médico

Questão: Tendo o médico sido capaz de perceber a existência de uma posição subjetiva do paciente, isto implicaria necessariamente em uma “retificação subjetiva”? (LACAN, “A direção do tratamento...”)

Não, uma coisa não implica a outra. Como já foi dito anteriormente, com base no texto “O Método Psicanalítico”, de Miller (1999). Foram desestimuladas claramente as tentativas, por parte dos alunos, de operar uma “retificação subjetiva” do paciente, estabelecendo-se exatamente este ponto como o limite da atuação médica.

Ficou claramente definido, e foi percebido pelos alunos, que este não era o objetivo da colheita da História de Vida. Respeitando o princípio do “não-aconselhamento”, foi distinguida a diferença entre o “furor sanandi” do médico em querer fazer alguma intervenção, e o que seria o objetivo estritamente diagnóstico da nossa investigação.

8.4.1 A técnica da entrevista

8.4.1.1 Diferenças entre “maternagem” (Laplanche, J.; Pontalis, J. B., 1986) , “retificação subjetiva” (Lacan, Escritos, 1998, p. 591-652) e “intenção terapêutica” como pré-requisitos para a não-confrontação do delírio

Os alunos perceberam claramente que se for dado este passo, o da retificação subjetiva, pode-se estar inadvertidamente confrontando o delírio do paciente, o que poderia ser desastroso para a relação médico-paciente no caso da psicose.

Esta delimitação dos objetivos foi absolutamente fundamental para se perceber a direção da entrevista do segundo paciente, que se tratava de uma estrutura de pré-psicose. A técnica de formulação de perguntas abertas, sem indução das respostas, exige que não se presuma por antecipação a estrutura, ou o modo de funcionamento do aparelho psíquico do paciente.

8.4.1.2 Desobrigação da intenção terapêutica

Al. 1: – “Foi ali na prática, a gente vê que assim, tipo a determinada estrutura da paciente *vai ter coisa que você vai fazer que não vai adiantar*, sabe? De certa forma tira um peso da gente... não vai adiantar, se você pegar na mão, ela vai ficar mais histérica ainda.”

Al. 9: – “Você não tem que por a pessoa no colo não. É até pior você por. Acho que foi ótimo pra todo mundo, sabe, porque assim você não tem que tirar problema de ninguém na vida. Então acho que é esse negócio mesmo, é desobrigação minha, e a gente viu que a gente não tem mesmo, que você não tem que carregar o problema do outro, *você não tem nem que esfregar na cara dele o problema dele.*”

8.5 A percepção da posição subjetiva do médico

8.5.1 O conceito de “compreensão” jasperiano como empatia e identificação e a “contra-transferência”

Os alunos foram capazes de perceber a coincidência desses conceitos jasperianos com a perspectiva teórica da “contratransferência” (LAPLANCHE, 1986) elaborada por vários autores pós-freudianos. Foram capazes de perceber em que medida essas concepções poderiam influir em sua percepção do sujeito e em seu julgamento para estabelecer um diagnóstico, ao se partir do pressuposto de que todos os sujeitos são iguais em sua estrutura.

Os alunos perceberam que, pela identificação e projeção, o médico escolhe e enquadra o paciente:

Al. 9: – “Eu sou assim, eu me vi claramente. Eu também, mãe fazia as coisas comigo e eu ficava babando...todo mundo. Eu vi claramente a força dele pra que gostem dele, pra que aceitem ele, pra que valorizem o trabalho dele... *eu pude me colocar claramente na pele dele.*”

Al. 8: – “Saber de onde, como, o porquê disso. Isso talvez deixa o médico menos parcial, menos tendencioso a direcionar diagnóstico, inclusive diagnóstico de condutas que inclusive *são frutos de sua própria estrutura.*”; “O médico passa a encarar o paciente psíquico, psiquiátrico ou não, como uma pessoa diferente que não em intensidade...Não devo encarar isso como algo estranho, porque todos estão fadados a isso. As pessoas constitutivamente têm isso. Elas estão arroladas num romance familiar que o imprimiu com um tipo de estrutura, inclusive o próprio médico que entrevista.”

Al. 6: – “O que eu queria dela era uma pessoa com uma patologia psiquiátrica típica, sabe? Nóooo! É doida mesmo! Era isso que eu queria. Agora, ela se fazer de normal, sabe? Na minha cabeça era isso que estava acontecendo. Eu estava

projetando nela. Eu queria uma pessoa sentada ali, entendeu?...que ela fumou com 11 meses. Que ela contasse mais, que ela ouvia vozes: *era isso que eu queria ver.*”

8.5.2 O “viés semiológico”

Al. 6: – “Eu nunca tinha percebido essa brecha, esse buraco que tem na Semiologia. Eu nunca senti a falta da História de Vida, sabe? Eu já acho fundamental. Totalmente fundamental.”

Al. 10: – “Às vezes eu poderia ficar procurando uma causa orgânica de diversas maneiras, *n* exames e que eu não ia achar nada. Eu ia continuar fazendo aquela propedêutica assim inútil, sabe? Se eu não percebesse que aquela patologia podia estar relacionada com alguma *manifestação sintomática da estrutura* dele.”

A falsa aparência da clínica no olhar: Al. 6: – “A minha primeira impressão com a “S” é que ela estava muito acuada e que ela não ia entregar nada. Que ela não ia falar nada, com medo da gente achar: Nóooo! Quê que vão pensar de mim?, entendeu? Então *ela quis ser o mais normal possível e não demonstrar sentimento porque estava todo mundo ali.* Depois é que a ficha caiu.”

A clínica do olhar e o preconceito imaginário: Al. 6: – “Alguém acho que falou que a mãe dela é doida. Aí você falou que a doida aqui é ela. Aí que eu fui pescar, entendeu? Que *não é que ela vai fazer teatrinho pra gente.* Ela estava acuada, sim, mas justamente, ela estava com medo de bater de frente. Mas não era que ela estava tímida, quê que nós vamos pensar, não sei quê.”

8.6 Mudança: da escuta terapêutica à escuta diagnóstica

Citaremos exemplos dos depoimentos dos alunos extraídos de várias categorias: mudanças na prática médica, mudanças na concepção de “médica boa”, técnica da entrevista, mudança na intenção terapêutica e segurança na condução do caso.

Verificamos que a concepção diagnóstica da escuta, ao introduzir uma nova dimensão que aponta para outros objetivos com outras utilidades descobertas pela colheita da História de Vida. Isso diminui o medo de perguntar, porque não há que se dar um “retorno” para o paciente, em termos de fazer alguma coisa para resolver os problemas dele.

8.6.1 A causa do medo

Al. 1: – “A questão de pegar um paciente e tentar encaixar isso nele, pra mim foi totalmente novo. Porque eu ainda não tinha tido contato com isso, pegar e tentar montar uma estrutura daquele paciente, tentar analisar como foi o complexo de Édipo dele, como que as coisas foram evoluindo.”

Al. 1: – “Então você *não precisa ter tanto medo* da resposta dele, porque a partir dela você consegue mais ou menos bolar um esquema de como esse paciente está interpretando as coisas... eu poderia entender mais o porquê desse paciente...”

Al. 6: – “*Não ia ter tanta gente correndo disso*, sabe, se entendesse que não tem que resolver, que é só ouvir. Você tirou o peso de eu sei que não vou conseguir resolver isso, não tenho que resolver, não tenho que aconselhar.”

8.7 A estrutura da Psicose – Caso Clínico “S.” (em anexo)

A História de Vida ajuda a percepção da estrutura psicótica, mesmo quando ela não está evidente.

Al. 1: – “A impressão que a gente tinha é assim, que o psicótico é totalmente diferente de uma pessoa normal. Se ele tiver surtado, claro, porque aí qualquer um vê, mas ele não está surtando, aí ele é igual que nem...”

Al. 1: – “Por exemplo, pra mim o que vai caracterizar um psicótico é um delírio louco, doidão dele assim, o mais escancarado, fora as outras coisas, né? E a gente foi perceber que não é só isso, né?”

8.7.1 Dúvidas quanto ao diagnóstico: delírio, mentira ou fantasia?

Al. 1: – “Ela relata uma cena de violência, depois você pergunta: - Você já sofreu violência na sua vida? – Não... (*ela respondeu*). Onde que queimar a língua dos outros não é violência? Né? Ainda mais de uma menina de onze anos!”

Al. 1: – “Depois que você pergunta o quê que ela sentiu, ela fala que é normal. Como se fosse normal uma mãe furar com cigarro a língua do outro. Fora que é muito fácil segurar a língua da menina, né?”

Al. 5: – - “Como que desenvolveu isso, essa questão pra ela? Será que veio de um jeito que ela foi criada, como que ela se relacionava com a família, ou se foi só uma questão daquele momento?...A gente só confirmou quando a gente colheu a História de Vida, né? Era só suspeita, né?”

Al. 1: – “A mãe dela pode realmente até ter queimado a língua dela, isso é uma coisa que pode até ser aceitável. Fumar com 11 meses é uma coisa muito

delirante, mas, mesmo que ela não tivesse falado isso, a gente ia conseguir perceber, entendeu?”

Al. 2: – “Se eu tivesse atendido uma paciente antes dela, sem eu ter feito essa aula, e ela tivesse falado comigo que ela fumava desde os 11 meses de idade, eu ia deixar passar. Ia ficar como: Ah! Ela deve estar...sei lá, deve ter pensado errado, alguém deve ter falado com ela alguma coisa errada.”

Al. 3: – “Então nem isso ficou claro. Se o que a mãe dela fazia era verdade ou se não era verdade.”

Al. 3: – “Quando a gente estava fazendo a consulta de Clínica Médica (eu tive essa impressão) que ela simplesmente exagerou o dado da idade, não necessariamente ela inventou. Isso pra mim não ficou claro, se era uma invenção que ela fumava desde os 12 meses, ou se ela tinha exagerado.”

Al. 3: – “E não saí com a certeza se a mãe dela também não é doida...Eu saí com a impressão de que eu realmente não sei o quê que a mãe dela fez. Boa parte daquilo é e invenção. É uma mãe que ela levou pra gente construída, que não é a mãe dela real. Não é pessoa física, pelo que ela foi falando.”

A percepção do aluno da inadequação de uma confrontação do delírio:
Al. 1: – “O professor sugeriu: Ô D., pergunta pra ela, toca de novo no assunto dela ter fumado, *pergunta se é verdade mesmo...* Aí a D. não perguntou, porque ela sabia que se ela perguntasse corria o risco dela sentir essa confrontação e não voltar lá mais.”

8.7.2 Percepção da falta de posição subjetiva na psicose

O psicótico na posição de objeto:

Al. 1: – “Ela fala, ela expressaria o que seria uma expressão de todo mundo, não uma coisa dela...É como se aquilo tivesse simplesmente acontecido e pra ela é indiferente ter acontecido ou ter deixado de acontecer.”

Al. 1: – “Ela não teve uma fala, ou uma situação que ela tenha feito alguma coisa ou deixado transparecer que ela fizesse alguma coisa porque ela queria que o outro gostasse. Ela só conta o que os outros fazem com ela, sabe? *Ela não se preocupa com o desejo do outro.* O outro vem cá, faz o que quer fazer com ela, e pronto!”

Al. 2: – “Ela não conseguia é internalizar a situação e raciocinar e pensar assim: por que minha mãe está fazendo isso comigo, por quê minha tia está fazendo

isso comigo, *quê que eu fiz? Será que ela gosta de mim mesmo? Ela nem pensava nisso, não.*”

Al. 10: – “A postura do sujeito é uma postura social, de troca e ela não tinha isso. Então pode ser que *ela se portasse como objeto*, à mercê daquele que fazia dela gato e sapato. Segurava a língua, puxava, queimava....Então ela não se colocava como sujeito. Ela não tinha essa questão de laço em relação ao outro.”

Al. 10: – “Ela não tem essa necessidade de fazer as coisas, *não pra ser reconhecida*. Ela quer o amor também, mas não fica muito preocupada com o que as outras pessoas estão pensando, sabe? Ela não está nem aí se a mãe dela gosta, se confia ou não confia nela.”

8.7.3 A ausência do Édipo no romance familiar (a forclusão do Nome-do-pai – Lacan, 2003)

Al. 1: – “Você não consegue pegar uma figura feminina, uma figura materna, uma figura masculina, você não consegue. Parece que falta alguma coisa, eu não sei explicar, não.”

Al. 1: – “Se eu visse a entrevista dela primeiro, eu veria que estava faltando alguma coisa, mas não sabia o que é. Na hora que você vê o do “J” e vê o dela depois, aí você vê que está faltando alguma coisa mesmo.”

Al. 2: – “Ela não tinha interesse em agradar ninguém... Mesmo quando o pai dela morreu, também ela ficou um pouco indiferente. Apesar da situação dela de não ter conhecido ele direito assim, mas não demonstrou que tinha romance bem estabelecido, não.”

Al. 3: – “Ela se contradiz em vários momentos. Quando ela falou do pai dela, por exemplo – morreu e ela pensou, com 6 anos de idade: se ele não cuidou de mim durante a vida, por que eu vou no enterro dele agora? E ao mesmo tempo ela não lembra o que ela sentiu. Ela lembra que era uma criança tão madura que pensou isso, mas não o quê que ela sentiu em relação à morte do pai.”

Al. 3: – “Ela não mostrou que ela queria que o pai dela gostasse dela, por quê que o pai dela não gostava dela. Não mostrou o sentimento em relação à mãe que não confiava nela: por quê que a minha mãe não confiava em mim? Nem desejava que a mãe se sentisse agradada por ela. Não, nem demonstrou que ela tinha o desejo de que a mãe gostasse dela.”

Al. 6: – “Na “S” você não vê, de jeito nenhum, ela não fala do pai não. Ele morreu? Você sentiu alguma coisa? Não, ele nunca foi me procurar... Você não percebe o Édipo, você não percebe nada.”

8.7.4 Conceção de delírio

Al. 3: – “Então mais ao final da entrevista que eu percebi, porque eu fui juntando todas as pistas que ela foi deixando. Eu vi que não tinha sentido, não tinha conexão com a história. Quando ela estava falando do cigarro, eu achei que era na relação médico-paciente que ela queria ser valorizada. Quando ela falou o negócio da revista eu falei: Nossa! Mas aí já é uma megalomania!”;

A forclusão do nome-do-pai: Al. 3: – “Eu acho que **está desvinculado o sentido, o sentimento com o signo da palavra**. Tipo assim, eu acho que quando ela falou: Eu amo minha mãe porque eu tenho que amar a minha mãe, eu não sei se ela realmente estava experimentando aquele sentimento, entendeu?”

Al. 3: – “Era um delírio, *ela realmente acreditava naquilo* e ela passava impressão, que ninguém achou estranho, que aquilo era uma coisa totalmente real, natural, que ela estava falando ali e que te fazia até crer que era verdade por um lado.”

Al. 3: – “Quando o neurótico inventa, ele deseja que o outro acredite, mas é uma invenção que: Ah! Se eu contar pra Betty que eu fiz o trabalho – eu não fiz o trabalho, mas quero contar que fiz – eu tenho que colocar uma desculpa real. Eu não vou chegar aqui e falar assim: o Papai Noel comeu meu trabalho. Eu vou inventar uma coisa que o outro possa pensar que é real. Ela não teve essa preocupação: foi Papai Noel que comeu meu trabalho.”

8.8 Pontos de virada e mudanças

8.8.1 A contraposição do segundo caso ao primeiro: a falta do Édipo

Al. 1: – “O outro é que *fica muito gritante*. Esse além do delírio, né? Porque eu também não sei se ela deixa de delirar quando ela fala que é normal, sabe? É o resto que está além do delírio. *Tudo fica gritante, fica muito diferente, não dá pra passar batido quando você vê.*”

Al. 10: – “Ela sempre fugia, ou sempre negava; não sei se negava é a palavra pra sentimentos, mas ela não abordava esses sentimentos...É como se ela fugisse, não tem, *não dá pra construir Édipo igual dá pra construir no neurótico*. Você não

tem as características que te reitam a Édipo, sabe? Identificação com um dos parentais, sabe? Ela não dava pra perceber isso na fala dela.”

Al. 5: – “Depois que você perguntou se ela tinha sofrido algum tipo de violência, ela falar que não. Ela falar que ela não ficou com raiva da mãe por causa disso... *Se ela fosse neurótica, teria que ter um ódio*, ia criar algum sentimento em relação à mãe.”

Conclusão da aluna-colaboradora: **“Não é o “trauma” que faz a pessoa surtar.”**

Este “ponto-de-virada” no processo de construção da pesquisa-ação foi a comparação entre os dois casos. Somente após esta comparação entre os dois casos, vivenciada a partir da segunda entrevista – com o paciente de estrutura psicótico, é que o aluno se desprende do conceito anterior de “trauma” e deduz a diferença entre as estruturas. Este foi um momento fecundo de elaboração do novo conhecimento.

8.8.2 A pergunta a mais

Os alunos perceberam que, ao se colher a História de Vida, com o objetivo de se poder formular uma hipótese diagnóstica qualitativa precoce, é necessária a formulação de uma pergunta a mais: *“Por quê?”*

Vejamos como mudaram suas percepções tanto da relação do paciente com o médico, quanto com sua própria doença.

Al. 3: – “Eu espero que as pessoas parem de pensar assim: ele é obeso porque ele come, ele quer comer e ele não quer melhorar.”

A pergunta a mais: Al. 4: – “Era simplesmente um piti. A paciente não tinha mais nada. Mas *por quê* que ela fez isso? Não é uma coisa especialmente normal a paciente dar um piti.”

Al. 6: – “O foco da psicoterapia: tipo assim, do escutar só, sem tentar fazer diagnóstico nenhum.”

Al. 8: – “Eu atendia um menino que o pai tinha morrido há um mês e o menino estava assim tipo ótimo, sabe? Achando lindo estar dormindo na cama com a mãe. Se fosse nesse período, era uma paciente que eu ia querer fazer uma colheita de história, para realmente saber o quê que estava levando ela a isso.”;

Percepção da estrutura familiar influenciando a criança: Al. 8: – “Na Pediatria eu fiquei impressionada: eu nunca tinha visto como que a avó ou mãe...a gente trata

de criança, mas na verdade você está atendendo o adulto, né?"; – "Ficou tão claro isso, como que a estrutura da família, como que o pai e a mãe, como é que a casa se forma, aquelas confusões, como que isso influencia, sabe?"

O porquê: Al. 8: – "Os colegas não sejam capazes de entender as individualidades, sabe? Que pelo menos exista um porquê. Às vezes a gente não sabe um porquê, mas as vezes a gente pode imaginar e falar: se isso não está tão assim, é porque deve ter alguma coisa aí, sabe?"

8.8.3 Revisão dos conceitos de "Normal" e "Patológico"

Pode-se constatar ter ocorrido uma revisão dos conceitos quantitativos de "Normal" e "Patológico" em Saúde Mental, que anteriormente eram atribuídos a pretensas "doenças", para o conceito qualitativo de diferenças estruturais, como veremos a seguir.

Partimos do princípio de que todos somos iguais: Al. 8 – "A gente tem que ficar atento porque não tem só neurótico, só normal em consultório, eu acho que tem uns mais complicados, sabe?"

Confusão entre estrutura psíquica e constituição biológica: Al. 8: – "O conceito anterior de "estrutural" era como "constitucional": "Achava que era uma coisa tipo meio "estrutural" assim, sabe? Só porque não descobriram ainda o defeito do cérebro."

Conceito de "Psíquico" como doença: Al. 8: – "Eu imaginava que era só uma coisa funcional, achava que era um trem que estava no cérebro assim...que daqui a algum tempo ia existir um exame que mostrava...que todo mundo ia concordar que isso era uma doença."

Conceito de "patologia" como fuga para o preconceito em SM: Al. 8: – "É difícil você falar que você tem esquizofrenia que se tem que tratar, sabe? Então eu achava que a solução da Psiquiatria era que todos os exames provassem e aí depois eu vi que não era assim, igual eu imaginava que era."

Comentário da aluna colaboradora: "A entrevista ajuda a ir além, a perceber a dor, a queixa do paciente, mesmo que não seja curável ou tratável, aquela queixa para a qual estamos preparados. Aquela queixa que a gente diz, por exemplo, que 'a dor não é real, não existe'."

8.8.4 Mudança no conceito de "Invasão"

Al. 4: – “Uma colega acha que SM é um mais profundo assim, um pouco íntimo demais, né, se comparado com outras matérias, mas você vê que a maioria dos pacientes até gosta, né? Nossa!... Elas se dispuseram e se sentiram super-felizes de estar fazendo isso.”

Comentário da aluna voluntária: “O desconhecimento é que faz o médico dar essa conotação de íntimo, profundo, intocável, inalcançável. É você que fica constrangido, porque isso invade a sua própria intimidade.”

Al. 6: – “Dependendo da abertura que o paciente te deu, eu não enxergo como uma invasão. Invasão para mim seria o paciente colocar barreira: Não quero falar sobre isso.”

Al. 7: – Diminuiu o medo de “prejudicar” o paciente: “Creio que é possível a gente conversar sem prejudicar o paciente... A gente não vai injetar nada no paciente”

Escrúpulos por “usar” o paciente: Al. 7: – “Tá! Fez o diagnóstico, e aí? Nós vamos deixar o paciente no posto?”

Mudança: Al. 7: – “Depois do caso da Nadia não se perguntou mais isso, porque *viu a utilidade*”.

8.8.5 Desaparecimento do medo de perguntar: “Alívio”

A mudança na expectativa e na intenção psicoterápica ficou patente, aliviando o peso da responsabilidade de ter que “resolver o problema” para o paciente, sem desresponsabilizar o médico pela condução e acompanhamento do paciente dentro desta nova perspectiva, como vemos:

Al. 1: – “Tirou um sofrimento de ter obrigação de ouvir todo mundo e assim sem saber se ia ajudar ou não.”

Al. 6: – “Selecionar os pacientes que ele vai ter uma vantagem fazendo isso”.

Concordando com Winnicot (1993): Al. 3: – “O objetivo não é você dar conselho, *não é terapia*.”

A mudança de concepção alivia o peso da responsabilidade: Al. 3: – “A gente estava achando que tem que resolver e não era isso, que não era resolver, *não era fazer a terapia*, que era abordar e chegar como um todo e a partir dali nortear as condutas mas não determinar tudo... que você não vai ser o “guru” espiritual do seu paciente.”

Al. 3: – “A colega “ficava com medo de ouvir tudo que o paciente tinha, acho que ela começava a se encontrar com as coisas do paciente, não queria mais ouvir. Mas agora vê que não é ouvir pra absorver tudo, nem pra resolver tudo.... foi bom para *estabelecer uns limites.*”

Mudança de objetivo da intenção terapêutica para o diagnóstico: Al. 6: – “Só no final do curso que a gente realmente pegou que o negócio, a intenção *não era fazer psicoterapia.*”; – “Pode ser que você não está ali para ficar consolando o paciente, sabe?”

Percepção dos limites do médico: Al. 6: – “Hoje acho que não está tanto nas nossas mãos... até que ponto que a gente pode ir e até que ponto que a gente tem que parar e falar assim: daqui pra frente eu acho que não sou eu mais que vou resolver esta situação.”

8.9 Mudança de perspectiva: antes e depois do curso

Al. 6: – “A gente tinha a idéia de que se a gente faz o diagnóstico, a gente tem que tratar. E nessa abordagem não é bem isso. Você descobre uma coisa e eu acho que é muito mais o quê que aquilo está influenciando tudo na pessoa, do que você tentar tratar aquele ponto. Porque o tentar tratar aquele ponto aí eu acho que eu acho que não está mais nas nossas mãos.”

Percepção dos limites e da posição do médico: Al. 6: – “É não deixar o paciente na posição de paciente... o paciente tem que ser ativo, também, na relação.” “Não posso resolver, tem certas coisas que só ele pode resolver.”

A mudança: Al. 6: – “Você percebe o quanto que já não está nas suas mãos, o quanto que isso é uma coisa muito lá embaixo, pra você *achar que o remedinho vai resolver*”; “Você consegue enxergar até que ponto você pode ir e até que ponto você não vai mais, sem se frustrar, sabe?”

A percepção dos limites do paciente desculpa o médico: “Tem certas coisas que não são só os médicos, a medicina, não sou eu, não, sabe? É ele, são problemas...”

A intenção terapêutica: Al. 7: – “A gente dava muita opinião assim. Tipo conselho.”

A “obrigação de ouvir” do médico: Al. 8: – “Antes eu ficava assim: a gente tem *obrigação de médico de ouvir* não sei quê, aí eu me deparei com tantos pacientes tipo completamente “sacos-sem-fundo”, sabe?”

As causas da desistência antes do curso: Al. 8: – “Acho que também tem esse outro lado, sabe, de saber ser firme. Teve umas questões mais pessoais assim que eu ficava cansada, sabe? *Desisti... porque eu não dou conta.*”

A mudança: alívio pela percepção das diferenças entre os pacientes. Al. 8: – “Foi importante saber lidar com esses tipos de pacientes...Saber que existem pacientes completamente diferentes, que alguns eu ouço mais, outros eu ouço menos.”

8.9.1 Aumento da segurança na condução dos casos

Tudo isso conjugado propiciou ao aluno maior segurança na condução do caso: ele agora já sabe os objetivos, como atingi-los, o que pode e o que deve fazer, sem perder de vista que o lugar que o paciente lhe outorga na Transferência está relacionado aos diferentes modos possíveis de funcionamento de seu aparelho psíquico.

Al. 6: – “Esclareceu muitas coisas do diagnóstico dela. Das possibilidades que ela vai ter, sabe? O quanto que nunca vai resolver, porque o problema dela é outro.” “Não achar que uma operação de obesidade para aquela paciente vai resolver os problemas da vida dela, porque não vai.”

Al. 6: – “Eu acho que isso ia dar segurança, não só pra nossa relação. O quê será que aconteceu com essa paciente? Será o quê que ela fez? Será que ela está bem? Será que ela morreu?”

Importância de saber qual a estrutura para lidar com o paciente de forma correta: Al. 8: – “Eu acho que se a gente não ficar esperto pra esse tipo de coisa, saber que existe esse tipo de personalidade, tipo de paciente, a gente fica com um tipo de que a gente está numa cilada, eu acho, sabe?”

Mudança – conhecimento dos objetivos: Al. 8: – “Até então podia perguntar do pai e da mãe e não sabia o quê que ia fazer...A gente tem que pelo menos saber por quê que a gente está perguntando.”

8.9.2 A questão das idéias de auto-extermínio e o pressuposto filosófico da vida como um Bem sempre desejado

Um pressuposto filosófico do pensamento médico é o de se considerar a vida como um Bem em si, ou seja: todos os seres humanos desejam viver e não morrer. Para a medicina esse desejo é o considerado “normal”, e se não ocorrer, isso só

pode então ser considerado da ordem de uma doença psiquiátrica. Esta concepção não permite incluir a Pulsão de Morte descrita por Freud em seu “Mais além do princípio do prazer”. O Gozo pulsional pode fazer com que o sujeito possa, paradoxalmente, desejar a morte. Nesse sentido, Lacan se refere como o “Gozo do sintoma”, diferente em cada estrutura.

Para o pensamento clássico da medicina, desejar a morte constitui um sintoma derivado de uma entidade mórbida - uma patologia espúria, alienígena, que parasitaria o sujeito. Parte-se do pressuposto de que um sujeito que pense ou tente o AE não pode ser “normal”. O suicídio é considerado como inconcebível na mente do ser humano, não podendo ser sequer “compreensível” do ponto de vista da psicopatologia fenomenológica Jaspersiana.

Faz-se mister extirpar este “parasita”, com uma medicação. Devido ao período de latência prolongado para o início do efeito dos antidepressivos e à crença na eficácia ilimitada dos remédios, instala-se uma urgência da medicação que pode ser perigosa, aumentando o risco de passagem ao ato suicida.

8.9.3 O paradoxo no exercício da arte da medicina

O fato de um sujeito desejar a morte contraria todos os pilares éticos da profissão médica. É um paradoxo para um médico aceitar que um sujeito possa lutar exatamente pelo motivo oposto a todos os seus esforços. Esta é uma situação que contraria todas as suas expectativas, desde que se considera um aliado do paciente na luta pela vida. Num caso destes, ele sente o paciente não como seu aliado, mas como seu oponente. Como abordar esta questão tão delicada, até para o próprio médico?

Para tentar superar esse paradoxo, a medicina criou uma doença que viria justificá-lo, ou até mesmo “desculpar” ou “perdoar” o paciente que estaria desafiando ou afrontando o médico em sua impotência. Ou seja, para aplacar a angústia do médico é preferível ver essa questão como uma doença, para a qual ele pensa que tem um remédio, do que ver um doente em seu sofrimento.

Se é uma doença, é um acaso ou fatalidade do destino e portanto não caberia à medicina perguntar ao paciente: “Por quê você está querendo morrer?”

A medicina se sente na obrigação de dar esta resposta ao paciente, antes mesmo de perguntar-lhe.

8.10 O lugar e o papel do médico: o que um médico pode ou deve fazer?

8.10.1 Diagnóstico precoce de pacientes “predispostos” e avaliação de risco de suicídio

O médico só pode fazer esta investigação – clinicamente, pois não há outra forma - pela colheita da História de Vida, sem que o paciente sequer saiba que dentro dos objetivos desta se inclui uma avaliação do risco de auto-extermínio. Este processo investigativo, visto como uma escuta diagnóstica, poderá fornecer elementos para um diagnóstico de estrutura e dará mais segurança para o médico perceber o seu lugar na Transferência do paciente e o seu “papel”.

Este “papel” a ser desempenhado pelo médico dependerá do lugar que lhe é atribuído pelo paciente em sua Transferência, sendo que a cada tipo de estrutura clínica corresponde um determinado tipo de Transferência. Assim, podemos concluir que somente com uma investigação mais aprofundada da Estrutura do paciente teremos condições de nos situar em nossa posição, antes de efetuarmos uma intervenção “às cegas”.

8.10.2 Mudanças de percepção dos alunos de suas dificuldades pessoais

Vejamos as mudanças de percepção dos alunos de suas dificuldades pessoais:

Al. 10: – “É a própria negação que a gente tem da morte... É muito difícil lidar com a morte, tanto com a própria morte, aceitar o fato de que somos finitos, que não somos onipotentes, né?”

Avaliação do risco de suicídio: Al. 2: – “**O médico não pergunta, porque a conduta seria sempre a mesma!**”; “Pode ser por ele não saber é o quê que a resposta da paciente ia ajudar na conduta que ele ia tomar...”

Pergunta do pesquisador: – “A conduta seria sempre a mesma?”

Al. 2: – “O que é preconizado hoje, seria. Mas o que eu acho é que não. Cada caso é individualizado aí, com certeza.”

8.10.3 Diagnóstico precoce de estrutura e mudanças na conduta

8.10.3.1 Não-confrontação do delírio

Al. 1: – “Fizemos uma História de Vida dela e perceber que é estrutura psicótica, você não vai chegar e dizer: Você está mentindo, você não ia fumar com 11 meses, você não ia confrontar o delírio dela.”

Al. 1: – “Se chegar e falar: Mas uma criança desde os 11 meses não fuma, aí eu acho que ela fechava todas, entendeu?”

Al. 2: – “Você sabe o quê que você deve perguntar. E o quê que você não pode perguntar, assim no sentido de não confrontar aquilo que o paciente está falando, falar que é mentira, que ele está falando bobagem, coisa que não é.”; “Você pode até nem ajudar ele, mas também não vai alterar a forma dele pensar nem nada.”

8.10.3.2 Abordagens diferentes em cada estrutura

Al. 3: – “Muitas vezes você vê que o problema não é problema palpável. Se a “S” é psicótica, quê que a gente vai fazer com ela? Dar remédio? Não é, ela não está em surto: ela vive normal, ela vai trabalhar, ela vai pra casa, ela não está matando ninguém, ela não está sendo risco pra ninguém. É simplesmente um saber disso e ficar atento e saber que aquilo faz parte da minha paciente.”

Al. 6: – “No psicótico principalmente você tem que ouvir com uma certa cautela...você tem que ouvir tudo com uma certa crítica, às vezes nem tudo que o paciente fala é a verdade: será que a mãe dela era assim mesmo? Será que ela fez isso mesmo? Você não tem certeza.”

Al. 6: – “*Se você faz o diagnóstico da estrutura mental do sujeito, você sabe como lidar com ele... Com cada estrutura mental você tem que ir de um jeito... O tratamento de um é totalmente diferente do tratamento de outro. Tanto na sua abordagem na anamnese, quanto no tratamento mesmo. São totalmente diferentes.*”

8.10.3.3 O risco da viragem maníaca induzida pelo AD

Al. 2: – “Quanto a conduta que você vai tomar, também, é de não confrontar esse delírio. É você ter mais atenção assim quando você for prescrever algum antidepressivo... Paciente com estrutura psicótica tem maior *risco de virar mania*...É você estar mais atento assim que esse paciente ele pode surtar a qualquer hora... Seu grau de desconfiança vai aumentar bastante.”

Al. 1: – “Vamos supor que se ela fosse realmente psicótica, você não ia dar antidepressivo pra ela.”

Al. 8: – “Eu poderia entender do ponto de vista da estrutura do paciente como se desenvolveu todo o perfil bio-psico-social e do ponto de vista médico... se é um

paciente que pode ter uma viragem maníaca com antidepressivo... motivo muito prático da coisa.”

Al. 8: – “Se é um paciente que ao dar um AD ele pode ter uma viragem maníaca por ser um paciente bipolar, por exemplo...Se é uma paciente com estrutura psicótica que ainda está assintomática, que ainda não surtou, por exemplo.”

8.11 As mudanças de concepção na prática médica

8.11.1 Abordagem possível pelo clínico

Al. 5: – “É só a gente ter uma noção, com base nessa colheita de História de Vida a gente pode estar direcionando de como lidar com o paciente – por exemplo, no caso da “S” *a gente nunca vai confrontar ela...*a gente não vai tentar tratar ela ali. Já no caso do “J” já seria uma coisa mais possível, né? Dentro do nosso contexto de consultório, de clínica médica assim.”

Al. 3: – “Eu posso fazer isso perfeitamente sendo clínico, não sendo psiquiatra. *Não está agredindo a minha medicina* eu perguntar isso.”

8.11.2 Diferenças nas concepções de morte para a neurose e a psicose

Al. 2: – “Se os dois ali tentassem suicídio, a abordagem seria completamente diferente. O neurótico assim tem uma indicação, uma psicoterapia pra ele ia bem. Agora pra ela não ia adiantar quase nada. Porque ela não tem por onde ela pensar assim: *quê que será que pode melhorar?* Ela não pensa assim. A abordagem dela é diferente.”

Al. 6: – “Neurótico que tenta suicídio é muito diferente de psicótico tentar suicídio. Tem algumas diferenças, você vai ter que ir por caminhos totalmente diferentes.”

Al. 7: – “Agora é possível tentar...Ninguém é igual a ninguém, né? As pessoas são diferentes. Não considerar uma pessoa igual a outra, na hora que você estiver conversando com ela. Não é uma coisa mecânica, é outra pessoa que está ali, vai ser diferente.”

Al. 10: – “De acordo com a estrutura que ela tenha, ela vai reagir diferente às influências do meio. Não é o meio que vai fazer com que ela tenha determinado sintoma...De acordo com sua estrutura é que você vai lidar com aquilo de uma forma ou de outra.”

8.11.3 Percepção da morte na neurose

O sentido da vida na neurose: valor fálico.

A relação com a falta-a-ser e do desejo de reconhecimento: Al. 10: – “O neurótico talvez teria mais dificuldade de lidar com isso (a morte) do que um psicótico... Um neurótico, ele sempre busca **o que ele é pros outros**. Então isso teria diferença em relação ao psicótico, que não teria esse sentimento.”

Al. 10: – “Por exemplo, vamos supor que a explicação pra morte dela seja ela pensar que não é amada, que a vida dela não faz sentido, que ela não é reconhecida, que o marido dela não a ama, a trai, que os filhos a abandonaram, que a vida dela não tem sentido nenhum, *porque ela não **tem** nada do que ela achava que tinha **valor**.*”

Comentário da aluna-colaboradora: “O neurótico quer morrer porque ele não supriu o desejo do outro.”

8.11.4 A evolução das idéias de suicídio e uma abordagem possível

Al. 4: – “Não é assim, aconteceu um problema agora, ah, vou suicidar. Não, não é assim. Tem que ter uma história, tem que ter um evento passado ou mesmo uma vida inteira de problemas que levaram essa pessoa a ter uma tendência a suicidar, a achar que a solução do problema dela é o suicídio... A História de Vida é importante pra determinar o que é que levou a pessoa a pensar em suicidar.”

Al. 8: – “Fica muito mais fácil de lidar com os distúrbios psíquicos sem ter o preconceito que muitas vezes se tem. Fica mais claro então lidar com um paciente que quer se suicidar e de não apenas me horrorizar com isso.”

Al. 3: – “Não é questão de fazer terapia... E nem ficar falando: Ah, coitadinha, não se mata não...”

9 DISCUSSÃO: APRENDENDO A TRANSMITIR COM AS CATEGORIAS DE ANÁLISE

Tratamento das informações: análise e discussão dos resultados

9.1 O processo de construção conjunta do conhecimento

A transmissão peculiar desse delicado tipo de conhecimento foi possibilitada pela construção conjunta num processo de complexidade crescente, que foi a metodologia de ensino empregada. Além da apresentação aos alunos dos subsídios teóricos fornecidos pela teoria psicanalítica lacaniana, a transmissão foi sendo construída gradativamente e se consolidando através da interação dialógica entre os diversos atores envolvidos: a professora, os alunos, os professores de Semiologia, os pacientes.

As categorias de análise para os Pós-Testes foram sendo progressivamente elaboradas a partir dos grupos de discussão e dos debates conjuntos, especialmente os que ocorreram após as entrevistas dos pacientes com vistas à construção teórica dos Casos Clínicos.

Com a utilização da técnica de colheita da História de Vida orientada para a busca dos dados que possibilitem a formulação de construções teóricas sobre as estruturas psíquicas dos pacientes, se torna possível o estabelecimento de Hipóteses Diagnósticas mais precoces em Saúde Mental.

Foram discutidas e avaliadas conjuntamente com os alunos (sujeitos da pesquisa) suas dificuldades, suas percepções dos sentidos e significados atribuídos por eles à descoberta de: – quais as finalidades desta técnica para aplicação na relação médico-paciente e – quais os objetivos e repercussões desta nova perspectiva, dentro da proposta de um conceito de prática médica mais ampliada.

9.1.1 Como e quando perguntar – o momento oportuno.

O momento mais oportuno de se introduzir uma colheita de HV é absolutamente contingencial. Ele vai depender essencialmente do desejo e do estilo do examinador, em função do que o sujeito lhe apresenta. Caso a anamnese médica toda transcorra de uma maneira “padrão”, ou seja, sem remeter a pontos de enganchamento com as questões psíquicas, o tema pode ser introduzido com naturalidade, da mesma forma em que se já se introduzem as questões sobre o perfil psicossocial. Ao se propor abertamente ao paciente que fale sobre sua HV, ele aceita com a maior naturalidade, admitindo e muitas vezes demandando esta investigação, que ele corretamente atribui a uma função do médico.

9.1.2 A diferença com a Anamnese semiológica

À diferença da Anamnese tradicional preconizada pela Semiologia Médica, que propõe, a partir da Queixa Principal, um protocolo de perguntas que devem ser previamente conhecidas pelos alunos para o esclarecimento diagnóstico através do direcionamento das perguntas na HMA, o aluno deve ser treinado em fazer uma entrevista o mais livre possível, aprendendo a formular perguntas abertas, ou seja, que não pressupõem a resposta em sua própria formulação. Há que se estar preparado para o novo, para a surpresa, sem preconceitos e julgamentos *a priori*.

9.1.3 A escuta sem preconceitos e o lugar do “não-compreender”

O aluno não deve ficar preocupado com um formulário de perguntas previamente estabelecidas a ser preenchido. Ele deve se concentrar nas respostas do paciente “ao pé da letra”, e procurar estabelecer um “gancho” com a próxima pergunta a partir da própria resposta que o paciente acabou de dar. Desde que de uma forma não-preconceituosa ou agressiva, ele pode e deve se mostrar curioso e não se contentar com respostas prontas, estereotipadas ou pretensamente compartilhadas pelo senso comum. Caso o aluno aceite muito prontamente as explicações dadas pelo paciente, ele pode estar se confundindo no equívoco de estar “compreendendo” os motivos, porém através do seu próprio julgamento subjetivo. Há que se colocar em um lugar do “não-compreender”, para suscitar novas questões que instiguem o sujeito a se explicar melhor, a dar suas razões de outras maneiras, de outras formas ou versões que possam dar indícios, que indiquem a forma particularizada e única com que o sujeito formula suas queixas.

9.1.4 A percepção da posição subjetiva do paciente e a formulação de uma hipótese diagnóstica precoce.

Essa singularidade do sujeito, essa particularização do caso clínico, é que vai ensinar a percepção pelo aluno da posição subjetiva do paciente, saindo da esfera da doença mental concebida como meramente biológica e abrindo a porta para a entrada do sujeito psíquico e do seu sofrimento sintomático. A escuta do sujeito é que vai possibilitar a percepção da posição subjetiva do paciente, a formulação de uma hipótese diagnóstica precoce acerca de sua estrutura psíquica e correlatamente acerca da modalidade de Transferência que é posta em jogo nesta estrutura.

9.1.5 O diagnóstico estrutural e o lugar do médico na Transferência.

Assim, municiado pelo instrumento teórico do diagnóstico das estruturas clínicas (segundo a psicanálise lacaniana em sua primeira clínica), é que o médico poderá saber em que lugar ele é colocado pelo paciente na Transferência. Portanto, só assim ele poderá saber qual o lugar que poderá ou deverá ocupar, dentro do contexto psíquico do paciente, para operar ou manejar na abordagem e condução do caso. O médico é o destinatário de uma demanda e endereçamento de um sintoma que comporta um sofrimento, e deverá ter critérios que o norteiem para saber como fazer com isso.

9.2 Quais os indicadores (“evidências”) da ocorrência de transmissão na prática?

9.2.1 A estrutura da Neurose

Para a transmissão deste conhecimento teórico na prática, é necessário que num primeiro momento o aluno opere a descoberta dos indicadores que propiciam o estabelecimento de uma hipótese diagnóstica de estrutura de Neurose.

Os alunos descreveram essa descoberta através dos seus relatos, que foram categorizados em torno da questão do Édipo:

- O desejo de reconhecimento
- A coerência do sentido na linguagem
- O enigma do desejo do Outro
- O sentido do romance familiar edipiano
- As identificações
- O superego e a culpa.

Os alunos foram capazes de:

- Perceber a posição subjetiva do paciente
- Perceber o Falo como significante do desejo na fantasia edipiana
- O Superego e a culpa
- O Recalque

Chegando, até mesmo, a esboçar uma construção teórica do pai impotente na fantasia histórica.

A retificação subjetiva do médico: uma reformulação da intenção terapêutica, sem desresponsabilização.

No debate sobre os limites do médico, foram capazes de perceber a diferença entre os conceitos de “maternagem”, “intenção terapêutica”, “retificação subjetiva” e

“percepção da posição subjetiva”. A introdução desse rigor conceitual propiciou uma reformulação da posição do médico e como conseqüência a desobrigação da intenção terapêutica, sem desresponsabilização.

Assim, correlatamente ao desaparecimento do “medo de perguntar”, ocorreu uma passagem: uma retificação subjetiva do próprio médico, que passou a atribuir como função sua uma escuta diagnóstica, e não terapêutica.

9.2.2 A estrutura da Psicose

A questão inicial que havia suscitado dúvidas quanto ao diagnóstico diferencial de delírio, mentira ou fantasia, no relato da segunda paciente, foi sendo gradativamente esclarecida no decorrer da segunda entrevista (7.7.1). Os alunos foram capazes de perceber:

- A falta de posição subjetiva na psicose, ou a posição de objeto do psicótico (7.7.2)
- A ausência do Édipo no romance familiar, ou a forclusão do Nome-do-Pai (7.7.3)
- O delírio (7.7.4).

Concluindo, pode-se verificar que a percepção da estrutura da Psicose ocorreu por contraposição à da Neurose já vista anteriormente, ou seja, pelo “negativo”. Simplificando: na Neurose encontra-se o Édipo no romance familiar, enquanto na Psicose não. Apenas deixa-se a ressalva de que, se nesta entrevista preliminar não for encontrado o romance edipiano ou indícios de sua constelação estruturante constitutiva do ser do sujeito do inconsciente, isto não significa que a investigação esteja terminada, mas apenas há que se ir com mais cautela no aprofundamento das perguntas.

9.2.3 Os pontos de virada e as mudanças

A contraposição dos dois casos foi o que permitiu, por comparação, o ponto de passagem na aquisição desse conhecimento pelos alunos (7.8.1). A partir da evidência desta constatação na prática do caso clínico, eles puderam entender finalmente o objetivo diagnóstico da escuta e a necessidade de se fazer a pergunta a mais: “por quê?” (7.8.2).

A partir desse diagnóstico estrutural, que é do tipo qualitativo, pode-se fazer uma revisão dos conceitos quantitativos de “Normal” e “Patológico” em Saúde Mental, que são correlatos à concepção biológica da “doença”. Com isso, ocorre uma diminuição do preconceito contra o paciente, que passa a ser encarado não

mais como uma aberração patológica e ameaçadora, mas como um ser que tem uma estrutura diferente, e mais precária na própria luta pela sobrevivência.

Os alunos não se sentiram desresponsabilizados, muito pelo contrário. Ocorreu uma mudança no conceito anterior de “invadir” o paciente, com a consciência de que há formas possíveis de se perguntar sem agredir o paciente (7.8.4). Assim, desapareceu o medo de perguntar, o que foi sentido como uma espécie de “alívio” (7.8.5).

Os alunos foram capazes de perceber as suas mudanças de perspectiva de antes para depois do curso (7.9). A noção precisa do objetivo a ser atingido (para quê perguntar?) lhes deu um aumento da segurança para a condução dos casos (7.9.1).

A questão das idéias de auto-extermínio foi mais claramente vista como um paradoxo dentro de pressupostos filosóficos que podem levar a abordagens terapêuticas contraditórias (7.9.3), ou à omissão completa: “o médico não pergunta, porque a conduta seria sempre a mesma!” (7.10.2).

O diagnóstico precoce de estrutura ensejou mudanças na conduta (7.10.3):

- a postura de não confrontar o delírio;
- abordagens diferentes para cada estrutura;
- a percepção do risco de viragem maníaca induzida pelo antidepressivo;
- as diferenças nas concepções de morte e
- uma abordagem possível pelo clínico capaz de uma avaliação qualitativa da

evolução das idéias de AE.

Finalizando, a escuta diagnóstica aponta para a possibilidade de outras perspectivas de intervenção, seja na perspectiva do manejo da transferência, seja na própria maneira de se colocar para o paciente a proposta do psicofármaco.

10 CONCLUSÕES E DISCUSSÃO FINAL

10.1 Resposta aos objetivos

Pergunta (P): *A transmissão desse tipo de conhecimento é viável?*

Resposta (R): Sim, desde que seja concebida como uma *práxis* que seja fundada nos pré-requisitos apontados em termos de conteúdos teóricos, cenários de prática e metodologia de ensino-aprendizagem.

P.: *Quais as causas das dificuldades e inseguranças dos alunos?*

R.: As principais dificuldades dos alunos em não saber abordar e conduzir a questão do sofrimento psíquico do paciente foram:

Falta de rigor teórico e clareza acerca dos objetivos da escuta: por não saber o que fazer, o que perguntar – ou seja, por quê perguntar, para escutar o quê?

Não poder fazer nada para “ajudar”, não poder dar um retorno para o paciente.

Pela redução da finalidade da escuta à concepção terapêutica. Esta concepção da escuta do sujeito psíquico como “sintomática” ou “terapêutica” traz insegurança para o médico e tende a afastá-lo do seu objetivo de conhecer o paciente, para “tratar o doente, e não a doença”.

10.2 Mudanças no exercício da prática médica

Conseqüências da aplicação da “Escuta Diagnóstica”:

Diagnóstico precoce da Estrutura

A mudança de concepção da escuta enquanto “sintomática” ou “terapêutica” para uma escuta diagnóstica, segundo a proposta das Estruturas Clínicas formuladas no primeiro ensino de Lacan, abre a possibilidade para a formulação de Hipóteses Diagnósticas precoces em Saúde Mental, com todo o cortejo de conseqüências que esta nova perspectiva acarreta, como se segue.

O que o médico deve, e o que pode fazer

Uma outra compreensão acerca da função e do papel do médico relativos a suas possibilidades e limites no atendimento ao sofrimento mental dos pacientes – o que ele pode e o que ele deve fazer em sua abordagem, desde o nível da atenção básica ou de cuidados primários.

Percepção do lugar em que o médico é colocado pelo paciente na Transferência

Uma percepção diferente acerca da questão da demanda do paciente, incluindo a percepção do lugar em que este coloca o médico na Transferência, em função de sua Estrutura Clínica.

Percepção do desejo do médico em função da ética da medicina

Uma nova percepção do desejo do médico como o pilar sustentador dessa concepção humanista de atenção médica, que configura uma nova dimensão ética para o exercício da medicina.

10.3 Considerações finais, sugestões e recomendações para futuros aprofundamentos

10.3.1 A concepção do ensino em Saúde Mental e suas correlações

Com o modelo político-assistencial de saúde:

O ensino de Saúde Mental na Faculdade de Medicina da UFMG, nos moldes atuais, não permite o seguimento e o acompanhamento dos pacientes pelos alunos a médio e a longo prazo. Esta contingência reforça uma concepção de urgência no atendimento e encaminhamento, que são compatíveis com o modelo político-assistencial de saúde em nosso país – e em vários outros, mesmo os do chamado “primeiro mundo” – como vemos em REY (2005).

Com a urgência da medicalização e a necessidade da “Medicina defensiva”:

As concepções de “normal” e “patológico” em Saúde Mental segundo o paradigma neurobiológico e quantitativo contemporâneos tentam delimitar “doenças” que teriam marcadores biológicos específicos. Este paradigma incentiva a medicalização precoce, assim como o uso indiscriminado ou abusivo dos psicofármacos, com especial destaque para os antidepressivos, que têm sido empregados em larga escala. Nessa direção, os conceitos de uma “Medicina defensiva” tornam-se uma consequência inevitável e passam a ser incluídos como uma necessidade para o exercício da prática médica, na prevenção de questionamentos éticos, administrativos e judiciais.

10.3.2 A necessidade de um acompanhamento mais prolongado dos pacientes

Seria desejável a possibilidade de acompanhamento dos pacientes pelos alunos por períodos mais prolongados que apenas um semestre letivo. Os professores das disciplinas ambulatoriais de Semiologia da Pediatria e da Clínica Médica (MGA e MGC), no atual currículo, continuam em princípio nos mesmos locais de atendimento, mas os alunos mudam a cada semestre, ou seja, os alunos não acompanham a evolução dos casos nem por um semestre letivo.

Nesta pesquisa permaneceu insatisfatória esta falta de continuidade no atendimento aos pacientes pelos alunos e pela Saúde Mental, o que se justifica pela própria estrutura do atual currículo e pelo caráter pontual dessa intervenção a título de pesquisa.

A necessidade desse seguimento talvez pudesse ser solucionada pela introdução de conteúdos de Diagnóstico Precoce em Saúde Mental, numa proposta metodológica teórico-prática interdisciplinar, integrada ou interdepartamental, que fosse seqüenciada em pelo menos dois semestres consecutivos num mesmo local ou cenário de prática, como, por exemplo, incluída de forma mais permanente num Internato de Atenção Primária ou dentro do Ciclo Ambulatorial.

10.3.3 Pré-requisitos para o ensino

Os pré-requisitos necessários para viabilizar esta mudança de perspectiva no exercício da prática médica são de ordem teórica e prática, em termos de conteúdos, cenários de prática e metodologia de ensino-aprendizagem.

Conteúdos:

Em termos de conteúdos, o pré-requisito teórico consistiria na mudança da concepção de escuta “sintomática” ou “terapêutica” para uma ESCUTA DIAGNÓSTICA, tal como fundamentada na proposta teórica da Psicanálise Lacaniana pela formulação do diagnóstico de Estruturas Clínicas.

Cenários de prática:

Em termos de cenários de prática, os pré-requisitos, tomando como exemplo a Faculdade de Medicina da UFMG, seriam:

a) Integração Interdisciplinar com as Disciplinas clínicas, conjuntamente com o ensino da Semiologia – por exemplo, um Módulo Interdepartamental conjunto com as Disciplinas de MGC e MGA, durante o ciclo Ambulatorial. Esta integração

implicaria na necessidade de reformulação das diretrizes curriculares atuais, sob a gestão operacional do Colegiado do Curso Médico.

b) A resolução da questão ética da responsabilidade civil do docente no exercício de uma atividade assistencial.

Nesta *práxis* da construção teórica aplicada concretamente sobre o caso clínico examinado na prática, a questão ética assume papel primordial. Seria desejável que o paciente continuasse sob a responsabilidade do professor da área clínica, o qual requisitaria uma supervisão ou consultoria pela área da Saúde Mental, mas seria o responsável pela decisão final na abordagem e manejo do caso. Esta questão ética, por envolver a delicadeza do fator humano dos sujeitos participantes e colaborativos num trabalho de equipe interdisciplinar, é o que nos parece ser o elo mais frágil de toda essa complexa cadeia metodológica para a transmissão deste delicado tipo de conhecimento.

10.4 Sugestões para futuros aprofundamentos e aplicações práticas

A Psicofarmacologia e o contexto histórico-social em nosso país:

O desenvolvimento da Psiquiatria em nosso país, especialmente no estado de Minas Gerais, tem passado por um movimento político intitulado “Luta Anti-Manicomial”. Pode-se pensar que essa direção tenha sido possibilitada pela conjugação de duas vertentes aparentemente contraditórias e paradoxais: a Clínica Psicanalítica Lacaniana – ao fornecer os elementos teóricos para um diagnóstico precoce de estrutura – e à psicofarmacologia.

Esta vertente que concerne às relações da medicina com a indústria farmacêutica foge ao escopo deste trabalho. De passagem, pode-se dizer apenas que a indústria farmacêutica, vista sob este ângulo, poderia ser considerada como uma espécie de “efeito colateral adverso” dos psicofármacos.

Aplicações futuras:

Persiste a necessidade de uma análise mais aprofundada sobre o estatuto da “Escuta Diagnóstica” no exercício da prática médica, em suas conexões com a situação atual da atenção médica em Saúde Mental.

Os temas a serem abordados poderiam ser relacionados às crises das classificações diagnósticas em Psiquiatria e à descoberta do aumento do risco de

suicídio induzido por antidepressivos nos pacientes “predispostos”, introduzindo a Escuta como Diagnóstica a partir das Estruturas Clínicas.

Há necessidade de pesquisas com metodologia clínico-qualitativa em direção a uma nova forma de abordagem dos pacientes para avaliação do risco de suicidabilidade, nas quais pudesse ser formulado um diagnóstico precoce da estrutura do sujeito psíquico, a partir do Caso Clínico na sua singularidade.

Esta “Escuta Diagnóstica”, como ilustrada pelo Caso Clínico “S.”, trabalhando com uma hipótese precoce de “psicose não-desencadeada”, propicia a percepção pelo médico da qualidade e da tonalidade da evolução do quadro, o que fornece a base teórica para uma nova estratégia na abordagem dos pacientes pelo manejo da transferência. Não se pode afastar, como já indicamos, até mesmo uma eventual profilaxia farmacológica na iminência de um desencadeamento ou de uma passagem ao ato.

TEXTO AUXILIAR – Por que a colheita da História de Vida para o diagnóstico precoce?

(Texto para apresentação de aula)

Por que a colheita da História de Vida é uma estratégia para o diagnóstico precoce em Saúde Mental?

Resposta: Porque o médico recebe a Transferência do paciente.

O que é a Transferência?

Conceitos de:

- Necessidade
- Demanda
- Desejo

A prematuridade do ser humano para a sobrevivência

- A falta inaugural de recursos: o choro, o grito são expressão do desamparo e inicialmente não tem significado.
- Há necessidade de um outro ser humano que escute o seu apelo, e deseje atendê-lo – para isso, precisa interpretá-lo.
- A interpretação feita pelo Outro ocorrerá segundo o seu próprio desejo.
- A interpretação dada pelo Outro (função Materna) é que dará significado ao choro ou grito
- A Necessidade (Instinto) se transforma numa Demanda (Pulsão) para ser atendido por um Outro que o deseje, que o ame.
- Nenhum dos dois – nem o bebê, nem o Outro – sabem exatamente o que o outro quer, ou deseja.

O enigma do desejo e sua dialética

- O bebê, inicialmente, é um objeto à mercê do desejo caprichoso do Outro.
- A Pulsão se apóia nas zonas erógenas, mas também é nomeada a partir do desejo do Outro (do qual o sujeito depende para sua sobrevivência).
- “O desejo do Homem é o desejo do Outro”.
- Complexo de Castração e Complexo de Édipo – 1º. Tempo
- Fantasia: SER O FALO
- Falo: Fantasia mítica em que o bebê se supõe enquanto um objeto que seria capaz de satisfazer plenamente o desejo do Outro (função Materna). Ele é tudo para o Outro, mas estaria ainda assujeitado ao desejo caprichoso desse Outro.
- Complexo de Castração e Complexo de Édipo – 2º. Tempo
- Fantasia: TER UM FALO
- Falo: enigma do desejo do Outro. O Simbólico (Linguagem) não dá conta de recobrir o Real.

Com a entrada do terceiro (função Paterna), o sujeito percebe que não é tudo para o Outro e se interroga sobre o desejo ambíguo desse Outro.

O sujeito deseja ter alguma coisa que o identifique como amado (se o Outro tem um desejo independente de mim, ele queria que eu nascesse?)

Se o sujeito começa a querer ter alguma coisa, formulando seu próprio desejo numa tentativa de separação do desejo do Outro, torna-se assim sujeito de sua própria história.

Complexo de Castração e Complexo de Édipo – 3º. Tempo

Fantasia: partilha dos sexos e a Lei

De onde vêm os bebês?

O enigma do desejo passa a ser relacionado com o pênis (símbolo fálico).

A sexualidade não é só o sexo genital, ela passa pelo desejo.

O que é ser: Homem ou Mulher?

O que é ser: Pai ou Mãe?

Pai e Homem, Mãe e Mulher

O Superego e o paradoxo das Identificações

O primeiro objeto de amor de ambos os sexos é a Mãe.

Amor x ódio: dependendo do Outro (“amo”) para sobreviver (desamparo), mas ao mesmo tempo preciso cortar o cordão umbilical psíquico (“odiar”) para poder criar minha própria identidade, separando-me do desejo do Outro.

Como odiar a quem amamos? Identificando-nos com ele, recalamos e introjetamos esse ódio.

Os modelos de funcionamento do Aparelho Psíquico e As Estruturas Clínicas

PSICOSE: é um objeto assujeitado ao Outro. Não houve a entrada do terceiro como limite (LEI), para criar a questão sobre o enigma do desejo do Outro e para possibilitar a separação (individuação).

Não há fantasia Edipiana.

Estando à mercê do Outro, a Transferência é erotomaníaca (ele me ama), ou persecutória (ele me odeia).

Os modelos de funcionamento do Aparelho Psíquico – as Estruturas Clínicas

NEUROSE: o sujeito quer ter o seu próprio desejo, separado do Outro, se bem que constituído em função do desejo deste, porque depende dele e precisa ser amado por ele.

O sujeito percebe seus limites e a Lei, inserindo-se na partilha dos sexos com uma fantasia Edipiana.

“O Superego é o herdeiro do Complexo de Édipo”. O mal-estar na civilização é introjetado como uma Identificação.

O sentido da vida é posto em questão na Adolescência, ocorrendo um re-questionamento das suas Identificações na tentativa de reconstrução de sua própria “identidade”.

Os modelos de funcionamento do Aparelho Psíquico – as Estruturas Clínicas

PERVERSÃO : estrutura ou traços em outras estruturas.

O sujeito percebe a castração, mas recusa essa percepção, nega-a para si mesmo. Não aceita se submeter aos limites ou às Leis para a convivência social.

Para quê é necessário fazer a colheita da História de Vida?

Para possibilitar um diagnóstico precoce das Estruturas Clínicas;

Para permitir a detecção dos chamados “pacientes predispostos” para desencadearem virada maníaca com o uso dos A-D;

Para o estabelecimento de hipóteses diagnósticas precoces nos “grupos de risco”: infância e adolescência;

Para permitir ao médico uma elaboração teórica para o diagnóstico da Transferência do paciente e suas influências na abordagem e manejo nas condutas, para fortalecer a aderência terapêutica e para avaliação dos efeitos colaterais dos psicofármacos.

Para avaliar o efeito do papel e das intervenções do médico na vida do paciente;

Para permitir ao médico maior clareza a respeito do que está tratando: uma doença, ou sintomas-alvo, o paciente, ou até mesmo efeitos colaterais das medicações instituídas, lembrando que: “o médico, antes de tudo, prescreve-se a si mesmo” (Balint).

ANEXO 1 – Termo de Consentimento Pós-Informação para Pacientes

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais

Título do projeto: AVALIAÇÃO DAS MUDANÇAS OCORRIDAS NO EXERCÍCIO DA PRÁTICA MÉDICA APÓS A INTRODUÇÃO DA COLHEITA DA HISTÓRIA DE VIDA COMO ESTRATÉGIA PARA O DIAGNÓSTICO PRECOCE EM SAÚDE MENTAL – PESQUISA-AÇÃO COM METODOLOGIA QUALITATIVA NO OITAVO PERÍODO DO CURSO DE MEDICINA DA UFMG

Pesquisador: Prof.^a Betty Liseta Marx de Castro Pires

O Propósito dessa pesquisa científica é ensinar aos alunos do curso de Medicina da UFMG como fazer diagnósticos de problemas – como as pessoas vivenciam (vivem e sentem em profundidade) certos problemas de saúde e quais são os sentidos e significações pessoais que dão para estes problemas. Para tanto, serão realizadas entrevistas para colheita da História de Vida do informante, cada uma podendo durar aproximadamente uma a duas horas.

Os registros feitos durante as entrevistas não serão divulgados aos profissionais que trabalham nesta Instituição, mas o relatório final, contendo citações anônimas, estará disponível para todos quando estiver concluído o estudo, inclusive para apresentação em encontros científicos e publicação em revistas especializadas.

Poderá não haver benefícios diretos ou imediatos para você enquanto entrevistado deste estudo, além da oportunidade de você poder falar de suas coisas, mas poderá haver mudanças nos cuidados dados aos pacientes após os profissionais de saúde tomarem conhecimento das conclusões.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, no dia 15/12/04.

Este TERMO, em duas vias, é para certificar que eu, _____, concordo em participar na qualidade de voluntário do projeto científico acima mencionado. Por meio deste, dou permissão para que eu seja entrevistado e para estas entrevistas serem gravadas em cassetes.

Estou ciente de que, ao término da pesquisa, as fitas serão apagadas e que os resultados serão divulgados, porém sem que meu nome apareça associado à pesquisa.

Estou ciente de que um técnico fará a transcrição da fala gravada para um texto em computador e que alguns colegas pesquisadores poderão conhecer o conteúdo, tal como foi falado, para discutir os resultados, mas estas pessoas estarão sempre submetidas às normas do sigilo profissional.

Estou ciente de que não haverá riscos para a minha saúde resultantes da participação na pesquisa.

Estou ciente que sou livre para recusar a dar resposta a determinadas questões durante as entrevistas, bem como para retirar meu consentimento e terminar minha participação a qualquer tempo sem penalidades e sem prejuízo aos atendimentos e tratamentos que recebo.

Por fim, sei que terei a oportunidade para perguntar sobre qualquer questão que eu desejar, e que todas deverão ser respondidas ao meu contento.

NOME:

ASSINATURA:

Pesquisador:

Entrevistado:

Testemunha:

Entrevista n. _____ Local:

Data: ____/____/____

ANEXO 2 – Termo de Consentimento Pós-Informação para Profissionais

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais

Título do projeto: AVALIAÇÃO DAS MUDANÇAS OCORRIDAS NO EXERCÍCIO DA PRÁTICA MÉDICA APÓS A INTRODUÇÃO DA COLHEITA DA HISTÓRIA DE VIDA COMO ESTRATÉGIA PARA O DIAGNÓSTICO PRECOCE EM SAÚDE MENTAL – PESQUISA-AÇÃO COM METODOLOGIA QUALITATIVA NO OITAVO PERÍODO DO CURSO DE MEDICINA DA UFMG

Pesquisador: Prof.^a Betty Liseta Marx de Castro Pires

O objetivo do presente trabalho é avaliar se a Disciplina experimental “Tópicos em Saúde Mental” trará contribuições para aprimorar os diagnósticos na área de Saúde Mental, ensejando uma melhor compreensão dos sentidos e significações existentes, do ponto-de-vista emocional e cultural, para profissionais de saúde frente a seu trabalho com pacientes com os problemas acima definidos.

Os registros feitos durante as entrevistas não serão divulgados aos profissionais que trabalham nesta Instituição, mas o relatório final, contendo citações anônimas, estará disponível para todos quando estiver concluído o estudo, inclusive para apresentação em encontros científicos e publicação em revistas especializadas. Poderá não haver benefícios diretos ou imediatos para você enquanto entrevistado deste estudo, além da oportunidade de você poder falar de suas coisas, mas poderá haver mudanças nos cuidados dados aos pacientes após os profissionais de saúde tomarem conhecimento das conclusões.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, no dia 15/12/04.

Este TERMO, em duas vias, é para certificar que eu, _____, concordo em participar na qualidade de voluntário do projeto científico acima mencionado. Por meio deste, dou permissão para que eu seja entrevistado e para estas entrevistas serem gravadas em cassetes.

Estou ciente de que, ao término da pesquisa, as fitas serão apagadas e que os resultados serão divulgados, porém sem que meu nome apareça associado à pesquisa.

Estou ciente de que um técnico fará a transcrição da fala gravada para um texto em computador e que alguns colegas pesquisadores poderão conhecer o conteúdo, tal como foi falado, para discutir os resultados, mas estas pessoas estarão sempre submetidas às normas do sigilo profissional.

Estou ciente de que não haverá riscos para a minha saúde resultantes da participação na pesquisa.

Estou ciente que sou livre para recusar a dar resposta a determinadas questões durante as entrevistas, bem como para retirar meu consentimento e terminar minha participação a qualquer tempo sem penalidades e sem prejuízo aos atendimentos e tratamentos que recebo.

Por fim, sei que terei a oportunidade para perguntar sobre qualquer questão que eu desejar, e que todas deverão ser respondidas ao meu contento.

NOME:

ASSINATURA:

Pesquisador:

Entrevistado:

Testemunha:

Entrevista n. _____ Local:

Data: ____/____/____

ANEXO 3 – Texto para apresentação da defesa (slides em Power Point)

1. UMA PROPOSTA DE ENSINO PARA A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: A ESCUTA DIAGNÓSTICA

Avaliação das mudanças ocorridas no exercício da prática médica após a introdução da colheita da história de vida como estratégia para o diagnóstico precoce em saúde mental - pesquisa-ação com metodologia qualitativa no oitavo período do curso de medicina da UFMG

2. Como o clínico compreende o diagnóstico e o acompanhamento dos pacientes em Saúde Mental?

- Isso pode ser lido de várias maneiras, em relação ao paradigma contemporâneo
- Entretanto, veremos que o próprio médico se enreda nesta armadilha
- O ensino na área da Saúde Mental é controverso
- A pergunta da pesquisa foi derivada de uma experiência no ensino médico de 25 anos
- A possibilidade do diagnóstico precoce amplia a possibilidade de atuação do clínico em Cuidados Primários
- A questão do "Normal" e do "Patológico" em Saúde Mental

3. Análise preliminar – a pergunta da pesquisa

- A delimitação do campo da atenção médica
- Psiquiatria e Saúde Mental
- Ainda não foram descobertos marcadores biológicos
- O paciente seria como uma folha em branco em que as vicissitudes ambientais revelariam a expressão fenotípica dos gens
- A crença no psicofármaco é baseada apenas na diferença constitucional biológica
- Psiquicamente somos todos "iguais"?
- O efeito psicoterápico do ato médico

4. A dicotomia no atendimento

PSIQUIATRIA (doença mental)	SAÚDE MENTAL
Psiquiatria "Pesada"	Psiquiatria "Leve"
Pacientes "psiquiátricos mesmo"	Pacientes sintomáticos

Encaminhamentos		
Psiquiatria	Psicofármacos	Psicologia

5. A divisão e a angústia do médico

- Controvérsias nas categorias diagnósticas estatísticas (quantitativas) – ex.: quadros depressivos menores, distímias, psicossomáticos, depressões mascaradas ou equivalentes depressivos, quadros atípicos.
- Diversidade dos conceitos, classificações, objetos e objetivos
- O que o médico pode, e deve, saber e fazer, em termos de diagnóstico e de acompanhamento do paciente a médio e a longo prazo?

6. O que o médico generalista deve saber?

- Justificativa e relevância do tema
- A nosologia prevalente de Saúde Mental em Cuidados Primários: uma impossibilidade epidemiológica na Saúde Pública
- O dicotomia no ensino da Psicologia Médica e da Psiquiatria
- Doença mental x Saúde Mental
- Psicologia Médica x Psicanálise

7. A possibilidade do diagnóstico precoce

- A descoberta freudiana: a "Realidade psíquica"
- A possibilidade do diagnóstico precoce pelas Estruturas Clínicas em Lacan
- Uma diferença de qualidade que evita o preconceito trazido pelo paradigma biológico

8. A situação atual da Psiquiatria e do atendimento em Saúde Mental

- Crises recorrentes no atendimento, em termos de abordagem, diagnóstico e tratamento
- Dados epidemiológicos em populações pediátricas
- A crise de 2004: A controvérsia da "suicidabilidade" e os AD
- A "confusão bipolar" (Akiskal, 2005)

9. A "confusão bipolar"

- O espectro dos Transtornos do Humor: um "continuum" entre a Uni e a Bipolaridade
- Questionamento dos critérios de "bipolaridade" e as implicações clínicas
- Pacientes "predispostos", "vulneráveis" ou "suscetíveis" a Auto-Extermínio
- Procura-se o substrato anátomo-patológico

10. A Psiquiatria e o Ensino em Saúde Mental: como fica o clínico?

- "Normal" e "Patológico": conceito quantitativo e normativo
- "Depressão-Doença" ou "Endógena"
- "Depressão Psicogênica" ou Reativa
- Luto "normal" x Luto "patológico"
- Mediar o quê: um sintoma, uma síndrome, uma doença, ou o doente?

11. A ambigüidade da etiologia

- Etiologia e tratamento medicamentoso – analogia com a Hipertensão
- A concepção sistêmica do Modelo Biopsicossocial de Engel
- O "Perfil BPS": um corte transversal, numa perspectiva desenvolvimentista, num determinado contexto
- A concepção desenvolvimentista se adequa à neuropsicologia cognitiva e ao paradigma das neurociências: psíquico = cérebro
- Acasalamento com as Escalas de Avaliação e as Terapias Cognitivo-Comportamentais
- MAS: O diagnóstico envolve o julgamento subjetivo do examinador

12. A quem serve, então, a Psicologia Médica?

- A degradação da Psicanálise
- O desconhecimento da Pulsão de Morte e do Superego:
- "Somos todos iguais"
- A teoria do "trauma" como "ecológico": uma vicissitude comportamental ou social
- Tentativa de restabelecer a "homeostase" do sistema, como se tudo ocorresse a nível consciente ou de reflexo condicionado: "adestramento"

13. As dificuldades diagnósticas na Adolescência: quem é esse Sujeito?

- O diagnóstico psiquiátrico é tardio
- O adolescente suscita questões à Medicina:
 - no diagnóstico diferencial
 - na abordagem do sujeito psíquico
 - em questões filosóficas, existenciais e éticas
- O adolescente procura a sua identidade
- Ao médico cabe dar-lhe esta definição?

14. A proposta da Escuta Diagnóstica no ensino médico para um diagnóstico precoce

- Diferenças na metodologia da investigação das Estruturas Clínicas de Lacan
- A Escuta Diagnóstica x a Fenomenologia: a empatia não pode dar lugar à identificação, porque não parte do pressuposto de que "somos todos iguais"
- A Escuta Diagnóstica x a Semiologia: Não há perguntas protocolizadas a priori, porque parte-se do princípio do "não-compreender"

15. As Estruturas Clínicas em Lacan: Neurose, Psicose e Perversão

NEUROSE	PSICOSE
Recalque	Foraclusão do Nome-do-Pai
Conflito inconsciente: Enigma do desejo	Fora do Édipo
Romance familiar Edipiano	Não há subjetivação
Sujeito do desejo	Posição de objeto
Superego	Gozo do Outro
Sentimento inconsciente de culpa (não é um aprendizado "de fora para dentro")	Sentimento de culpa comportamental
Fantasia Edipiana e sentido fálico	Fora do discurso
Sintoma: preencher a falta no Outro	-
Transferência: demanda de amor	Transferência: erotomaníaca ou persecutória – ou é amado, ou odiado.
Tarefa do médico: legitimar a queixa e transformar em desejo de saber.	Tarefa do médico: evitar encarnar um Outro gozador, pelo manejo da transferência.

16. A colheita da História de Vida na perspectiva da Escuta Diagnóstica

- Pela colheita da História de Vida como estratégia para a Escuta Diagnóstica, pode-se detectar indícios que apontam para uma construção teórica a partir do Caso Clínico.
- A Escuta Diagnóstica das Estruturas Clínicas traz contribuições que indicam ao médico quando se trata de uma estrutura de Neurose.
- O diagnóstico estrutural equivale ao estabelecimento de uma hipótese diagnóstica precoce.
- Um diagnóstico precoce propicia um referencial para a abordagem e o acompanhamento do paciente a longo prazo.

17. Rigor conceitual

- O conceito de "Sujeito" e a "posição subjetiva"
- A "posição subjetiva" do paciente e as modalidades da Transferência
- Diferença com a "retificação subjetiva"
- Diferença com a "apresentação de enfermos" de Lacan
- Um encaminhamento consciente, sem desresponsabilização do médico clínico
- Implicações para a prática clínica: para se valorizar a dimensão da queixa, há que se legitimar o sintoma em função da estrutura.

18. Considerações Teórico-Metodológicas

- Metodologia da pesquisa Clínico-Qualitativa (Turato)
- O pesquisador como instrumento
- A práxis e o processo de construção conjunta do conhecimento
- Análise de conteúdo
- Viés da expectativa do pesquisador e rigor metodológico

19. Objetivos

- É “viável” a transmissão?
- Objetivo geral - Hipótese a testar: avaliar a ocorrência de transmissão, pela constatação das mudanças conceituais e na prática dos sujeitos da pesquisa

20. Objetivos específicos

- Ação: Uma disciplina experimental
- A pesquisa-colaborativa
- Avaliação dos resultados: as mudanças ocorridas na percepção dos conceitos e suas conseqüências

21. Metodologia

- Por quê Pesquisa-Ação?
- Por quê Pesquisa-Colaborativa?
- O dilema da amostra
- Os sujeitos da pesquisa
- Os alunos-colaboradores
- Riscos e respaldo
- Resultados: Segurança interavaliadores e triangulação

22. Ação ou Intervenção: a Disciplina Experimental

- O campo de trabalho
- Os professores-colaboradores
- Módulo teórico
- Textos auxiliares
- Módulo prático
- Supervisão e seleção dos casos clínicos

23. A Disciplina Experimental – conteúdo teórico I

- Interdisciplinaridade e ética;
- Supervisão de casos clínicos e seleção dos pacientes par a entrevista
- “Normal” x “Patológico”;
- História do diagnóstico em psiquiatria;
- As modernas classificações estatísticas e as controvérsias;
- “Entidade mórbida” x “Entidade nosológica”;
- “Perfil Biopsicossocial” e a concepção desenvolvimentista;

24. Disciplina Experimental – conteúdo teórico II

- Conceitos de “Psicoses Funcionais” e de “Transtornos do Humor”;
- O “compreender” e o “explicar”;
- Empatia x identificação;
- “Endógeno” x “Psicógeno”;
- A constituição do sujeito psíquico;
- O complexo de Édipo e o complexo de Castração em Lacan;
- As Estruturas Clínicas: Neurose, Psicose, Perversão;
- As modalidades de Transferência segundo as estruturas;
- Prevenção do suicídio.

25. Textos acessórios e Auxiliares

1 – Textos Acessórios:

- Freud: “Observações sobre o amor de transferência”
- Winnicott: “Aconselhando os pais

2 – Textos Auxiliares (elaborados pelo pesquisador):

- A transferência e o Superego
- Por que a colheita da História de Vida

26. A Disciplina Experimental – trabalho de campo

- Dois semestres letivos:
 - Centro de Saúde Santa Inês
 - Centro de Saúde Carmo-Sion
- Quatro Casos Clínicos-paradigmas:
 - Dois casos com estrutura de Neurose
 - Dois casos com estrutura de Psicose
- Dezenove alunos-participantes
- Quatro professores-colaboradores
- Dois alunos-colaboradores voluntários

27. A pesquisa-colaborativa

Instrumentos de avaliação:

- Pré-Testes
- Seminários e debates conjuntos
- Observação-participante
- Diário de campo do pesquisador
- Pós-Testes
- Análise dos resultados: construção das “Categorias de Análise”

28. Desenvolvimento – Primeira Etapa: Centro de Saúde Santa Inês

Principais dificuldades dos alunos:

- Lacunas e heterogeneidade na formação
- Impotência, vergonha de “invadir” e medo da identificação com o paciente
- Preconceitos: contra a “doença” mental, contra “pitis”, contra sexo
- Necessidade de respaldo para o desamparo

29. Ponto de virada: uma consciência ética aguda de seu próprio despreparo e responsabilidade

- Admissão do desconhecimento da utilidade da Psicologia Médica e a “fuga” da angústia pelo “furor sanandi”
- O desconhecimento dos diferentes tipos de Transferência
- O medo da responsabilidade causado pela perspectiva terapêutica

30. Momento fecundo da transmissão

A teoria (texto auxiliar) só foi dada após a discussão do Caso Clínico de Neurose

- A contraposição do segundo caso ao primeiro
- “Cadê o Édipo?”
- A História de Vida como Escuta Diagnóstica
- Mudanças nas concepções teóricas e na prática médica
- O papel do médico na “suicidabilidade” e em pacientes “predispostos”: os pacientes “sutis”
- “Alívio” na concepção de “médica boa”

31. Segunda Etapa: Centro de Saúde Carmo-Sion

- Mudança na estratégia de ensino-aprendizagem: a teoria foi dada antes da primeira entrevista
- A técnica da entrevista
- Percepção da "posição subjetiva" do paciente
- Desobrigação da intenção terapêutica
- "Compreensão", empatia, identificação e "contra-transferência"

32. O diagnóstico precoce da Estrutura Clínica

- Caso Clínico "S."
- A pergunta a mais: "Por quê?"
- Concepção de delírio
- O "viés semiológico" e a proposta de não-confrontação
- O paradoxo da vida como um "Bem"
- Diferenças das concepções de morte na Neurose e na Psicose
- Prevenção do suicídio

33. Resultados: Aprendendo a transmitir

Metodologia de ensino-aprendizagem:

- Um conhecimento construído conjuntamente numa interação dialética e interdisciplinar, teórico-prática
- Diferenças na técnica de entrevista – as perguntas abertas e não-diretivas
- Percepção das diferenças entre as Estruturas pela contraposição dos casos clínicos

34. Resultados: aprendendo a transmitir

Primeira Etapa	Segunda Etapa
Sem teoria prévia	Com teoria prévia
Percepção pouco clara	Percepção clara
Imprecisão conceitual	Conceitos definidos
Sem rigor teórico	Precisão teórica
Mudanças: relativas	Mudanças: claras, rigor teórico
Transmissão: incompleta	Transmissão: completa

35. Resultados: Mudanças na prática médica

- Uma consciência ética aguda de seu próprio despreparo e responsabilidade
- A Escuta Diagnóstica e a desobrigação terapêutica sem desresponsabilização: continuidade no atendimento
- Diferenças entre o diagnóstico quantitativo e o qualitativo
- Formulação de uma hipótese diagnóstica precoce
- O paradoxo da arte de "curar" e a Pulsão de Morte
- Limites e possibilidades no lugar e no papel do médico: quando e como intervir?

36. Conclusões e discussão final

- Resposta aos objetivos: a transmissão mostrou-se viável
- Foram constatadas mudanças nas concepções e no exercício da prática médica
- Repercussões construtivas sobre a relação médico-paciente e a concepção do ensino em Saúde Mental
- Pré-requisitos curriculares para sua aplicação:
 - Integração teórico-prática e interdisciplinar
 - Acompanhamento mais prolongado dos pacientes (mínimo necessário: 2 semestres consecutivos)

37. A Escuta Diagnóstica no ensino médico

- O diagnóstico precoce é importante para a atenção médica em Cuidados Primários, na prevenção e no acompanhamento dos pacientes clínicos, não somente psiquiátricos – portanto, deve ser incluído no currículo médico.
- Sugestão: criação de uma disciplina para o Diagnóstico Precoce em Saúde Mental – teórico-prática, integrada com o ciclo ambulatorial (a partir do 6º. Período)

Betty Liseta Marx de Castro Pires

☎ (31) 9612-3372

✉ bettylis@medicina.ufmg.br

LISTA DE ABREVIATURAS

AD	Antidepressivo(s)
A-E	Auto-extermínio
BD	Bipolar Disorder
FDA	Food and Drug Administration
GDs	Grupos de discussão
HV	História de Vida
MDD	Major Depressive Disorder
MGA	Medicina Geral de Adultos
MGC	Medicina Geral de Crianças
SM	Saúde Mental
SSRIs	Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina
TB	Transtorno Bipolar
TCC	Terapias Cognitivo-Comportamentais

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Segundo Normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT)/NBR 14724, de 30/01/06.

AKISKAL H. S. et al. Agitated “unipolar” depression re-conceptualized as a depressive mixed state: implications for the antidepressant-suicide controversy. **Journal of Affective Disorders**, California, USA. v. 85. n. 3. p. 245-258. 2005.

ANDRÉ, Serge. **O que quer uma mulher?** 1. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1987.

Associação Americana de Psiquiatria. **Critérios Diagnósticos do DSM-IV referência rápida**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

BARRETO, Francisco Paes. **Reforma Psiquiátrica e Movimento Lacaniano**. 1. ed. Belo Horizonte: Itatiaia, 1999.

BENOIT, Pierre. **Psicanálise e Medicina – Teoria e casos clínicos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1989.

BERCHERIE, Paul. **Os Fundamentos da Clínica – História e estrutura do saber psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, p. 161-176; 251-273. 1989.

BERK, Michael; DOOD, Seetal. Are treatment emergent suicidality and decreased response to antidepressants in younger patients due to bipolar disorder being misdiagnosed as unipolar depression? **Medical Hypotheses**. Australia. v. 65. p. 39-43. Fev 2005.

BIRMAHER, Boris; BRENT, David. Should we use antidepressants for the treatment of major depressive disorders in children and adolescents? **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, SP. v. 27. n. 2. p. 89-90. Jun 2005.

BLEGER, José. **Temas de Psicologia – entrevista e grupos**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

BRAGHIROLI, Elaine Maria; PEREIRA, Siloé; RIZZON, Luiz Antonio. **Psicologia Social**. Petrópolis: Vozes, 1994.

BROWN, H.N.; ZINBERG, N.E. **Difficulties in the integration of psychological and medical practices**. Am J Psychiatry. 1982 Dec; 139(12): 1576-80

CALDEIRA, Geraldo; MARTINS, José Diogo. **Psicossomática: Teoria e Prática**. 2. ed. Rio de Janeiro: Médica e Científica, 2001.

CASSANO, Giovani B. et al. The Mood Spectrum in Unipolar and Bipolar Disorder: Arguments for a Unitary Approach. **Am J Psychiatry**, United States, v. 161, n.7, p. 1264-1269. jul 2004

CASTANET, Hervé. **La Perversion**. Paris: Anthropos, 1999.

- CHALMERS, Alan F. **O que é Ciência, afinal?** São Paulo: Brasiliense, 1993.
- CID 10.** Organização Mundial da Saúde. Tradução do Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português. 8. ed. São Paulo: EDUSP, 2000.
- CIPRIANI, Andrea; BARBUI, Corrado; GEDDES, John R. Suicide, depression, and antidepressants. **British Medical Journal**, United Kingdom, v. 330, p. 373-374. fev 2005.
- CLAVREUL, Jean. **A Ordem Médica.** 1. ed. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- CORRÊA, Humberto; BARRERO, Sérgio Perez. **Suicídio.** 1. ed. São Paulo: 2006.
- DUNCAN, Bruce B; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidência.** 3. ed. Porto Alegre-RS: Artmed, 2004.
- EBMEIER, K. P; Donaghey, C.; Steele, J. D. Recent developments and current controversies in depression. **Lancet.** v.367. p. 153-67. Jan 2006.
- EVANS, D. L.; CHARNEY, D. S. Mood disorders medical illness: a major health problem. **Society of Biological Psychiatry.** Phyladelphia, n. 54, p. 177-180. 2003.
- ENGEL, George L. **The Clinical Application of the Biopsychosocial Model.** Am J Psychiatry, 137:535-545, 1980.
- FERREIRA, Roberto Assis. **A pediatria da UFMG: inserção na mudança de ensino médico implantada em 1975 e sua relação com o saber (paradigma científico) e a prática médica.** Belo Horizonte: 2000. 332 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais - Faculdade de Medicina, Belo Horizonte, 2000.
- FERREIRA, Roberto Assis. **O sintoma na medicina e na psicanálise – notas preliminares.** Revista Médica de Minas Gerais. Belo Horizonte: Coopmed Editora Médica. v.13, n.3, p. 218, jul/set. 2003.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder.** 18. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003.
- FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas.** 24 v. Rio de Janeiro: Imago, 1969.
- FREUD, Sigmund. **ESB das Obras Psicológicas Completas.** Psicanálise “silvestre” – v. XI – p. 207-213. 1910.
- FREUD, Sigmund. **ESB das Obras Psicológicas Completas.** Sobre o início do tratamento – v. XII – p. 164-187. 1913.

FREUD, Sigmund. **ESB das Obras Psicológicas Completas**. Observações sobre o amor transferencial – v. XII – p. 207-221. 1915.

FREUD, Sigmund. **ESB das Obras Psicológicas Completas**. O Estranho – v. XVII – p. 275-314. 1919

FREUD, Sigmund. **ESB das Obras Psicológicas Completas**. Além do princípio do prazer – v. XVIII – p. 17-85. 1920.

FREUD, Sigmund. **ESB das Obras Psicológicas Completas**. Psicologia de grupo e análise do Ego – v. XVIII – p. 89-179. 1921.

FREUD, Sigmund. **ESB das Obras Psicológicas Completas**. O Ego e o Id – v. XIX – p. 13-83. 1923.

FREUD, Sigmund. **ESB das Obras Psicológicas Completas**. A perda da realidade na neurose e na psicose – v. XIX – p. 229-234. 1924.

FREUD, Sigmund. **ESB das Obras Psicológicas Completas**. A Negativa – v. XIX – p. 293-300. 1925.

GARBER, Judy; KASHANI, Javad H. **Development of the symptom of depression**. In: LEWIS, Melvin. **Child and Adolescent Psychiatry – A Comprehensive TextBdook**. Second Edition. Baltimore, USA: Williams & Wilkins, 1996. p.301-315.

GARFINKEL, Barry D.; CARLSON, Gabrielle A.; WELLER, Elizabeth B. **Transtornos psiquiátricos na infância e adolescência**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

GUIR, Jean. **Psicossomática na clínica lacaniana**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

GUSMÃO, Sebastião; SILVEIRA, Roberto Leal. **Redação do trabalho científico na área biomédica**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

HARRINGTON, Richard. **Depressive Disorder in Childhood and Adolescence**. Manchester, England: John Wiley & Sons, 1993.

JASPERS, Karl. **Psicopatologia Geral**. 2. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Livraria Atheneu, 1987.

JACQUES, Maria da Graça Corrêa et al. **Psicologia Social Contemporânea**. Petrópolis: Vozes, 2002.

JONAS, Bruce S. et al. Prevalence of mood disorders in a national sample of young American adults. **Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol**. Germany, v. 38, p. 618-624, may 2003.

KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamin J.; GREBB, Jack A. **Compêndio de Psiquiatria – Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica** - 7. ed. São Paulo: Artmed, 2003.

KESSLER, Ronald C et al. Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Arch Gen Psychiatry**. Harvard, Boston. v. 62, p. 617-627, jun. 2005.

KOBAU, Rosemarie et al. Sad, blue, or depressed days, health behaviors and health-related quality of life, Behavioral Risk Factor Surveillance System, 1995-2000. **Health and Quality of Life Outcomes**. Atlanta, USA. v. 2, n. 40, jul. 2004.

LACAN, Jacques. **Da psicose paranóica em suas relações com a personalidade**. 1. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.

LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

LACAN, Jacques. **Escritos**. De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. p. 537-596.

LACAN, Jacques. **Escritos**. A psicanálise e seu ensino. p. 437-460.

LACAN, Jacques. **Escritos**. A direção do tratamento e os princípios do seu poder. p.591-652.

LACAN, Jacques. **Escritos**. A significação do falo. p. 692-703.

LACAN, Jacques. **Escritos**. A ciência e a verdade. p. 869-892.

LACAN, Jacques. **O mito individual do neurótico**. Lisboa: Assírio & Alvim 2. ed., 1987.

LACAN, Jacques. **Os complexos familiares**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1987.

LACAN, Jacques. **A querela dos diagnósticos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1989.

LACAN, Jacques. **Outros Escritos**. Jorge Zahar Editor, 2003.

LACAN, Jacques. **Outros Escritos**. Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. p. 195-197. 1964.

LACAN, Jacques. **Outros Escritos**. Alocução sobre o ensino. p. 302-310. 1970.

LACAN, Jacques. **O Seminário**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

LACAN, Jacques. **O Seminário**. Livro 3: As psicoses. 2. ed., 1988.

LACAN, Jacques. **O Seminário**. Livro 5: As formações do inconsciente, 1999.

- LACAN, Jacques. **O Seminário**. Livro 8: A transferência, 1992.
- LACAN, Jacques. **O Seminário**. Livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise, 1985.
- LACAN, Jacques. **O Seminário**. Livro 17: O avesso da Psicanálise, 1992.
- LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário da Psicanálise**. 9. ed. São Paulo: Livraria Martins Fontes, 1986.
- LESLIE, Laurel K. et al. The Food and Drug Administration's Deliberations on Antidepressant Use in Pediatric Patients. **Pediatrics**. American Academy of Pediatrics, v. 116, p. 195-204, 2005.
- LEWIS, Melvin. **Child and Adolescent Psychiatry – A Comprehensive Textbook. Second Edition**. Baltimore, USA: Williams & Wilkins, 1996.
- LOCK, James. Suicidality in adolescents being treated with antidepressant medications and the black box label: Position paper of the Society for Adolescent Medicine. **Journal of Adolescent Health**. California. v. 36. p. 92-93. 2005.
- LOPES, A.C. **Tratado de Clínica Médica**. v. 2. São Paulo-SP: Roca, 2006.
- LOPEZ-IBOR ALIÑO, J.J. **The teaching of medical psychology**. An R Acad Nac Med. Madrid, 1999; 116(1): p. 97-145.
- LÓPEZ, Mario; LAURENTYS, José. **Semiologia Médica – As bases do diagnóstico clínico**. 1. ed. Belo Horizonte: Livraria Atheneu, 1986. Cap. 3. p. 55-74
- MACHADO, Marília Novais da Mata. **Práticas Psicossociais - pesquisando e intervindo**. 1. ed. Belo Horizonte: Edições do Campo Social, 2004.
- MASSON, Jeffrey Moussaieff. **A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess**. Rio de Janeiro: Imago, 1986.
- MAZZUCA, R.; SCHEJTMAN, F.; ZLOTNIK, M. **Las dos clínicas de Lacan – Introducción a la clínica de los nudos**. Buenos Aires: Editorial Trés Haches, 2000.
- MILLER, Jacques-Alain. **Perspectivas do Seminário 5 de Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Edition, 1999.
- MILLER, Jacques-Alain. **Lacan Elucidado**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Edition, 1997.
- MILLER, Jacques-Alain. **Lacan Elucidado**. Seção I: Estrutura. p.17-137.
- MILLER, Jacques-Alain. **Lacan Elucidado**. Seção III: O método psicanalítico. p. 221-284.

MILLER, Jacques-Alain. **Estructura, Desarrollo e Historia – Seminário de investigación sobre la relación de objeto y las formaciones del inconsciente.** Grupo de Estudios Lacanianos de Bogotá (GELBO). Santafé de Bogotá, Colômbia. Nov. 12 y 13 de 1998.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento – Pesquisa qualitativa em saúde.** 4. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1996.

NOMINÉ, Bernard. **O Sintoma e a Família – Conferências Belorizontinas.** 1. ed. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise, 1997.

PIRES, Betty Liseta Marx de Castro. **Caso clínico: “Fumo desde um ano de idade!”** Revista Médica de Minas Gerais. Belo Horizonte: Coopmed Editora Médica. v.15, n.3, supl. 1, tema livre n. 85, p. 56, abr. 2006.

POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. **Pesquisa Qualitativa na atenção à saúde.** 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

REY, J. M. **No cause for panic, but an incentive to improve clinical practice.** MJA - Medical Journal of Australia. Abr 2005. 182 (8): 378-9.

REY, J. M.; DUDLEY, M.J. **No cause for panic, but an incentive to improve clinical practice.** MJA - Medical Journal of Australia. Abr 2005. 182 (8): 372-3.

ROSSMANITH S. **The importance and purpose of medical psychology in the study of medicine.** Psychother Psychosom. 1990; 53(1-4): 108-14.

SÈVE, Lucien; CLEMENT, Catherine B.; BRUNO, Pierre. **Para uma crítica marxista da teoria psicanalítica.** São Paulo: Mandacaru, 1990.

SONENREICH, Carol; ESTEVÃO, Giordano; SILVA Fº, Luiz de M. A. Ensaio sobre modos de conceber a patologia mental: **Temas – Teoria e Prática do Psiquiatra,** São Paulo, Jan/Dez 2004. Revista oficial de divulgação científica, editada pelo Grupo de Estudos Psiquiátricos do Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira”, p. 60-115.

SOUZA, Maria Suzana de Lemos. **Guia para redação e apresentação de teses.** 2. ed. Belo Horizonte: COOPMED Ed. Médica, 2002.

SPINK, Mary Jane. et al. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano.** São Paulo: Cortez, 2000.

TALBOTT, John; HALES, Robert; YUDOFKY, Stuart. **Tratado de Psiquiatria.** 1. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da Pesquisa-Ação.** 12. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa.** Petrópolis: Vozes, 2003.

VALAS, Patrick. **Freud e a Perversão**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1990.

WARAICH, Paul et al. Prevalence and Incidence Studies of Mood Disorders: A Systematic Review of the Literature. **Can J Psychiatry**, Canada, v. 49, n. 2, p. 124-138, feb. 2004.

WARTEL, Roger. et al. **Psicossomática e Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1990.

WEBER, Max. **A ética protestante e o espírito do capitalismo**. 2. ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

WEGNER, Lynn Mowbray. Pediatricians and Antidepressant Medications: Black Box or Black Hole? **American Academy of Pediatrics**. v. 116. p. 233-235. 2005.

WINICOTT, Donald Woods. **A família e o desenvolvimento individual**. Santos-SP: Martins Fontes. 1993. p. 165-175.