

# A transmissão possível do método clínico através da supervisão

Ana Irene Canongia

*“As palavras têm sedimentos.  
Têm boa cópia de lodo, usos do povo,  
cheiros de infância,  
permanências por antros, ancestralidades,  
bosta de morcegos etc...”*

( O livro das ignoranças – Manoel de Barros, orelha ).

## O lugar

Este trabalho é a narrativa decorrente do encontro, em preceptoria e supervisão, com os residentes de psiquiatria, sobre a transmissão do método clínico.

Os médicos residentes, recém-saídos da faculdade, chegam ávidos pelo conhecimento mas inicialmente, até pela pouca vivência, esperam protocolos de intervenção e ação mais compatíveis com uma pragmática positivista. Temos então que nos haver com essa experiência *patica*, e a escritura, à medida que se remete para um outro, é em si mesma a possibilidade elaborativa daquilo que é da ordem da desmedida.

A recomendação de Freud (1917[1916-1917]/1987, p. 302) de que não seria possível uma psiquiatria fundamentada cientificamente sem o conhecimento sólido dos processos inconscientes da vida mental, nos ajuda a pensar que a clínica da observação médica, que é a clínica da descrição minuciosa dos sinais, dos sintomas, visando categorizá-los numa doença, não deveria prescindir da valorização da dimensão humana desse adoecer que é singular, assim como da intersubjetividade desse encontro. Ou seja, não deveria ocorrer distinção entre a doença e o estar doente, entre a valorização da subjetividade e o modelo biomédico.

Portanto, especialmente na área da saúde mental, é preciso que a valorização da dimensão subjetiva do adoecimento, que é singular, faça parte da formação desses especialistas, como também a sua implicação subjetiva nesse campo. No caso contrário, o psiquiatra pode seguir na direção da objetivação (doença = fenômeno natural/biológico), o que gera como única resposta (intervenção), o remédio, o medicamento – a medicalização de todo sofrimento, não sendo levada em conta a complexidade das variáveis envolvidas no processo do adoecimento.

### O lugar da transmissão possível do método clínico

Normalmente, quando o especialista em formação apresenta um caso para supervisão, essa apresentação segue inicialmente o formato da apresentação *de* caso, e não *do* caso. A supervisão é, então, o árduo lugar facilitador da convocação ao estranhamento das certezas preconcebidas da formação acadêmica, das estereotípias psicopatológicas, assim como do questionamento das próprias ações e sentimentos na singularidade do manejo clínico, ou seja, da percepção de si como integrante do campo de forças que se opera entre o residente e os pacientes.

Capacidade de reflexão, de problematização, de implicação e interlocução: estas são habilidades a serem desenvolvidas, habilidades que evitam que a prática se torne um mero fazer. Aliás, nas Diretrizes Curriculares do Conselho Nacional de Educação para o curso de medicina<sup>1</sup>, há a orientação para a valorização do método clínico em todos os seus aspectos. Deprendemos que essa recomendação evidencia a importância, entre outras dimensões, da palavra do paciente, não para confirmar o que se quer comprovar em relação à doença (modelo biomédico), mas para permitir a compreensão do processo de saúde-doença (os diversos aspectos do adoecimento), onde o paciente é então tomado como sujeito, e não como objeto. O dizer vem para o primeiro plano como organizador da experiência psicopatológica. É o mais além daquilo que essa palavra põe em evidência.

### A chegada ao lugar

O ano letivo inicia-se, e os novos residentes chegam à enfermaria de pacientes psiquiátricos agudos. *Sacha* assume seu primeiro caso.

*Petra*, 40 anos, com escolaridade superior na disciplina dos números, está internada porque “não consegue ficar em casa”, e refere “conflitos” com os familiares. Grita, chora, ameaça se matar sentando-se na janela. Diz enxergar “claro/escuro”, e reclama que vive “dopada”, mas diz que, por outro lado, não pode “ficar sem remédio”. Por esta razão não trabalha, nem se dedica a outras atividades, sejam domésticas ou não. Fica indecisa quanto à tomada de decisões, como por exemplo, se fica ou não com a namorada, e às vezes refere ficar “surda”. Sua aparência é descuidada, o olhar, sem

---

<sup>1</sup> Resolução CNE/CES n. 4 de 07/11/2001, Art. 5, parágrafo IX, que trata das competências e habilidades específicas.

luminosidade, apagado. Fala sem parar sobre esses assuntos. O ritmo dessa fala é igualmente aplainado, sem oscilações tonais, mais parecendo uma ladainha!

Petra atribui a solução de seus padecimentos unicamente aos vários medicamentos que vai reivindicando em função das múltiplas queixas sintomáticas; mas também diz que, embora queira ser “uma pessoa normal, casar, ter uma relação com alguém”, admite que “com tanta medicação, isso fica impossível”.

O tema prevalente em seus atendimentos versa sobre doses, classes dos medicamentos, aqueles que quer ou não tomar, e a reivindicação de mais atenção e cuidados da parte dos entes queridos, sem se dar conta de que suas ameaças de morte, gritos, choro, acabam por afastá-los. O seu falar mais parece um ato de descarga, vazio de dialética.

#### O lugar do encontro residente-supervisor

Assim, Sacha traz, como pedido inicial de supervisão, “discutir o que fazer com a medicação”, uma vez que a paciente já tomara todas as classes de psicotrópicos, e nada mudara – as queixas continuavam. Os psiquiatras, tanto das internações anteriores, quanto do ambulatório, já tinham feito várias associações medicamentosas sem sucesso. Pairava no ar certa desistência.

Após ouvirmos a descrição dos motivos da internação e das dificuldades, perguntamos o que o residente achava que pudesse estar acontecendo. Respondeu que tinha a impressão que se tratava de uma histérica que não queria melhorar, que se boicotava e parecia surda a todas as explicações. Então, segundo esse diagnóstico, qual medicamento seria o mais indicado.

Como se vê, um longo caminho de sensibilização, de estranhamento, precisava ser percorrido. Tomando a referência à surdez, Sacha falou de sua irritação e, às vezes, até de revolta, porque Petra não conseguia entender que a visão do claro/escuro não se devia ao uso dos medicamentos, e que tampouco havia remédio para tal.

Falou também da sensação de “não ter o que fazer” diante da paciente e do quanto, diferentemente do que ocorre nas outras especialidades, os resultados do tratamento eram muito demorados. Essa foi a oportunidade que tivemos para dizer-lhe o quanto a variável tempo é preciosa em nosso trabalho clínico, que é preciso esperar, não desinteressadamente, de braços cruzados, mas abrindo-se para um mais além daquilo que é falado, queixado, reivindicado pelo paciente. Temos aí uma pessoa e não uma doença.

Foi proposto que ele tentasse fazer diferente, como por exemplo não discorrer sobre a medicação, silenciando quanto a isso, tentando não dar respostas para todas as perguntas e até mesmo dizendo não saber qual medicamento seria, e estimulando-a a falar sobre o que sentia, por exemplo.

Lembramos do que dissera sobre a voz monocórdica, da estereotípia. Ou seja, de que não havia novidade, ritmicidade. Sacha então pergunta, é preciso quebrar isso?

Sim, mas sem britadeira!

Pensando com Fédida (1991, p. 222), “a supervisão é uma situação que exige a capacidade de imaginação e também é a condição de uma percepção constante das sobredeterminações intertransferenciais – busca-se formar e depois formular o *enigma do caso* a partir desse *ponto de vista* exterior ao tratamento, e que leve em conta, na fala do analista, as cegueiras (contra) transferenciais, inclusive aquelas do analista supervisor”.

Nessa alquimia, é preciso encontrar o ponto de equilíbrio, se assim pode-se dizer, entre o lugar de responder (o saber) – de transmissão teórica – e a sustentação do lugar de não saber, que não significa negar o saber (função de mediatização), favorecendo que o aluno conquiste o seu estilo próprio a partir da elaboração de suas dificuldades, impasses e realizações frente ao caso.

Assim, era necessário o efeito de estranhamento como ponto de partida de algo a ser feito (construção), onde o terapeuta (psiquiatra) fosse o promotor desse outro lugar. Lugar propiciador de que a paciente pudesse estranhar o seu padecimento e, implicando-se, pudesse romper com a lógica do “não sou eu”, “é a doença”, “é o remédio”, é o..., é a .....

Como o caso é uma teoria em germen (Fédida, 1991, p. 230) e a sua construção se deve à contratransferência (D’Agord, 2000, p. 15), esta se torna um instrumento inerente e valioso no tratamento, informando o terapeuta sobre o mundo interno do paciente, e servindo como elemento norteador do deslizamento da observação clínica descritiva para a narrativa do caso.

#### O lugar do encontro com a narrativa

Alguns atendimentos se passaram, com os dizeres reiterados de “eu estou vendo claro/escuro”, “isso é do remédio”, “eu não tenho coragem de me matar”, “às vezes acho que só a morte resolve”, até que:

Petra - Eu vejo escuro na claridade.

Sacha - Como é ver escuro na claridade?

P. - (Silêncio).

S. - Tenta me explicar como é isso.

P. - É sentir um vazio. Eu vejo as coisas, mas não consigo sentir nada. Faço de conta que sinto, mas não sinto.

S. - Você lembra de alguma situação recente em que isso aconteceu ?

P. - Noutro dia mesmo, eu saí com a minha namorada, eu fiz de conta que estava tudo bem, mas não estava... eu vejo escuro. Eu consegui ir a uma festinha, forçada por ela e até conversei com as pessoas.

S. - Então foi possível, mesmo vendo escuro, conversar com as pessoas?

P. - Isso!

Nesse fragmento discursivo, podemos observar uma pequena ruptura na fala hermética e estereotipada inicial de que enxergava claro/escuro. Era assim mesmo que falava, e atribuía esse claro/escuro aos medicamentos. Sabemos que o médico tem ao seu alcance um poderoso dispositivo que é o remédio, que muitas vezes é usado para aplacar a sua própria angústia na relação médico-paciente, tentando remediar o enigma da falta, do “não saber o que fazer”. O ato de prescrever, dependendo de como e por quem é realizado, pode produzir em algumas situações clínicas, o endosso de uma desresponsabilização frente ao processo mórbido, reforçando-se a sua alienação.

A tentativa de criar uma ritmicidade na lengalenga, não estaria no que Fédida (1991, p.55) afirma ser o fundo de silêncio como estrangeiro para tornar visível na língua a surpresa?. Ou seja, era preciso haver uma pausa no furor da resposta medicamentosa, na tentativa de que algo fizesse pausa, de que um diferente se desse naquilo que sempre foi o mesmo. Ver escuro na claridade parecia dizer do sentimento da falta de sentimento, expressão de vazio no existir, onde o mundo sensorial é percebido sem colorido ou matizes.

Esse arremedo de lapso, digamos assim, ocorreu porque a nosso ver, o residente de certa forma pôde suportar um não saber diante das queixas, evitando dar explicações objetivas ou seduzir-se pela resposta medicamentosa. Essas ações, com valor de ruptura, favoreceram o pensável, ainda que de forma embrionária.

Por outro lado, o espaço da supervisão foi o lugar da convocação ao estranhamento.

Como diz Fédida em relação à supervisão, “é no interior da constituição desse relato a ser feito que a escuta da fala tem lugar e que a memória daquilo que é dito é imediatamente narrativa” (1991, p. 175).

Dessa forma, o residente vai se familiarizando com seu próprio mundo interno e, mesmo que ainda não esteja em análise pessoal, vai se apercebendo de que na clínica da escuta ele está diretamente incluído e implicado no processo. Ou seja, trata-se de um encontro de subjetividades, de *afetação*. Este é um encontro onde o discurso, aí nascido, é portador da singularidade das “marcas e relíquias do vivido” (Saurí, 2001, p. 47) que dão a dimensão do singular, do próprio.

É por isso que “o relato do caso clínico não corresponde à realidade objetiva, porque inclui não só aquilo que determina a posição do observador, mas também aquilo que, provindo do objeto, determina o pensamento do observador. A interação das posições observado-observador produz a subjetividade que determina a narrativa do caso clínico – que é, portanto, uma ficção” (Berlinck, 2008, p. 8).

### O lugar do encerramento

Da narrativa de nossa experiência – o encontro supervisor-residente-paciente – podemos dizer que até o momento, em função da reconfiguração do manejo clínico, a paciente está há cerca de quatro meses sem frequentar a emergência do hospital, sem tentativas de suicídio e é assídua ao acompanhamento psicoterápico e psiquiátrico. Como esperado, em casos tão graves, há ocasiões em que fica “surda” e reivindica alguma modificação na medicação.

Tem conseguido cumprir os acordos relativos à instituição hospitalar (dias, horários) e ao convívio familiar, como por exemplo, após as principais refeições que faz na casa da mãe, retornar para sua própria casa, o que tem reduzido as brigas entre ela, sua mãe e sua filha. Já fica parte do dia sozinha, ocupando-se de pequenas tarefas domésticas ou pequenos lazeres.

E como é necessário repetir, repetir até ficar diferente (Barros, M., 1993, p.11), seguimos trabalhando na direção da sustentação do lugar da narrativa, lugar do engendramento de soluções possíveis, singularizadas, que permitam a pulsação com Eros de todos nós envolvidos nessa trama.

## Referências bibliográficas

BERLINCK, Manoel Tosta. “O Método clínico 2” disponível em [www.fundamentalpsychopatology.org](http://www.fundamentalpsychopatology.org) acessado em 19/05/2009

D’ AGORD, Marta. “Uma construção de caso na aprendizagem”. *Pulsional Revista de Psicanálise*, São Paulo, números 140 e 141, dez.2000 e jan.2001

FÉDIDA, P. (1991) *Nome, figura e memória*, São Paulo: Escuta, 1992.  
\_\_\_\_\_ (1987) *Clínica Psicanalítica*, São Paulo: Escuta, 1988.

FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas*, 2<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Imago, 1987  
\_\_\_\_\_ (1917[1916-1917], Conferência XVI, Psicanálise e Psiquiatria, vol. XVI

BARROS, Manoel (1993) *O livro das ignoranças*. 13<sup>a</sup> ed , Rio de Janeiro: Editora Record, 2007.

SAURI, J.J. *O que é diagnosticar em psiquiatria*. São Paulo: Escuta, 2001.