

A transmissão do método clínico na formação do médico residente de psiquiatria

Ana Irene Canongia

*“Feliz aquele que transmite o que sabe
e aprende com o que ensina”*
Cora Coralina

Onde tudo começa e o contexto:

Este trabalho surge a partir da experiência em atividades docente-assistenciais¹, com os residentes de psiquiatria, numa instituição pública de atendimento em saúde mental no Rio de Janeiro². Trata-se de uma unidade de emergência e internação psiquiátrica de pacientes com quadros agudos ou de reagudização do transtorno mental.

Os médicos residentes, recém-saídos da faculdade, chegam ávidos pelo conhecimento especializado, pela necessidade de desenvolver competências específicas na especialidade, mas inicialmente, o que é compreensível até pela pouca vivência e por que seu treinamento logo ocorre em serviço³, almejam que esse aprendizado se dê sob a forma de protocolos de intervenção e de ações baseados nas evidências (reducionismo categorial).

Some-se a essa “urgência”, o momento sociocultural atual que se caracteriza pelo *excesso* e por uma mudança da vivência do *tempo* (o tempo é do agora, do já). Há uma veloz profusão de estímulos, de informações o que redundam na pressa de muitos afazeres, rápidas respostas e de exigências, sobretudo de produção que tem como efeito, pouco ou nenhum espaço para a reflexão e uma sincera interlocução. A conectividade *on line* presente nas vinte e quatro horas do dia, por vezes se interpõe nos atendimentos aos pacientes ou nas discussões clínicas. Vale dizer, que esse comportamento se faz presente em grande parte dos membros da equipe interdisciplinar e pode significar que o

¹ *Supervisão/preceptorial* que se definem conforme a Resolução SMS nº 859 de 08 de abril de 2002:

“*supervisor*: o profissional que planeja e intervém na capacitação teórico-prática dos residentes, acadêmicos e estagiários, orientando-os para o desenvolvimento pleno do seu potencial profissional e coordena outros profissionais com atividades de *preceptorial* os quais acompanharão diretamente o desempenho desses alunos, avaliando-os juntamente com o supervisor, zelando pelo cumprimento das ações programáticas implantadas nas Unidades da SMSaúde e privilegiando os programas práticos de atendimento”.

² Instituto Municipal Philippe Pinel - RJ

³ Treinamento em serviço significa que o aluno deve atender diretamente aos pacientes, de acordo com o ano de sua residência, nas enfermarias, na emergência, nos ambulatórios, no Caps ou em outros serviços da rede de saúde, sob orientação e acompanhamento de um docente (preceptor/supervisor). De acordo com o ano da residência

outro, mesmo em sofrimento, importa menos que a suposta sensação de que não se perde nada, de que tudo está ao alcance e da pronta resposta.

Temos então que nos haver com esse funcionamento, onde a reflexão e o pensamento são obliterados pelos impulsos, pelos atos, onde a resposta prescritiva, também como ato, baseada nas evidências, atende a esse tempo da pressa e os sistemas classificatórios vigentes, com suas *checklists*, pode facilitar a desconsideração da subjetividade.

Ora, como então podemos promover o que denominamos *lugar-pausa* que permita o trabalho de reflexão tão necessário para que a prática clínica leve em conta a pessoa e o contexto do seu adoecimento? Ou seja, como transmitir/ensinar o método clínico desde essa perspectiva?

Se por um lado, observa-se na clínica atual a prevalência de quadros que se caracterizam por uma dificuldade ou mesmo uma incapacidade de representação psíquica (mentalização) onde os atos, das mais variadas formas, solicitam uma adequação do manejo terapêutico, por outro, supõe-se por extensão, que dada a mudança na dimensão do *tempo*, o ensino da clínica e, por conseguinte, do método clínico, também necessita de certa adaptação.

Da origem do método clínico aos dias atuais:

O método clínico, numa acepção mais ampla, teve seus primórdios na medicina hipocrática. Segundo essa concepção, a doença era concebida como uma reação global do indivíduo com sua história e seu temperamento e a abordagem terapêutica visava restabelecer a harmonia perdida do homem em relação ao meio interno e externo. A função do médico era aquela de ajudar as forças naturais do organismo e para tanto deveria ter uma atitude clínica em que *não agisse de forma impulsiva ou precipitada* (grifo nosso), mantendo um semblante sereno. Na *terapia* médica dessa tradição, a *escuta* tinha importância (TURATO, 2003, p.235-237).

Por outro lado, na concepção galênica, a doença era uma entidade autônoma e o mal precisava ser extirpado do corpo. Essa visão mecanicista e positivista onde é preciso fazer o diagnóstico etiológico e encontrar a lesão anatomopatológica (TURATO, 2003, p.235) encontra nos tempos atuais, pela mudança na dimensão tempo, ressonância ainda maior. Nessa perspectiva não há tempo para o discurso narrativo da psicopatologia, para a observância da singularidade do *pathos*, que está para além da universalidade dos fenômenos psicopatológicos.

Um fundamento do método clínico é a *observação* e ela se dá de acordo com o modo de ser, estar e compreender o humano (o observado) da parte do observador (no caso o médico residente) dentro do contexto sociocultural.

A partir da 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, é possível 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 (o estar doente), assim como da intersubjetividade desse encontro (sujeito médico/sujeito paciente).

Será na interação das posições observador/observado que se “produz a subjetividade que determina a narrativa do caso clínico”, nos dirá BERLINCK (2007, p xii) e onde se baseia o discurso da Psicopatologia Fundamental que ocorre na prática dos ocupantes das diversas posições, levando em conta a subjetividade (BERLINCK, 2002, p. 8).

Concordando com essas afirmações, como proceder para que o psiquiatra em formação não observe unicamente na direção da objetivação (doença = fenômeno natural/biológico) em detrimento da *atitude clínica* que na sua observação considera a subjetividade e a complexidade das variáveis envolvidas no processo do adoecimento?

A *transmissão* do método clínico, que aqui compartilhamos, parte do pressuposto que esse método decorre do somatório da *atitude clínica* mais a *atividade clínica* e depende de algumas variáveis.

Segundo TURATO (2003, p.239) a **atitude clínica**:

significa colocar-se naturalmente frente a uma pessoa necessitada para ao menos compartilhar com ela as ansiedades e angústias pessoais, surgidas ou agravadas com sua condição de adoentado, havendo espontaneamente efeitos psicoterapêuticos

E a **atividade clínica**:

significa realizar um ato programado segundo conhecimentos sistematizados pelas ciências da saúde para um diagnóstico e utilizando recursos técnicos apropriados às necessidades da pessoa adoentada, com uma finalidade terapêutica planejada

Portanto a *atitude clínica* “significa que olhos e ouvidos qualificados se aproximam para **compreender** (grifo nosso) *existencialmente os sofrimentos que acometem o outro*” (TURATO, 2003, p.239).

Ora, como então ensinar a *observar* desde a perspectiva da *atitude clínica* que engloba a escuta e a compreensão, assim como as múltiplas sensibilidades, inclusive a capacidade *empática*, que vão interagir com o conhecimento teórico sistematizado – a *atividade clínica*?

Considerando que a *atitude clínica* é parte inerente do método clínico, ela também poderá ser transmitida/ensinada, especialmente pela via identificatória/transferência de trabalho (aprendemos melhor com aquelas pessoas que amamos).

Por isso a forma como esse docente está no *setting* clínico, se relaciona com os pacientes/familiares, com o saber, com seus pares, com as pessoas de um modo geral também será um dos aspectos importantes dessa formação.

A possível *transmissão* do método clínico:

Inicialmente observamos nas supervisões/preceptorias que os questionamentos mais frequentes são por ex. “*discutir o que fazer com a medicação, se aumenta, se diminui, se faz alguma associação, por que o paciente demora a melhorar, qual é o diagnóstico?*”. O *estranhamento, a surpresa* está de forma prevalente na suposição da não eficácia da droga/medicamento. Este tem sido o ponto a partir do qual é tentada a produção de outro *estranhamento* que leve à *construção* do *método clínico* que “*parte do relato de uma vivência clínica – o relato do caso – e busca a compreensão dessa situação específica através de uma formulação representativa*” (BERLINCK, 2010).

Nas Diretrizes Curriculares do Conselho Nacional de Educação para o curso de Medicina⁴ podemos encontrar a orientação para a valorização do método clínico *em todos os seus aspectos* (grifo nosso), depreendendo-se daí a importância dada à palavra do paciente. No entanto essa orientação, por si mesma, não garante que a palavra do paciente não seja tomada unicamente como fala, para tão somente confirmar o que se queira comprovar em relação à doença (modelo biomédico) e não como uma narrativa.

Para tanto afirmamos que as habilidades, tais como a capacidade de reflexão, de problematização, de implicação, de interlocução, do respeito às diferentes posições

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

enfim, do exercício dialético da clínica precisam ser desenvolvidas para que a compreensão do processo de saúde-doença (os diversos aspectos do adoecimento) se dê. Nessa perspectiva o paciente é tomado como sujeito e não como objeto. O seu *dizer* vem para o primeiro plano como organizador da experiência psicopatológica (a narrativa construída pelo médico e paciente no encontro clínico) e ilumina o mais além daquilo que a palavra põe em evidência. É “no vivido que os fenômenos psicopatológicos ganham significação” (MINKOWSKI, 1966, p.51).

As variáveis para a construção do método clínico:

Começemos pelo *tempo*. A nosso ver ele é uma variável preciosa no trabalho clínico para a construção de uma narrativa pelo paciente, sobre o seu sofrimento, e o médico psiquiatra.

Como então, no *tempo* da *pressa*, favorecer a *pausa*? Como encontrar ressonância no que diz FÉDIDA (1991, p.55) sobre o fundo de silêncio como estrangeiro para tornar visível na língua a surpresa. Para lidar com o *furor* da resposta terapêutica em ato, nas suas diversas formas⁵, instituir a *pausa* é tentar introduzir esse estranho, o diferente naquilo que sempre é o mesmo – o ato na *pressa*. Esse arremedo de lapso, digamos assim, com valor de ruptura, permite o pensável lá onde a velocidade impera e o espaço da supervisão é o lugar dessa convocação.

Mas o manejo do tempo se dará no *lugar-pausa*, a outra variável, onde seja promotor da construção de sentido, de narrativa. A experiência desse manejo precisa ser transmitida na formação através do encontro docente-aluno.

E o que é fazer sentido? Fazer sentido equivale a constituir para o sujeito uma *experiência integrada*, uma *experiência de integração*, onde as operações de separação e ligação são decisivas. Essas experiências não se constituem se não puderem ser primeiramente exercidas, ensinadas e facilitadas pelos cuidados de que somos alvo (FIGUEIREDO, 2009, p.133-134).

Ainda segundo esse autor, o professor é um agente de cuidado que em parte exerce essa função como presença implicada (comprometido e atuante) (FIGUEIREDO, 2009, p. 135), precisando desenvolver a capacidade de manter simultaneamente a

⁵ Igualmente pode ocorrer com outros *procedimentos terapêuticos* em relação aos demais membros da equipe interdisciplinar, tais como abordagens psicoterápicas, oficinas, utilização dos recursos da assistência social.

presença implicada e a *presença reservada* (FIGUEIREDO, 2009, p.141) num equilíbrio dinâmico.

Essas contribuições nos permitem pensar que cabe ao docente da prática clínica criar um *lugar-pausa* (enquadre/*setting*) que possibilite o *cuidado* como sendo essa *experiência integrativa* e de *reconhecimento*, já que “o cuidar não envolve o fazer, colocando-se o agente cuidador como *presença em reserva*“ (FIGUEIREDO, 2009, p.135).

É possível depreender, que a *presença em reserva* e a *presença implicada* caracterizam um modo como podemos nos apresentar para o outro (neste caso, o residente) e traz para o primeiro plano a sustentação de um *lugar-pausa* que permita o protagonismo do aluno a partir da alteridade, servindo como *matriz* da transmissão do método clínico. Isto é, a transmissão se dá pela *construção* de uma *narrativa* possível – a representação – daquilo que *afeta* (campo transferencial) garantida pela sustentação de um *lugar-pausa* (enquadre). Essa vivência produz no residente, no seu encontro clínico, a oportunidade da construção de uma experiência *phatica* do cuidado onde a dor possa se transformar em sofrimento.

Afinal:

as atividades de cuidar fazem parte das obrigações e tarefas específicas de todos os profissionais das áreas de saúde e da educação, bem como, em geral, do que nos cabe a todos na condição de seres humanos vivendo em sociedade (FIGUEIREDO, 2009, p.131).

Assim podemos concluir que, para além da transmissão do conhecimento teórico (atividade clínica), o docente, especialmente nas funções de supervisor/preceptor, tal um “porta marcas” (BERLINCK, comunicação oral), transmitirá também o modo de fazer clínica (atitude clínica), desde que possa prover e sustentar o *lugar-pausa* que garanta o tempo necessário, na continuidade, com sua *presença implicada* e *em reserva* necessários para o questionamento, o estranhamento, a curiosidade epistêmica, o despertar do prazer de pensar, do protagonismo – ou seja, promova uma experiência integrativa, como matriz da transmissão do método clínico, para esses jovens profissionais em formação na especialidade.

Referências bibliográficas:

BERLINCK, M. T.; RUDGE, A. M.; PEREIRA, M. E. C. O método clínico: projeto de pesquisa temático. Projeto de pesquisa submetido ao CNPq em maio de 2010.

_____. “Editorial O Método Clínico - 2 ” *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, vol.X, n.4, dez. 2007

_____. “Editorial”. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, v. V, n. 2, p. 7-11, jun. 2002.

FÉDIDA, P. (1991) *Nome, figura e memória*, São Paulo: Escuta, 1992.

FIGUEIREDO, L. C.. “A metapsicologia do cuidado” in: *As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea*. São Paulo: Escuta, 2009

FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas*, 2^a ed. Rio de Janeiro: Imago, 1987

_____. (1917[1916-1917], Conferência XVI, *Psicanálise e Psiquiatria*, vol. XVI

MINKOWSKI, E. (1966) *Traité de psychopathologie*. Paris: Institut Synthélabo, 1999

RESOLUÇÃO CNE/CES n. 4 de 07/11/2001

RESOLUÇÃO SMS nº 859 de 08 /04/ 2002

TURATO, E. R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003