

PUC

MARIA CECILIA DE ARAUJO CARVALHO

SOBRE A FORMAÇÃO TEÓRICO-CLÍNICA DE MÉDICOS PSIQUIATRAS:
UM ESTUDO NA REDE DE SAÚDE DE NITERÓI

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
Departamento de Psicologia

Rio de Janeiro, 09 de março de 1995

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO
RUA MARQUÊS DE SÃO VICENTE, 225 – CEP 22453
RIO DE JANEIRO – BRASIL

N.º de llamada: 150 / 0931a / TESS LC

(Titulo: Boletín de farmacia técnica contra la malaria)



510-CENTRAL

2011

Maria Cecilia de Araujo Carvalho

**SOBRE A FORMAÇÃO
TEÓRICO-CLÍNICA
DE MÉDICOS PSIQUIATRAS:**

Um Estudo na Rede de Saúde de Niterói

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Departamento de Psicologia

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA - RJ
Rio de Janeiro
1995

MARIA CECILIA DE ARAUJO CARVALHO

**SOBRE A FORMAÇÃO TEORICO-CLINICA DE MEDICOS PSIQUIATRAS:
UM ESTUDO NA REDE DE SAUDE DE NITEROI**

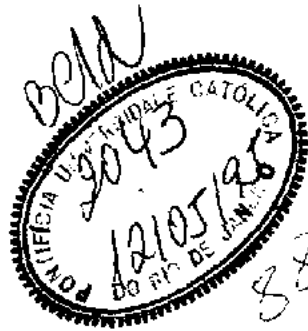
Dissertação apresentada ao
Departamento de Psicologia
da PUC/RJ como parte dos
requisitos para obtenção
do título de Mestre em Psi-
cologia Clínica.

Orientadora: Cláudia Amorim Garcia

Departamento de Psicologia
Pontificia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, 27 de janeiro de 1995.

UC-61030-1



88611

150
C3312
RESOLUC

A João e Caio

A G R A D E Ç O

Aos funcionários e professores do Departamento de Psicologia da PUC/RJ, em especial a Cláudia A. Garcia, que me orientou nesta dissertação.

A Octávio Serpa Jr., Maria T. Cavalcanti e Sílvia R. Jardim, pelo enorme incentivo à realização deste trabalho.

A Ana Cristina Figueiredo, Neusa S. Souza e Solange Jobim, que me deram dicas valiosas durante a elaboração desta pesquisa.

A Bete Tolipan, que me acompanhou ao longo deste percurso.

A Maria Teresa K. de Barros, pelo carinho com que realizou o precioso trabalho de revisão.

A Glória e Fernando, Dadá, Eliane, Tetê, Suelly, Hermano, Luiz, Glória C., Elvira, Sérgio e Cláudia, amigos queridos, que estiveram prontos a me ajudar sempre que foi necessário.

Aos médicos psiquiatras da Rede de Saúde de Niterói.

A CAPES, pelo apoio a esta pesquisa.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo propor uma reflexão sobre a formação teórico-clínica de médicos psiquiatras. Na primeira parte, foi realizada uma revisão bibliográfica que abrangeu inicialmente questões relacionadas a) ao surgimento da psiquiatria no contexto europeu no final do século XVIII; b) à constituição do saber teórico psiquiátrico; e c) ao tema da emergência da psicanálise a partir do final do século XIX, destacando os momentos cruciais da elaboração deste novo saber. Encerrando este percurso teórico, foi lançado um olhar sobre as instituições assistenciais que mudaram o panorama psiquiátrico após a Segunda Guerra Mundial.

Na segunda parte, estendi o estudo à investigação da rede de saúde municipalizada de Niterói. Com este propósito, foi feita uma apresentação dos documentos oficiais desta rede, sobre saúde mental, como também uma pesquisa de campo através da utilização de uma entrevista com seus médicos psiquiatras.

A análise das entrevistas resultou em agrupamentos constituídos a partir do referencial teórico de escolha dos entrevistados, e, a seguir, foram construídas as trajetórias profissionais. Foi então realizada uma análise dessas trajetórias, da qual resultaram três temáticas referentes aos limites e possibilidades da prática psiquiátrica, aos diferentes referenciais teóricos utilizados, e à clínica como determinante principal do ato terapêutico.

De uma maneira geral, verificou-se que as diversas referências teóricas que servem de suporte para a prática destes psiquiatras, vinculam-se à tentativa de busca de soluções para os desafios constantes da prática clínica.

A B S T R A C T

This study attempted to discuss the clinical and theoretical training of psychiatrists. The first part consists of a bibliographical review aimed to examine questions related to a) the birth of psychiatry in the european context in the end of the XVIII century; b) the constitution of psychiatric knowledge; and c) the emergence of psychoanalysis at the end of the XIX century, highlighting the crucial moments of its development. This first part finishes with a brief note on the psychiatric movement which so significantly changed the scene after the Second World War.

The second part consists in the investigation of the Municipal Health Service of Niterói. Niterói's official documents on Mental Health were presented and a field research - by means of an interview - was carried out with the psychiatrists.

Analysis of the material thus obtained resulted in the elaboration of groups organized according to the main theoretical orientation mentioned in the interviews, and professional trajectories were then constructed. A content analysis was then carried out from which three main themes emerged referring to limits and possibilities of psychiatric practice, different theoretical approaches used by the psychiatrists, and clinical practice as the main determinant of the therapeutic act.

Overall, it was noted that the great diversity of theoretical orientations that supports the practice of these psychiatrists is related to the attempt to find new solutions to the constant challenges posed by the clinical practice.

S U M A R I O

INTRODUÇÃO	1
PRIMEIRA PARTE: Matrizes do Campo Psiquiátrico	
HISTORIA DA LOUCURA	6
A CONSTITUIÇÃO DO SABER TEORICO PSQUIATRICO	9
A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO PSQUIATRICO NESTE FINAL DE SEculo: A REMEDICALIZAÇÃO DA PSQUIATRIA	28
BREVES NOTAS SOBRE A CONSTITUIÇÃO DA PSICANALISE	31
OS DISPOSITIVOS ASSISTENCIAIS DO POS-GUERRA	44
SEGUNDA PARTE: A Rede de Niterói: Um Caso Exemplar	57
A ANALISE DE DOCUMENTOS	58
CONHECENDO A REDE	69
AS ENTREVISTAS	70
UM CONTORNO DEMOGRAFICO	73
UM PERFIL TEMATICO	90
SOBRE LIMITES E POSSIBILIDADES	92
SOBRE OS DIFERENTES REFERENCIAIS TEORICOS	99
SOBRE A CLINICA	109
CONCLUSÃO	114
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	120
ANEXOS	128
ANEXO I - Lei Orgânica do Município de Niterói	
ANEXO II - Roteiro de Entrevistas	
ANEXO III - As trajetórias profissionais dos médicos psiquia- tras da Rede de Niterói	

I N T R O D U Ç Ã O

A questão que me proponho a discutir tem origem em minha prática psiquiátrica. Como médica especializada em psiquiatria, tomei lugar em uma instituição pública onde tenho a atribuição de exercer esta profissão. Neste cotidiano ocupei muitas vezes o lugar conhecido do psiquiatra, por exemplo, ao iniciar o tratamento medicamentoso aos psicóticos que necessitassem de tal intervenção. Contudo, o atendimento continuado ao restante da clientela, me trouxe dúvida a respeito da indicação de uma terapêutica, medicamentosa ou não, que produzisse alívio sintomático, no caso de pacientes que apresentavam queixas de ansiedade. Aqui, muitas vezes contrariando as expectativas dos pacientes, ofereci-lhes inicialmente apenas minha escuta e a possibilidade de novas consultas para que prosseguissem falando.

Uma análise sobre a demanda de atendimento na rede de Serviços de Saúde (Borges e Atiê, 1989) aponta que o que nos traz um sujeito é sua necessidade de falar e de saber de si com o "Doutor". Se assim somos reconhecidos, como doutores, assim, de alguma maneira, devemos nos apresentar. Detenho-me aqui para me questionar não exatamente sobre as representações desta população em torno da figura do doutor, mas sobre a minha própria filiação ao discurso da medicina. Encontrei em Clavreul (1983) algumas considerações que podem servir de início a esta reflexão. Em primeiro lugar o exercício da medicina implica uma escuta do paciente a fim de selecionar o material que possa ser útil ao que objetiva o ato mé-

dico: o diagnóstico e o tratamento. A sanção terapêutica consequente a este ato deve tentar reconduzir à normalidade aquilo que a doença tornou uma aberração. Clavreul faz referência a um saber "verdadeiro e verificável" (1983, p. 40) que antecede cada encontro e, por conseguinte, cada ato médico. O ato médico implica portanto uma sanção terapêutica que deve corrigir um desvio da normalidade, sendo este padrão de normalidade referendado pelo saber médico.

Retomando a questão dos diferentes procedimentos frente à demanda de ajuda do paciente, vale lembrar que o oferecimento de uma escuta e de novas consultas não constitui por si só uma terapêutica e que, da mesma forma que a prescrição de um medicamento encontra sua justificativa no saber médico, é necessário que esta escuta, para que tenha sentido, seja referida a um corpo teórico.

A teoria a que me reporto nesta escuta é à psicanálise. Portanto, em minha prática como psiquiatra lancei mão não só de um instrumental bastante próprio da medicina, assimilado durante a formação médica, mas também agi sob a influência de uma orientação que não pode ser submetida ao discurso médico: a psicanalítica.

Em minha atuação se revelam as marcas que me constituem psiquiatra - inscrições que suportam os diferentes atos com os quais traço a cada vez os limites de meu ofício. Que marcas são essas? Elas correspondem a determinados referenciais encontrados com certa regularidade em meu meio profissional. Não são os únicos existentes e estão submetidos à síntese que cada clínico faz no dia-a-dia de seu trabalho.

Partindo dessas idéias iniciais me propus a refletir sobre a formação teórico-clínica dos médicos psiquiatras e, em especial, investigar em que medida diferentes referenciais teóricos têm sido preponderantes na formação do psiquiatra atual e de que forma estão articulados em sua prática profissional.

Estes referenciais remetem, num primeiro momento, à abordagem do surgimento da psiquiatria no cenário europeu, no final do século XVIII, aqui discutido basicamente a partir da ótica de Michel Foucault expressa em *História da Loucura* (1978). Num segundo momento, a estruturação do saber teórico psiquiátrico é tratada a partir da contribuição de Paul Bercherie (1989). Por fim, a questão da produção do conhecimento psiquiátrico no final deste século é também rapidamente focalizada.

O referencial psicanalítico tem também lugar de destaque entre os psiquiatras da atualidade. Referindo-se ao que denomina "movimento psi" no Rio de Janeiro, Russo (1993) afirma que "o que conhecemos como movimento psi talvez fosse mais apropriado chamar de "movimento psicanalítico". Na verdade quando se fala em cultura psicológica ou em difusão de "práticas psi" em nosso meio é de psicanálise que se trata, pelo menos num primeiro momento" (Russo, 1993, p.67). A autora refere-se a um movimento que abrange diversas categorias profissionais, e com certeza os psiquiatras são aí levados em conta. Dentro desta perspectiva me proponho a contextualizar o surgimento da psicanálise no final do século XIX acompanhando os momentos cruciais de estruturação deste novo saber.

Feito isto retomo o fio da história partindo dos movimentos ligados aos dispositivos institucionais que mudaram o panorama da psiquiatria após a Segunda Guerra Mundial. Este momento histórico tem para nós valor especial, pois é a partir daí que as experiências da psiquiatria e da psicanálise passam a atuar juntas num contexto institucional, iniciando uma história de conflitos e alianças.

O tema do presente estudo surgiu da constatação de que diferentes referências teóricas se faziam presentes no exercício clínico da psiquiatria e que, portanto, dentro deste campo, diversos seriam os posicionamentos dos profissionais envolvidos nesta prática. Diversas seriam também as trajetórias construídas a partir do que, de uma forma bastante genérica poderia chamar de um projeto clínico.

Tendo em mente estas considerações, na segunda parte deste trabalho proponho-me a refletir sobre a formação teórico/clínica dos médicos psiquiatras que atuam na rede de saúde de Niterói. A escolha de Niterói para sede deste estudo pode ser atribuída a um motivo bastante prosaico; sou uma niteroiense "inveterada", nascida e criada entre as alegrias e mazelas dessa cidade. Faziam parte do meu imaginário infantil as histórias do hospício público de Jurujuba, na ocasião, lugar inacessível e misterioso onde ficavam os loucos. Hoje sou médica e este hospital psiquiátrico é meu local de trabalho.

A proximidade com a rede de saúde de Niterói deu-me acesso ao conhecimento de alguns aspectos que tornam esta rede

bastante interessante ao meu questionamento. Inicialmente observei que certos profissionais, que ocupam lugar de destaque no planejamento da Saúde Mental do Município, tinham sua formação teórica bastante marcada pelo entrecruzamento de tendências diversas no campo psiquiátrico e pude reafirmar esta impressão quando consultei os documentos oficiais desta área. Cito como exemplo a "Proposta de Reorientação da Atenção à Saúde Mental no Município de Niterói", de 1983, elaborada por seis psiquiatras, dentre os quais pelo menos três tinham forte ligação com a psicanálise.

Observei também que um grande número de novos médicos chegaram para trabalhar em Niterói nos últimos anos. Em 1986 iniciou-se um processo de renovação nos quadros da rede a partir da contratação de médicos aprovados nos concursos da Secretaria Estadual de Saúde - SES (1986,1990) e da Fundação Municipal de Saúde de Niterói - FMS (1989). Ao consultar os editais destes concursos me chamou a atenção o conteúdo programático da prova realizada pela FMS que dava ênfase tanto às questões da nosografia psiquiátrica e da psicofarmacologia quanto aos conhecimentos da psicanálise e da reabilitação social do paciente psiquiátrico. Podemos pensar que este conjunto de fatores pode ter promovido um encontro significativo entre certos profissionais e a rede que os escolheu. O fato é que o universo dos médicos da Rede tornou-se mais heterogêneo, somando "sangue novo" à antiga formação dos quadros da Saúde de Niterói.

Antecedendo o estudo de campo examinei os documentos oficiais sobre a Rede de Saúde de Niterói e depois analisei o material obtido em minha pesquisa com os profissionais que constituem esta rede .

PRIMEIRA PARTE
MATRIZES DO CAMPO PSIQUIATRICO

A HISTORIA DA LOUCURA

Segundo Machado(1988) a análise que Foucault (1978) faz em *História da Loucura* se estrutura sobre a distinção e articulação de dois níveis distintos, percepção e conhecimento, onde o nível da percepção diz respeito ao modo de considerar o louco de acordo com o "agir" sobre ele, ligado a determinantes externos ao discurso teórico - relação esta sediada basicamente no nível institucional. O segundo nível - do conhecimento, concerne à elaboração teórica sobre a loucura.

foi analisando os saberes teóricos, mas sobretudo as práticas de internamento e as instâncias sociais - família, Igreja, justiça e medicina - com elas relacionadas e, finalmente, generalizando a análise até as causas econômicas e sociais das modificações institucionais que *Histoire de la Folie* foi capaz de explicitar as condições de possibilidade históricas da psiquiatria (Machado, 1988, p. 59)

Tomando por base a análise de Machado sobre esta obra de Foucault, acompanharei agora a trajetória da história da loucura, desde o Renascimento até sua constituição como doença mental no século XIX.

No período do Renascimento não há unidade no entendimento do fenômeno da loucura. Se por um lado a loucura é expressa nas formas plásticas como um saber trágico - uma experiência trágica,

onde residem verdades secretas do mundo, esta visão é contemporânea à consciência crítica da loucura, expressa nas formas discursivas, onde esta não é mais um saber, sendo o louco alguém que toma o erro como verdade. O fato é que na Europa desenvolvida, até o século XVII, o louco é tolerado pela sociedade, não sendo corrente o seu confinamento: tem-se evidências de que a famosa Nau dos Loucos, que deslizava pelos rios da Renânia carregando insanos, além de fazer parte do imaginário da Renascença, teve mesmo existência real. Posteriormente, a visão crítica vem impor-se sobre a experiência trágica, tendo em Descartes seu marco filosófico, expresso na primeira das "Meditações Metafísicas".

A internação do louco na época clássica não obedece a critérios científicos expressos pela medicina, mas à ordem da razão que faz com que na relação com o louco o que se percebe é, não a doença, mas a desrazão, isto é, uma ausência total de razão (Machado, 1988, p. 67)

Esta percepção da loucura como desrazão não é a única, no período clássico. Também a medicina se ocupa da loucura e tenta determinar sua essência, sua natureza, embora alguns entraves impossibilitem a submissão da loucura à racionalidade médica da medicina classificatória de então. Entre as duas visões, um ponto de convergência: tanto na percepção do louco como o outro do pensamento e da moral, como na loucura, espécie patológica, a partir da razão analítica e classificatória, é a Razão que permanece sempre como referência absoluta.

Uma importante inflexão começa a ser observada na segunda metade do século XVIII com o progressivo delineamento de uma diferença entre loucura e desrazão. A reflexão teórica que sustenta es-

se processo se dá em torno da noção de "forças penetrantes" conforme definiu Buffon: um conjunto de forças - a sociedade, a religião e a civilização - que afastando o homem da natureza e de sua própria natureza propiciam o aparecimento da loucura. Não sendo mais a ausência da razão, mas distanciamento da natureza, a loucura torna-se alienação.

Enquanto isto, um crescente movimento de crítica ao grande enclausuramento está sendo encaminhado. Se por um lado os reclusos de todas as espécies não estão satisfeitos por conviverem com os loucos, por outro, a sociedade questiona-se se o internamento é mesmo a solução para o problema do desemprego. A Revolução Industrial, tornando necessária a constituição de uma reserva de mão-de-obra para a indústria emergente, impulsiona a transformação do quadro institucional: inicia-se um movimento de libertação dos antigos reclusos, com exceção dos loucos, que tornam-se doravante os únicos habitantes deste espaço de isolamento - o asilo.

Com esse novo estatuto da loucura, adquirido por uma transformação manifesta tanto no nível do conhecimento quanto da percepção, o caminho está preparado para o surgimento da psiquiatria. Deixando de ser elemento do conjunto da desrazão clássica, o louco já pode se metamorfosear no alienado da figura moderna da medicina mental, isto é, em doente mental (Machado, 1988, p. 79)

O ser alienado, afastado de sua natureza pelas forças sociais é passível de recuperação e cura e o asilo, este novo espaço aberto ao conhecimento médico, apresenta-se neste momento como força ideal para esta transformação.

A CONSTITUIÇÃO DO SABER PSIQUIÁTRICO

A emergência da psiquiatria como um campo de conhecimento está historicamente marcada pela nomeação de Pinel, em 1793, para Bicêtre. Segundo Machado (1988) foi nesta ocasião que, na instituição asilar, notabilizou-se o tratamento moral, caracterizado por utilizar a religião, o medo, o trabalho, o olhar dos outros e por fim o médico, como instrumento de cura. O nascimento da psiquiatria pode ser visto, portanto, como o resultado do encontro entre "uma prática social sistemática de reclusão de incapazes e um pensar médico positivo" (Silva Filho, 1986, p. 86).

Bercherie (1989) chama a atenção para o fato da clínica psiquiátrica ter florescido dentro de um contexto circunscrito a um "espaço franco-alemão", ou seja, ter sido baseada fundamentalmente numa discussão permanente entre as escolas francesa e alemã. Contexto circunscrito também no tempo, uma vez que pode-se dizer que a "clínica, como método consciente de si mesmo e sistemático, surgiu numa data precisa e num autor particular: Pinel" (Bercherie, 1989, p. 23)

Bercherie inicia, no contexto acima citado, seu estudo da clínica estendendo-se até o momento em que julga ter sido o de "esgotamento deste vasto movimento", há cerca de 50 anos atrás. Não seguirei com ele em todos os aspectos de sua análise, procurando reter deste brilhante trabalho alguns elementos essenciais à constituição da história do saber psiquiátrico.

A grande inovação introduzida por Pinel não está no nível de suas descrições clínicas ou de sua prática institucional, comuns aos médicos de seu tempo. Sua contribuição radical situa-se no plano do método. Ligado ao grupo dos ideólogos, que sustentavam que a base do conhecimento é a observação empírica dos fenômenos que constituem a realidade - que devem ser agrupados e classificados de acordo com suas analogias e diferenças - Pinel alia o modelo da história natural à análise de Condillac e assim inaugura com seu método "a exploração sistemática de um campo e a ordenação dos fenômenos que o constituíam" (Bercherie, 1989, p. 33). Ele vê a alienação mental como uma doença, um distúrbio das funções superiores do sistema nervoso. Em sua classificação, a situa na classe das neuroses - afecções do sistema nervoso, sem inflamação, lesão estrutural ou febre, segundo a definição de Cullen. As neuroses cerebrais podem ser de dois tipos: abolição da função (afecções comatosas) ou perturbação da função (vesânicas). A alienação mental, juntamente com a hidrofobia, o sonambulismo e a hipocondria, compõe este 2º grupo.

Na classificação pineliana a alienação mental foi dividida ainda em quatro espécies distintas, quais sejam: a mania propriamente dita, com delírio generalizado e lesão das funções do entendimento; a melancolia, onde o delírio é limitado a um objeto com preservação do comportamento e das funções mentais externas ao núcleo delirante, podendo tanto o afeto quanto o delírio terem natureza alegre ou triste; a demência, caracterizada pela incoerência na manifestação das faculdades mentais e, por fim o idiotismo ou

obliteração das faculdades intelectuais e afetivas.

Estas espécies são reconhecidas a partir de sua sintomatologia mais evidente, podendo transformar-se umas nas outras de acordo com as mudanças do quadro sintomático. Definidas desta maneira pontual não caberia qualquer referência a formas de evolução da doença .

Pinel aventura-se a propor algumas causas para o aparecimento da loucura: as causas físicas, diretamente cerebrais ou simpáticas, a hereditariedade e, por fim, as causas morais, tais como paixões intensas, os excessos de todos os tipos e a educação viciosa.

E preciso ressaltar a importância do contexto asilar onde Pinel desenvolve seu trabalho clínico. Consta que recebeu muitas vezes, em seu hospital, doentes em péssimo estado físico em decorrência do tratamento à base de sangria, tão em voga naquele momento. Sua prática médica caracteriza-se por uma reação a este ativismo terapêutico: sua atuação é calcada nas idéias que retoma de Hipócrates. Assim, a doença é entendida como uma reação positiva do organismo à ação de causas que perturbam seu equilíbrio e tem como conclusão natural a cura. Dentro dessa concepção, o médico deve intervir o mínimo possível, apenas ajudando com seus medicamentos o desenrolar do ciclo natural da doença. Sua posição pouco intervencionista não se estende contudo aos aspectos do tratamento mental. Baseado em Locke e Condillac sustenta que os conteúdos da mente dependem das percepções e das sensações e que se pudermos intervir modificando-as, influiremos em todo estado mental.

Baseado nos seus estudos de necrópsias, Pinel sustenta que, na maioria dos casos, a loucura está isenta de lesões da matéria cerebral, e conclui que o cérebro não é atingido mas apenas a mente está perturbada em seu funcionamento. Assim sendo, acredita que retirando o alienado do ambiente pernicioso no qual floresce sua loucura e proporcionando-lhe condições de tratamento num ambiente regrado, sob o regime da disciplina e das boas influências, estará no caminho da cura. Eis os princípios do tratamento moral.

Para além do mito de "libertador dos loucos" Pinel será lembrado como o fundador do método clínico. A seus seguidores coube aperfeiçoá-lo. Esquirol foi o mais dedicado de seus discípulos. Em sua obra seguiu as idéias do mestre, mas o superou sem dúvida num ponto importante: as descrições clínicas de Pinel não são bastante minuciosas e foi neste campo que o aluno pôde mostrar seu brilho. Esquirol prosseguiu o trabalho de análise de distinção das síndromes e com isso propôs uma nosologia que tendo como base a classificação pineliana, constitui um avanço em relação a esta.

Com algumas modificações, conservou a idiotia - maneira como passa a chamar o idiotismo, a demência, a mania - da qual excluiu a forma sem delírio e introduz a classe das monomanias onde "agrupou todas as afecções mentais que só afetavam o espírito parcialmente, deixando intactas as faculdades, afora a lesão focal que constituía a doença" (Bercherie, 1989, p. 50).

Inicialmente destacou deste grupo as lipemantias (a melancolia dos antigos) diferenciando-as das monomanias propriamente ditas mas, por fim, fixou três divisões: as monomanias intelectuais

(com a proeminência dos delírios e alucinações); a monomania afetiva (com preservação de raciocínio e racionalização sobre o fundo do distúrbio do afeto) e a monomania instintiva (na qual o doente perde a força para controlar seus atos).

Esquirol definiu a loucura como "uma afecção cerebral comumente crônica, sem febre, caracterizada por distúrbios da sensibilidade, da inteligência e da vontade" (Esquirol, apud Bercherie, 1989, p.48) que seria decorrente de perturbações físicas - principalmente hereditárias - ou morais, atribuindo a estas últimas grande parte dos casos. No tocante às questões de tratamento, pode-se dizer que ele seguiu os passos do mestre, baseando sua terapêutica no uso moderado de medicamentos e na utilização em largas doses do tratamento moral.

Entre os anos de 1820 e 1850, os ensinamentos de Esquirol dominam o campo da medicina mental francesa. O debate que se constituiu entre seus seguidores tem por base um problema levantado desde os primeiros tempos: existe ou não fundamentação anátomo-patológica na alienação mental? Esquirol não havia dado bastante importância a este tema - reconheceu que a loucura dependia de uma modificação desconhecida no cérebro mas que este desconhecimento não era impedimento para a cura dos alienados. Contudo entre seus alunos esta questão foi tomada de maneira radical. Os alienistas franceses - divididos em anatomistas, que acreditavam na presença de lesão cerebral na alienação mental e funcionalistas, que preconizavam uma modificação funcional - defenderam suas posições. Georget estabelece um ponto de vista intermediário entre as correntes em

oposição. Sua classificação compreende as três grandes categorias que, em linhas gerais, perduram até hoje. Ele postula a existência de distúrbios mentais sintomáticos (delírio agudo) onde é possível evidenciar uma causa orgânica e de distúrbios idiopáticos, sem causa precisa, e que devem resultar de perturbações funcionais. Classifica ainda à parte a idiotia, que não considera exatamente uma doença, por constituir um defeito original do desenvolvimento. Para os distúrbios idiopáticos, que chamou de loucura propriamente dita, atribui dois tipos de causa: as predipientes (por exemplo, a hereditariedade) e as eficientes (causas morais e intelectuais). Distingue ainda os estados agudos (mania, monomania e estupidez) potencialmente curáveis, dos estados crônicos (demência), que sobrevinham quando não acontecia a cura. "Vemos então na classificação de Georget surgirem pela primeira vez elementos que vão organizar classificações futuras, como a patogenia, a etiologia e a evolução" (Serpa, 1992, p. 89).

Será agora deslocado da França o foco de atenção. Nesta época a medicina mental na Alemanha era dominada pela disputa entre a escola psiquista, que entendia a loucura como uma perturbação da alma, e a escola somatista, que tinha uma concepção materialista da alienação mental. As duas tinham em comum "um maior apego aos grandes sistemas explicativos que à experiência oriunda da observação sistemática dos doentes tal como formulou Pinel, iniciando a clínica psiquiátrica" (Serpa, 1992, p. 90).

Para mudar este quadro surge em cena Griesinger, considerado o fundador da escola alemã. Este médico foi o autor do primei-

ro e verdadeiro tratado de psiquiatria e introduziu as divisões temáticas - considerações gerais, semiologia, etio-patogenia, formas clínicas, anatomia patológica, prognóstico e tratamento - aceitas até hoje. Como os somatistas, Griesinger também postula que a doença mental - termo que usa para se referir à loucura - é antes de mais nada uma afecção do cérebro, mesmo que não se possa evidenciar a lesão cerebral de base. Seu trabalho não se detém, contudo, na pesquisa da sede das lesões, e vemos em Griesinger o privilégio da descrição sintomatológica. Sua classificação diferencia as formas primárias da doença mental - melancolia e estados de exaltação mental (mania e monomania) das formas secundárias - delírio sistemático, demência agitada, demência apática, idiotismo e cretinismo. É importante ressaltar que as formas clínicas por ele descritas representam as diferentes fases de um mesmo processo: eis aqui o surgimento efetivo de um novo critério clínico - a evolução - na construção nosológica.

Avancei no tempo sem ter ainda mencionado as teses de Bayle, o que se justifica pelo fato de que suas contribuições revolucionárias demoraram quase trinta anos para serem aceitas e incorporadas ao cenário da psiquiatria francesa.

Em 1822 Bayle publica a tese com a qual pretende contribuir para o esclarecimento das causas imediatas da loucura. Ele descreve quadros de alienação mental sintomática em casos de gastroenterite, gôta e na inflamação das meninges. Focalizando este último grupo vemos que ele atribui a uma meningite crônica o desencadeamento de uma alienação mental associada a distúrbios motores,

que evolui em três fases distintas. Inicialmente observa-se um delírio monomaniaco com estado de exaltação que passa a delírio geral com agitação, logorréia e até mesmo furor, e tem como conclusão um estado demencial com incoerência e amnésia. A paralisia geral evolui concomitantemente aos distúrbios mentais.

Um pouco mais tarde (1825) Bayle volta a pronunciar-se com as seguintes afirmações: a maioria das alienações mentais é sintoma de uma flegmasia crônica primitiva das membranas do cérebro; algumas monomanias e melancolias devem-se a afecções morais; o idiotismo é devido a um defeito inato na conformação ou na organização do cérebro. Ele tenta também explicar a exaltação do humor (que produz delírio e agitação) como causa da inflamação meníngea e sua irradiação para o cérebro. A demência e a paralisia seriam decorrentes da compressão e da atrofia do córtex cerebral.

Bercherie (1988) ressalta a importância de Bayle afirmando que pela primeira vez na história da psiquiatria é descrita uma doença que desenvolve seqüencialmente através do tempo diferentes quadros, distintos de outras apresentações clínicas por características sutis, repousando numa base unívoca. No entanto, seus contemporâneos não perceberam que a doença que ele estava descrevendo

...atravessava verticalmente toda a nosologia horizontal de Pinel e Esquirol. Não se tratava da monomania, da mania ou da demência, mas de um processo específico que integrava estados monomaniacos, maníacos e demenciais específicos que era possível distinguir de outros estados da mesma ordem (Bercherie, 1988, p. 88).

Morel no *Tratado das Degenerescências*, de 1857, apresenta sua teoria que estava de acordo com o princípio de que o homem, criado a partir de um tipo primitivo perfeito, dominado pela ação

moral, poderia sofrer desvios que seriam degradações, degenerescências. Estas degradações eram possibilitadas pela ação de circunstâncias externas nocivas e podiam ser ou adquiridas precocemente ou transmitidas hereditariamente, e daí por diante, passadas às novas gerações até a extinção da linhagem. A essência da teoria da degenerescência é o caráter da transmissibilidade hereditária.

Retorno agora à Alemanha para rapidamente focalizar Kahlbaum. Marcado pela orientação de Griesinger ele sofre também influência de Falret, médico que havia enfatizado a importância da observação da marcha da doença através do tempo. Kahlbaum delimita novas entidades clínicas lançando mão dos princípios clínico-evolutivos. Acompanhando ao longo do tempo os sintomas físicos e psíquicos do paciente, delimita as diferentes doenças de acordo com seus estados terminais. Sua classificação traz novidades que atravessam o tempo. Introduce os termos paranóia, parafrenia e hebefrenia que, apesar de terem sofrido mudanças em suas acepções originais, permanecem até hoje. Mais importante, descreve a catatonia que será retomada mais tarde por Kraepelin e consagrada universalmente.

Bercherie assinala agora o ingresso num período no qual será constituída a maioria das noções e entidades nosológicas maneja-das até hoje. Ele delimita seu início em 1876, com o relatório de Westfal sobre a paranóia, e seu fim já na segunda década do século XX quando os trabalhos de Bleuler sobre a esquizofrenia, de Freud com a análise do caso Schreber e de Jaspers com sua *Psicopatologia Geral*, entre outros, vão redimensionar o saber psiquiátrico. Destes últimos autores me ocuparei mais adiante. Focalizarei agora este

período que, em seu conjunto, constitui a chamada "psiquiatria clássica". Nela pontificou a doutrina organicista e a psiquiatria tomada como ramo da neurologia.

Destacarei inicialmente Krafft-Ebing que tão bem sintetizou a herança de Griesinger e a influência de Morel que, juntas constituíram o cenário da psiquiatria alemã da época. Em 1879 Krafft-Ebing publica seu tratado no qual define a doença mental como o acometimento difuso do córtex cerebral, órgão sede das funções psíquicas. Para o diagnóstico destas doenças deveriam ser arrolados os sintomas psíquicos e somáticos, assim como os antecedentes, as causas, a marcha dos sintomas, todos associados a uma apreciação pessoal do doente. Esta visão clínico-evolutiva-etiotogênica é pano de fundo para sua classificação, na qual privilegia em diferentes momentos os critérios anatômico, etiológico ou clínico funcional, como serão vistos agora. Krafft-Ebing divide as psicoses em suspensão do desenvolvimento psíquico (que compreende idiotia, imbecilidade, cretinismo e loucura moral) e psicoses do cérebro desenvolvido. Estas últimas podem ser psicoses orgânicas (quando uma lesão anatômica está presente) ou psicoses funcionais, nas quais não há substrato anatômico evidente. Atendo-se às psicoses funcionais separa as psiconeuroses - que acometem indivíduos com funções psíquicas até então normais, não apresentam predisposição hereditária conhecida e raramente são transmitidas à descendência, das degenerescências psíquicas - que ocorrem quando uma perturbação se instala em indivíduos cuja constituição tinha sido desde sempre anormal, sendo grande a predisposição hereditária e a possibilidade de

transmissão à descendência. Aqui está estampada toda a influência de Morel.

A herança de Griesinger se faz sentir, entre outros aspectos, quando Krafft-Ebing utiliza como critério de classificação clínica das psiconeuroses a distinção entre formas primárias e formas secundárias da doença. São primárias a mania, a melancolia e a demência aguda. A paranóia e a demência podem também assumir formas secundárias. Quanto às degenerescências psíquicas, foram reunidas em torno de outras formas clínicas, tais como a paranóia e a loucura periódica.

Para falar de Kraepelin, Bercherie consultou as oito edições de sua obra, o que lhe permitiu analisar as mudanças ocorridas ao longo de trinta anos, no pensamento deste grande psiquiatra alemão. Na primeira edição (1883) do *Compêndio de Psiquiatria* Kraepelin utilizou ainda uma classificação puramente sindrômica mas, nas duas edições seguintes, notamos a influência das posições de Krafft-Ebing. Na quarta edição, de 1893, ele introduz uma novidade: os "processos psíquicos degenerativos", que divide em três formas demência *praecox* - formas branda e grave (hebefrenia), catatonia e *dementia* paranóides.

Na constituição deste novo grupo o lugar de Krafft-Ebing é ocupado por Kahlbaum. Kraepelin já valorizava em sua classificação os parâmetros etiopatogênicos e clínicos mas, a partir desta edição, ao invés dos critérios clínicos pouco delimitados de Krafft-Ebing, que imprimiam à clínica um caráter sindrômico, passa a apoiar-se em Kahlbaum que enfatiza o aspecto clínico-evolutivo.

Isto leva Kraepelin a rejeitar o grupo das psiconeuroses - vistas por ele como simples síndromes que poderiam ser parte de muitas doenças diferentes - a partir da quinta edição de seu tratado. "Assim se consumou na Alemanha a eliminação dos últimos vestígios das concepções oriundas de Pinel e Esquirol" (Bercherie, p. 166).

Nesta quinta edição ele propõe o plano geral que servirá de base a todas as seguintes. Aqui ele contrasta as doenças mentais adquiridas (tais como intoxicações, loucuras das lesões do cérebro e involutivas, estados de esgotamento e doenças da nutrição) às doenças mentais congênitas (constitucionais, neuroses, degenerescências e suspensão do desenvolvimento psíquico).

A partir da sexta edição (1899) as concepções de Kraepelin são aceitas finalmente por quase todos, permanecendo fora de sua influência apenas a psiquiatria francesa. Mantendo a diferença entre doenças adquiridas (exógenas) e congênitas (endógenas) ele discrimina treze entidades mórbidas, pretendendo com isto esgotar todo o campo da patologia mental. Abordarei apenas três itens da classificação. Em primeiro lugar, a demência precoce, entidade que passa a abranger a hebefrenia, a catatonia, a demência paranóide e as paranóias alucinatórias das classificações anteriores, todas resumidas numa mesma categoria, a partir da similaridade tanto de seus sintomas fundamentais quanto de seus estados terminais. A segunda categoria que nos interessa é a loucura maniaco-depressiva que reunia todos os estados maníacos e depressivos agudos não confusionais que não pudessem ser atribuídos à demência precoce. Suas principais características giravam em torno dos distúrbios do humor,

do afeto e da vontade. E por último, a paranóia definida como uma doença constitucional, crônica, caracterizada pelo desenvolvimento insidioso e contínuo de um sistema delirante com preservação das funções psíquicas do pensamento, vontade e afetividade.

Vimos assim, no que concerne a essas três categorias que vão delimitar boa parte da discussão psiquiátrica que se seguirá, as marcas da concepção kraepeliniana: o critério etiológico, empregado à maneira de Krafft-Ebing, separando os grupos exógenos e endógenos, o critério evolutivo, incorporado pela influência de Kahlbaum, com ênfase nas formas de terminação dos quadros mórbidos, como elemento diferenciador das entidades clínicas, distinto, portanto, de Falret, que se preocupava com toda a seqüência evolutiva, e o critério clínico, apoiado na análise das funções psíquicas e seus respectivos acometimentos (Serpa, p. 109).

Enquanto isso, inicia-se um movimento de reação às concepções de Kraepelin. É o movimento psicodinâmico que tem uma de suas correntes sediada em Zurique com Bleuler e Jung. A origem desta corrente está ligada à influência de Freud no meio psiquiátrico. Da leitura freudiana Bleuler e Jung depreenderam a idéia da importância da afetividade na regulação ou na perturbação da vida psíquica e do pensamento. Surge daí a noção de complexo emocional - conjunto de representações, lembranças e idéias com conteúdo afetivo - que será útil na compreensão do delírio e terá importância na conceituação da Esquizofrenia¹.

Nota 1: Bleuler publica em 1911 uma monografia sobre o "grupo das esquizofrenias" como passa a denominar a demência precoce de Kraepelin. Ele argumenta que a denominação anterior não é bastante precisa pois em seu ponto de vista "não se tratava de uma demência e que nem sempre era juvenil nem precoce no desenrolar do processo patológico" (Bercherie, 1989, p. 229) e justifica a sua terminologia a partir de uma visada psicopatológica: a doença era assim chamada porque a cisão das diferentes funções psíquicas seria uma de suas principais características (Bleuler apud Serpa, 1992). A apresentação sintomática podia ser bastante diversa e a moléstia podia ter curso crônico ou ser intermitente, regredir ou estacionar porém sem nunca haver um retorno integral ao estado de saúde prévio (Bleuler apud Serpa, 1992). "Para Bleuler, de fato era a concepção psicopatológica que constituía a chave do conceito de esquizofrenia, processo mórbido que podia apresentar-se sob aspectos clínicos multiformes, mas com uma estrutura análoga" (Bercherie, 1989, p. 235).

Aplicando ao conceito de esquizofrenia as concepções freudianas, Bleuler imprime um ponto de vista psicanalítico à discussão dos sintomas esquizofrênicos. Assim as desordens do pensamento

encontraram sentido na psicologia dos complexos e dos mecanismos (condensação, deslocamento, simbolização etc.) evidenciados por Freud no estudo dos sonhos e dos atos falhos (Bercherie, 1989, p. 230).

No campo da sintomatologia Bleuler separa os sintomas fundamentais, presentes em todas as fases da doença, dos sintomas acessórios, que podem faltar durante o curso da doença. Os sintomas fundamentais compreendem os distúrbios afetivos e do fluxo do pensamento, o autismo e a ambivalência. Entre os sintomas acessórios destacam-se as alucinações, ilusões, delírios, sintomas somáticos e catatônicos.

Bleuler também dividiu os sintomas em primários e secundários, ou seja distinguiu

... os sintomas primários, provenientes diretamente do próprio processo da doença daqueles sintomas secundários que só começam a operar quando a psiquê doente reage a algum processo interno ou externo. (Bleuler apud Serpa, p. 112).

Entre os sintomas primários estão os distúrbios da associação, a disposição para alucinar, as oscilações do afeto, a tendência para as estereotípias e os sintomas físicos. Entre os secundários encontramos a maior parte da sintomatologia esquizofrênica: autismo, delírio, alterações do pensamento, afetividade e vontade.

São de ordens diferentes a oposição entre sintomas fundamentais e sintomas acessórios e a oposição entre sintomas primários e sintomas secundários, pois as duas divisões obedecem a critérios diferentes. Na primeira divisão

...o critério do corte é sintomatológico, no sentido da apreensão dos sintomas e [na segunda divisão] "é psicopatológico no sentido de uma teoria que tenta fundamentar de forma coerente a sua aparição. (Serpa, p. 112).

Resta dizer que Bleuler toma a esquizofrenia não como uma espécie mórbida mas como um gênero; grupo das esquizofrenias que têm em comum a sintomatologia e um distúrbio fundamental - a dissociação, que é condição para o surgimento dos sintomas secundários.

Esta é a grande marca da clínica da esquizofrenia. Mais do que um conjunto determinado de sintomas conhecendo um curso regular era uma estrutura psicopatológica que assegurava a unidade de formas de expressão clínica e resultados evolutivos aparentemente díspares. É a passagem de uma clínica baseada em critérios sintomatológicos evolutivos para outra baseada em critérios psicopatológicos, que teve como consequência mais imediata a grande extensão que conheceu o diagnóstico de esquizofrenia. (Serpa, 1992, p. 114)

Retorno a Kraepelin para enfocar as duas últimas edições de sua obra onde ele introduz importantes mudanças conceituais. Entre estas mudanças, destaco, na sétima edição, o demembramento das neuroses gerais em loucuras epiléticas e neuroses psicogênicas, a transformação dos estados psicopáticos degenerativos em estados patológicos originários - compreendendo a depressão e a excitação constitucionais e, por último, a introdução da classe das personalidades psicopáticas composta pelos "criminosos natos" (de Lombroso) e mais três tipos de personalidades patológicas.

A oitava edição sofreu grande reformulação de maneira a assinalar as novas contribuições da psiquiatria da época. Mencionarei somente a classe das demências endógenas, que veio ocupar o lugar de demência precoce e abarca além desta (dividida em nove subtipos) as parafrenias.

Ressalto que Kraepelin manteve-se, contudo, afastado das concepções de Bleuler

...possivelmente porque continuava a fundamentar sua clínica em pressupostos clínico-evolutivos e não em concepções psicopatológicas. No entanto, o que se via era uma crescente aceitação do ponto de vista bleuleriano, cujo trabalho se impunha como referência para a psiquiatria alemã (Serpa, 1992, p. 115).

Falarei agora de Jaspers, aluno de Kraepelin que, em sua *Psicopatologia Geral*, de 1913, aborda a totalidade do conhecimento psiquiátrico da época. Esta obra tem como objetivo "o esclarecimento dos métodos da psiquiatria em geral, de seus modos de concepção, de seus caminhos de investigação" (Jaspers apud Serpa, 1992, p. 121). Inicialmente distingue a psicopatologia, "ciência preocupada com princípios e conceitos gerais, da psiquiatria, profissão prática que se ocupa de casos particulares" (Serpa, 1992, p. 121) e também da psicologia e da medicina somática.

Jaspers é considerado o maior representante da "corrente fenomenológica", embora rejeite este rótulo. De qualquer forma, dedica um capítulo de seu livro à fenomenologia, que deve ser entendida como

...um procedimento empírico que busca representar e descrever a partir de seus caracteres externos, os fenômenos patológicos tais como são vivenciados pelos pacientes (Serpa, p. 123).

Sua investigação prossegue em direção à origem desses fenômenos e à busca das conexões entre eles. Estas questões são tematizadas a partir da diferenciação entre compreensão e explicação - "os dois grandes métodos que ele postula para a investigação das conexões do psiquismo" (Serpa, 1992, p. 124). Inicialmente Jaspers

distingue as conexões de sentido, que dizem respeito à compreensão das conexões causais, relacionadas à explicação. A compreensão pode ser estática, referindo-se

...ao que é tarefa da fenomenologia: representação, descrição e ordenação dos estados psíquicos vividos [ou genética] que lida com as conexões psíquicas: como eventos psíquicos emergem de outros eventos psíquicos, como humores e afetos emergem de situações e experiências (Jaspers *apud* Serpa, 1992, p. 124).

A explicação diz respeito à apreensão das conexões causais ou seja: busca através de indução, por meio de observações e experimentações, a elaboração de leis e teorias. A explicação causal se estende a todos os fatos de natureza real, tanto físicos, quanto psíquicos, não existindo limites para sua aplicação. O mesmo não pode ser dito em relação à compreensão, permanecendo fora desta esfera vários fatos de vida psíquica normal ou patológica.

É no incompreensível da doença mental que Jaspers vai fundar as suas formas básicas do adoecer psíquico. De fato é na compreensibilidade ou não das formas de perturbação mental, quando se procura estabelecer as conexões dos fatos psíquicos com o todo da vida psíquica momentânea e da biografia do indivíduo, bem como as circunstâncias da vida no momento de eclosão do padecer que podemos distinguir reações, desenvolvimento e processo (Serpa, 1992, p. 125).

Jaspers, em primeiro lugar, separa as reações - reações a vivências a elas inteiramente condicionadas, das fases e processos, "que aparecem espontaneamente ou puramente desencadeadas sem relação com a biografia nem com as vivências do paciente" (Serpa, 1992, p. 126).

Entre as fases e os processos demarca uma importante diferenciação: se ambos representam a eclosão de algo novo e estranho que vem alterar a vida psíquica de forma incompreensível, as fases

duram apenas semanas ou meses, e quando findas nota-se um completo retorno ao estado prévio, o mesmo não acontecendo com os processos que se instalam para sempre na vida psíquica do paciente.

Numa última oposição contrapõe processo e desenvolvimento de uma personalidade.

Pode-se falar em desenvolvimento quando

...a perturbação observada se nos mostre compreensível pelo conjunto das características histórico-vitais da personalidade em que se apresenta. Aqui o decisivo são as vivências desencadeantes, as motivações (Nobre de Melo, p. 252, V.II).

Estas formas do adoecer se encarnaram nas chamadas unidades nosológicas, mas Jaspers se apressa em dizer que estas unidades não têm existência real, ou seja que o que podemos encontrar na clínica são apenas

...determinados tipos, sempre provisórios, de quadros mórbidos, que não se podem delimitar com nitidez, mas que são muito mais naturais do que todas as anteriores classificações unilaterais e construtivas (Jaspers apud Serpa, p. 128).

Alertando que todas as classificações são arbitrárias e temporárias, Jaspers propõe seu quadro nosológico baseado nas categorias utilizadas em sua época, dividindo-as em três grupos: o das doenças somáticas, o das grandes psicoses (epilepsia, esquizofrenia e doenças maniaco-depressivas) e o último, das psicopatias, que englobava reações anormais autônomas, neuroses e síndromes neuróticas e personalidades anormais e seus desenvolvimentos.

Serpa ressalta a importância e a atualidade do ensinamento de Jaspers

pela ênfase que coloca na preocupação metodológica, que percorre todo seu trabalho, como forma de luta contra as claudicantes, porém arrogantes e triunfais certezas de que se municia a psiquiatria de sua época, relativizando justamente onde já se acredita ter alcançado o absoluto (Serpa, 1992, p. 130).

A análise de Bercherie sobre a história e a estrutura do saber psiquiátrico se encerra com um panorama da psiquiatria francesa do entreguerras e ele julga assim já ter percorrido todo o caminho que importa à constituição deste campo da clínica.

A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO PSIQUIÁTRICO NESTE FINAL DE SÉCULO:

A REMEDICALIZAÇÃO DA PSIQUIATRIA

Darei agora um salto no tempo e chegarei até nossos dias para focalizar o que está se chamando a "Remedicalização da Psiquiatria", um caminho retomado pelos psiquiatras americanos a partir dos anos 70 e que parece prometer que a psiquiatria cumpra por fim seu objetivo de tornar-se uma especialidade médica (Serpa, 1993). Para ilustrar essa afirmação, tomo inicialmente Detre (1987) quando faz algumas considerações sobre os rumos da psiquiatria nos últimos cinquenta anos. Ele diz que no fim da década de trinta descobriu-se que a psicologia e as ciências sociais contribuíam mais do que a neurologia para o entendimento de pacientes psiquiátricos. Contudo, a decisão de apartar-se da neurologia resulta no estabelecimento de uma especialidade médica - a psiquiatria - sem laços diretos com algum órgão ou sistema. Houve com isto uma mudança de orientação que derivou para a neurologia os pacientes epiléticos, dementes e deficientes mentais ficando a atenção dos psiquiatras voltada para o que ele chama "infelicidade existencial", aumentando progressivamente a ênfase nos tratamentos psicoterápicos e nos enfoques sociológicos da gênese dos problemas mentais. Esta linha conhece seu ápice nos anos 60 e declina em direção à remedicalização durante a década de 70, quando se inicia uma reaproximação com a neurologia. Em sua argumentação Detre afirma que hoje não é mais possível sustentar uma separação entre cérebro e mente após as evidências trazidas pelas novas conquistas científicas.

Pasnau (1987) esclarece que a remodelização da psiquiatria significa um refocalização dos avanços científicos na neurobiologia e neurociência, no que eles afetam o diagnóstico e o tratamento de pacientes. Estes avanços dizem respeito a técnicas de imagem que incluem mapeamento da atividade elétrica do cérebro, tomografia por emissão de positrons e ressonância magnética. Ele argumenta que a aplicação destas técnicas a pacientes com esquizofrenia, depressão e doença de Alzheimer, por exemplo, indica que os padrões do metabolismo cerebral variam entre estes grupos diagnósticos. Pardes (1986) dá ênfase também aos avanços das técnicas de imagem, aos estudos de genética molecular. Este último autor cita no artigo em questão os estudos de E. Kandel que, enfatizando a estreita relação entre cérebro e meio ambiente, concluem que eventos comportamentais (tais como estimulação sensorial e aprendizagem) têm profundas conseqüências biológicas, causando mudanças nos terminais sinápticos, e que isto torna insustentável a afirmação de que algumas doenças afetam a mente, produzindo mudanças biológicas no cérebro, enquanto outras não. Sendo assim, todos os processos mentais são biológicos e qualquer alteração nestes processos é orgânica. Kandel sustenta que neste sentido a fronteira entre o biológico e o comportamental é artificial e que esta barreira resulta de uma lacuna ainda existente em nosso conhecimento.

Naturalmente são diversos os pontos de vista sobre a doença mental, mas como observa Serpa (1992),

...a realidade é que se destaca cada vez mais uma psiquiatria produzida dentro de um modelo médico, com investigações acerca de etiologia, patogênese, epidemiologia, terapêutica das diversas desordens mentais. Nesse quadro se torna cada vez mais enfatizada a necessidade de diagnósticos acurados, fidedignos e válidos, o que suscitou um interesse renovado pela discussão nosológica em psiquiatria (Serpa, 1992, p. 135).

Com o sentido de promover maior concordância nos diagnósticos e servir assim como referência às pesquisas em psiquiatria, foi publicada em 1980, pela Associação Psiquiátrica Americana, a terceira edição do Manual de Diagnóstico e Estatística (DSM III), posteriormente revisto e novamente publicado em 1987 (DSM III-R) e, a partir de 1994, já se conta com sua última versão, o DSM - IV. Este manual, que se propõe "ateórico", pretende realizar uma descrição exaustiva dos distúrbios mentais, atendo-se basicamente às manifestações sintomáticas destes. A classificação dos distúrbios é feita a partir da avaliação diagnóstica discriminada em cinco eixos (avaliação multi-axial). No eixo I estão as síndromes clínicas; no eixo II, os distúrbios do desenvolvimento e da personalidade; no eixo III, os distúrbios e condições físicas; no eixo IV, a gravidade dos estressores psicossociais e no eixo V, a avaliação global do funcionamento.

Esta pequena referência ao DSM tem seu lugar aqui em decorrência da grande difusão deste - de seus critérios diagnósticos - em nosso meio, tendo se tornado obrigatório, para a última geração de psiquiatras, o seu conhecimento.

BREVES NOTAS SOBRE A CONSTITUIÇÃO DA PSICANALISE

Em seu "Estudo autobiográfico" Freud justifica sua escolha pelo curso médico como tendo sido determinada por uma "espécie de curiosidade que era, contudo, dirigida mais para as preocupações humanas do que para os objetos naturais" (Freud, 1976-c p. 18).

Mesmo assim foi num laboratório de fisiologia, sob a orientação de Brücke, que Freud encontrou lugar durante os estudos universitários, tendo permanecido neste instituto entre os anos de 1876 e 1882, quando já havia se tornado médico. Após desligar-se de Brücke ingressou no Hospital Geral e se interessou pelo estudo da anatomia cerebral passando a trabalhar com Meynert. Foi nesta época, também, que Freud iniciou sua atuação clínica junto às "doenças nervosas". Em seu horizonte despontava Charcot e no ano de 1885, tendo recebido uma bolsa de estudos, partiu para a França para travar conhecimento com o mestre da Salpêtrière.

Desde 1882 Charcot havia se interessado pela histeria e pelo hipnotismo, redimensionando com suas formulações o conceito de neurose. Suas aulas na clínica eram um acontecimento importante e Freud ficou bastante impressionado com o que presenciou em Paris. Charcot sustentava que as manifestações histéricas não eram simulações e obedeciam a leis podendo-se encontrar regularidade nos sintomas histéricos. Ele suspeitou que muitas paralisias pós-traumáticas eram de natureza histérica e demonstrou ser possível

provocar paralisias do mesmo tipo pela sugestão de um trauma sob hipnose. Estas observações levaram-no à conclusão de que influências traumáticas poderiam concorrer na produção de sintomas histéricos.

Vou retroceder um pouco apenas para situar que o contato de Freud com o hipnotismo foi anterior à sua ida à França. Na ocasião de sua partida ele já conhecia o caso que seu amigo Breuer tratara com sucesso, utilizando a hipnose. A paciente, uma moça que ficou conhecida por Anna O., apresentava um quadro caracterizado por paralisias, contraturas e confusão mental. O tratamento empreendido por Breuer consistiu em levá-la a um estado de hipnose profunda e solicitar que ela comunicasse a seu médico o que lhe ocorresse à mente. Daí pôde depreender que os sintomas de Anna O. relacionavam-se ao período em que ela cuidara do pai enfermo e estes puderam ser suprimidos após a paciente ter empreendido um trabalho de recordação das "situações traumáticas" sob a ação da hipnose.

Quando em 1886 Freud retornou de seus estudos com Charcot seu interesse pela hipnose só fez crescer. Nos anos seguintes ele debruçou-se sobre a experiência de Breuer aplicando-a a seus clientes, e os resultados teóricos de tais empreendimentos culminaram com a publicação da "Comunicação Preliminar" em 1893 e dos "Estudos sobre a Histeria" em 1895, ambos em parceria com Breuer.

Segundo Freud a teorização de suas descobertas levaram-no, juntamente com Breuer, a afirmar na ocasião:

...os sintomas histéricos surgiam quando o afeto era impedido pela força de ser conscientemente elaborado de maneira normal, e era assim desviado para um caminho errado. Nos casos de histeria, segundo essa teoria, o afeto passava para uma inervação somática fora do comum ("conversão") mas se lhe podia dar uma outra direção e ver-se livre dele ("ab-reagido") se a experiência fosse revivida sob hipnose. Os autores davam a esse procedimento o nome de "catarse" (purgar, liberar um afeto estrangulado) (Freud, 1976-b p. 243).

A parceria destes dois amigos estaria fadada a acabar. Freud entrevia pouco a pouco a importância da sexualidade na etiologia das neuroses, o que foi veementemente negado por Breuer, que se afastou, fazendo com que o primeiro seguisse sozinho o caminho que viria a transformar o método catártico em psicanálise.

Partindo da catarse Freud iniciou uma série de mudanças técnicas na abordagem do paciente neurótico. Ao abandonar o hipnotismo lembrou de Bernheim, a quem conhecera em 1889, que afirmava que o paciente era capaz de evocar sob insistência as lembranças que lhe haviam ocorrido em estado sonambúlico.

Meus pacientes, refleti, devem de fato "saber" todas as coisas que até então só tinham tornado acessíveis a eles na hipnose; e garantias e encorajamento de minha parte, auxiliados talvez pelo toque de minha mão, teriam, pensei, o poder de forçar os fatos e ligações esquecidos na consciência. (Freud, 1976-c p. 41).

O passo seguinte levou à associação livre. Com o mesmo intuito de fazer retornarem lembranças esquecidas pelo paciente, Freud lança mão de um expediente que viria firmar-se no futuro. Ele passou a pedir aos clientes que assumissem o compromisso de comunicá-lo sobre todas as idéias que lhes viessem a mente, sem qualquer censura. Freud justificaria mais tarde seu pedido, dizendo que este vinculava-se à

...expectativa de que a chamada associação livre mostrasse de fato não ser livre, porquanto após suprimidos todos os propósitos intelectuais conscientes, as idéias que emergissem pareciam ser determinadas pelo material inconsciente. (Freud, 1976-b, p. 244).

Assim, valendo-se da regra fundamental da psicanálise enunciada em seu pedido para que os pacientes falassem livremente, pôde observar a associação livre, que trazia à tona um rico material disposto agora à interpretação do médico.

Um caminho havia sido percorrido e uma mudança importante tinha sido operada.

...de volta a Viena, Freud separou-se progressivamente da clínica dominada pela função do olhar, pelo culto do quadro e pelo da aula; instaurou uma nova prática, fundamentada na primazia da escuta e do relato. Ao término dessa dupla inversão, na qual a histérica teve um lugar central, a noção de inconsciente emergiu e a psicanálise veio à luz: o médico renunciou ao ver e ao tocar, distanciando-se dos dois termos que selavam a existência da clínica no século XIX; ao mesmo tempo, a fala mudou de campo: o estudioso calou-se, guardando seus comentários para si; retraiu-se no silêncio, deixando ao enfermo o cuidado de curar a si mesmo. Com a entrada em cena da "orelha freudiana", o paciente passou a ocupar o lugar outrora reservado ao médico; tornou-se criador, relator e romancista, inventando um discurso e fabricando seu caso. (Roudinesco, 1989, p. 34).

Freud (1976-a) atribui as modificações que tornaram possíveis as transformações do método catártico em psicanálise ao reconhecimento de alguns fatores de capital importância. São eles a elaboração da teoria do recalque (2) e resistência, o reconhecimento da sexualidade infantil e a interpretação e exploração de

NOTA 2: O termo recalque tem sido considerado mais apropriado do que o termo repressão, utilizado na tradução da ESB, para designar a teoria proposta por Freud. Garcia-Roza nos mostra como, na verdade, estes termos não são sinônimos e marca diferenças entre eles. O recalque incide sobre o representante ideativo da pulsão. O outro representante psíquico da pulsão - o afeto - não pode ser recalqueado não existindo afetos inconscientes. Estes últimos podem, isto sim, ser suprimidos (ou reprimidos). "O que pode tornar-se inconsciente é a idéia à qual o afeto estava ligado, podendo este último ser deslocado para outra idéia" (Garcia-Roza, 1984, p. 154).

sonhos como fonte de conhecimento do inconsciente. Vou abordá-los separadamente. Remetendo-se ao processo de rememoração de lembranças patogênicas Freud deparou-se com a evidência de que neste processo intervinham constantemente resistências intensas que dificultavam o propósito de tratamento. A reflexão sobre estes fenômenos levaram-no à formulação da teoria do recalque.

Uma consideração dos fenômenos da resistência conduziu-nos a uma das pedras angulares da teoria psicanalítica das neuroses - a teoria do recalque. Era plausível supor que as mesmas forças, agora então em luta contra o material patogênico a ser tornado consciente, haviam realizado em época anterior, com sucesso, os mesmos esforços. Preenchia-se, assim, uma lacuna na etiologia dos sintomas neuróticos. As impressões e impulsos mentais, para os quais os sintomas estavam agora servindo de substitutos não tinham sido esquecidos sem razão [...] através da influência de outros impulsos mentais tinham se defrontado com um recalque cujo sucesso e prova eram precisamente estarem eles barrados à consciência e excluídos da memória. Apenas em consequência desse recalque é que eles se haviam tornado patogênicos, isto é, haviam tido êxito em manifestar-se ao longo de caminhos fora do comum, tais como os sintomas. (Freud, 1976-b, p.245).

O reconhecimento da sexualidade infantil impôs-se a Freud no decorrer do tratamento de seus pacientes. Se inicialmente ele esperava remontar o despertar da sexualidade à puberdade, o material apresentado deslocava-se contudo para idades mais precoces. Agora era mister reconhecer não só a importância da sexualidade, como também da sexualidade infantil. A estas constatações somava-se a percepção, cada vez mais clara, de que os traumas referidos pelos pacientes como responsáveis pelos sintomas atuais eram ficcionais, produtos de suas fantasias, o que vinha a evidenciar que a realidade de que falava não era a realidade material, mas uma realidade psíquica. As fantasias em questão cumpriam o papel de encobrir a

atividade sexual infantil.

A aplicação da técnica da associação livre à análise dos sonhos veio revolucionar a psicanálise. Esta abordagem permitiu provar que os sonhos tinham um sentido e que de sua interpretação podiam-se depreender processos inconscientes. O sonho relembado surgia como um "conteúdo onírico manifesto", produto de uma "censura onírica" sobre os "pensamentos oníricos latentes" que surgiam durante a interpretação. (Freud, 1976-b, p.248.) As elaborações de Freud em torno dos sonhos o levaram a afirmar que, ao contrário do que se já havia pensado, os sonhos tinham sentido e mais, que eram realizações de desejos.

O trabalho realizado em "A Interpretação dos Sonhos" (1900) é de capital importância por suas elaborações sobre o aparelho psíquico e pelas conseqüências que estas trariam, diferenciando radicalmente a psicanálise de uma psicologia da consciência. Para Garcia-Roza:

Freud não nos fala de uma consciência que não se mostra, mas de outra coisa inteiramente distinta. Fala-nos de um sistema psíquico - o Inc - que se contrapõe a outro sistema psíquico - o Pcs/Cs - que é em parte inconsciente (adjetivamente) mas que não é o Inconsciente. Essa distinção tópica que é colocada no capítulo VII de "A Interpretação dos Sonhos" é a marca essencial do inconsciente freudiano e ao mesmo tempo o que a torna irredutível a qualquer "psicologia profunda" (Garcia-Roza, 1984, p. 170).

Como foi visto acima, Freud situou a emergência da psicanálise em torno do reconhecimento do recalque, da sexualidade infantil e da exploração dos sonhos como fonte de conhecimento do inconsciente. Estas afirmações nos remetem a Bercherie (1988) quando este sustenta que os conceitos de inconsciente, recalque, processo

primário e a teoria da sexualidade constituem os conceitos nodais do que ele chamou o primeiro modelo metapsicológico da psicanálise. Este autor localiza a emergência do registro metapsicológico a partir de duas renúncias no pensamento freudiano: a primeira delas diz respeito à desistência de Freud de construir com o "Projeto para uma Psicologia Científica" uma transcrição neuropsicológica para suas primeiras descobertas⁽³⁾. A segunda renúncia relaciona-se ao fato de Freud ter perdido a convicção em sua teoria da sedução, com a qual julgara dispor de uma determinação clara para a etiologia das neuroses, explicitada na sua afirmativa de não poder mais acreditar em sua "neurótica"⁽⁴⁾, como ele declara em carta a Fliess no ano de 1897.

Isto não impede que estas duas renúncias marquem uma ruptura real: pode-se dizer que a primeira representa o fracasso de uma integração ideal no seio da ciência médica, mas que abre o espaço que cobrirá o edifício metapsicológico - enquanto a segunda, através da perda de uma fórmula teórica e etiopatogênica perfeita, comandará até o fim a busca freudiana no impossível esforço de suturar a fenda assim engendrada. (Bercherie, 1988, p. 19 - Minha tradução) ⁽⁵⁾.

NOTA 3: No ano de 1895, Freud enviou a Fliess o manuscrito "Projeto para uma Psicologia Científica". Contudo, dois meses mais tarde em uma nova carta, Freud pede a Fliess que desconsidere as idéias contidas naquele trabalho chegando a afirmar que não podia compreender o estado de espírito em que se encontrava quando concebera tal psicologia (cf Bercherie, 1988)

NOTA 4: Em Carta à Fliess em setembro de 1897, Freud declara: "É necessário que eu te confie imediatamente, o grande segredo que, no curso dos últimos meses se revelou lentamente. Eu não creio mais em minha *Neurótica*" (Il faut que je te confie tout de suite le grand secret qui, au cours de ces derniers mois, s'est lentement révélé. Je ne crois plus à ma *Neurotica*) (Freud apud Bercherie, 1988, p. 18)

NOTA 5: "Il n'empêche que ces deux renoncements marquent une réelle rupture: on peut dire que le premier représente l'échec d'une idéale intégration au giron de la science médicale, mais qu'il ouvre l'espace que couvrira l'édifice métapsychologique - tandis que le second, au travers de la perte d'une formule théorique et étiopathogénique parfaite, commandera jusqu'à son terme la quête freudienne, dans l'impossible effort de suturer la béance ainsi engendrée"

Bercherie (1988) ressalta que o "Projeto" situa-se no início da elaboração por Freud de um primeiro modelo do funcionamento mental, ainda bastante marcado pelos princípios doutrinários do positivismo psicológico alemão, cujas principais concepções se fazem presentes aqui. São elas: o associacionismo, o psicofisiologismo, as doutrinas espiritualistas e a referência evolucionista.

Este primeiro modelo, cuja constituição Bercherie situa entre os anos de 1895/1900 e que contém em seu bojo a virada propriamente metapsicológica, em torno dos anos 1896/1897, tinha como principais características: a emergência da idéia de um lugar psíquico, com a descrição dos sistemas inconsciente/pré-consciente; o reconhecimento da identidade fundamental entre os processos normais e patológicos, caracterizando a renúncia à "neurótica"; a introdução do conceito de recalque que vem instalar o inconsciente dinâmico (o recaiado) no centro do psiquismo humano e, por último, o surgimento da idéia de que as formações sintomáticas seriam realizações de desejos inconscientes, representando a atividade sexual do doente.

As referências clínicas essenciais deste primeiro modelo residem no sonho e na histeria, esta última vindo a se constituir a "língua fundamental" da neurose.

Uma mutação importante no campo freudiano se processou a partir da correspondência com Jung realizada entre os anos 1907/1909. O campo clínico das psicoses despertou a atenção de Freud, e de suas reflexões surgiu um novo modelo metapsicológico transcrito nos textos "Formulações sobre os Dois Princípios do Funcionamento Mental" e nas observações sobre o caso do Presidente

Schreber, ambos de 1911.

Neste novo modelo predomina a oposição dos dois registros do funcionamento mental: de um lado teria-se uma adaptação ao real, que Freud denomina aloplastia e, de outro, uma fuga patogênica para um mundo interior de sonho e fantasias - a autoplastia.

O segundo modelo se constitui principalmente em torno do conceito chave de narcisismo primário e do campo clínico da psicose. Bercherie assinala que este se faz acompanhar por uma mudança na teoria da técnica analítica onde o conceito de transferência passa a ocupar um lugar de central importância. Freud já reconhecia anteriormente que a relação do paciente com o terapeuta era o motor fundamental do tratamento analítico mas, no início, colocava ênfase no acesso à consciência e na passagem do recalado ao controle do processo secundário, reduzindo assim o estatuto da transferência a um artefato de rememoração. Nos textos sobre a técnica, escritos entre 1910 e 1915, uma mudança pode ser observada.

A transferência torna-se assim, o eixo essencial, o próprio campo do tratamento... ao mesmo tempo a fonte da qual emerge concretamente a organização neurótica - como reinvestimento libidinal regressivo de formações fantasmáticas inconscientes - a transferência representa a sua atualização e o instrumento, a alavanca de sua desconstrução analítica (Bercherie, 1988, p. 47 - Minha tradução)⁽⁶⁾.

A teorização freudiana já a partir deste segundo modelo se caracterizou por uma superposição de conceitos e modelos poden-

NOTA 6: "Le transfert devient ainsi l'axe essentiel, le champ même de la cure... à la fois le foyer ou émerge concrètement l'organisation névrotique...: -comme reinvestissement libidinal regressif des formations fantasmatiques inconsciente- le transfert en représente l'actualisation et l'instrument, le levier de sa déconstruction analytique"

do-se considerar que a problemática do narcisismo originou o movimento que culminaria mais tarde na elaboração da segunda tópica.

Bercherie identifica ainda mais outros dois modelos na conceitualização metapsicológica freudiana, que emergiram lentamente entre 1912 e 1926. O autor destaca que foram de capital importância para as elaborações freudianas daquele momento o material clínico provindo tanto dos relatos de caso do pequeno Hans quanto do acompanhamento ao "Homem dos Ratos", publicados em 1909. As análises desses casos impulsionaram Freud a pensar a questão teórica do complexo de Edipo como complexo nuclear das neuroses, e também refletir sobre a questão da ambivalência, diretamente ligada ao complexo paterno.

O terceiro modelo metapsicológico pode ser reconhecido a partir dos textos sobre a "Metapsicologia" (1915) - notadamente em "Pulsões e seus Destinos" (1915) mas é somente em "Além do Princípio do Prazer" (1920) e no "Ego e o Id" (1923), através da introdução formal da segunda tópica que se pode ver caracterizada uma virada conceitual no pensamento freudiano com a elaboração de um novo modelo pulsional. Este terceiro modelo, que gira em torno dos conceitos de pulsão de morte e dos mecanismos introjetivos da instância ideal (superego) tem como referência clínica a melancolia.

Bercherie ressalta que a elaboração do terceiro modelo ocorreu durante um momento de pessimismo no pensamento freudiano, relacionado ao período da Primeira Guerra Mundial, vivida por Freud como "um traumatismo ético" (Bercherie, 1988, p.58). Esta visão de mundo catastrófica foi revista mais tarde por Freud ao elaborar seu quarto modelo metapsicológico, que tem como texto de

referência "Inibição, Sintoma e Angústia" (1925). Apesar de retomar os termos e os conceitos da segunda tópica, estruturados no modelo anterior, este quarto e último modelo metapsicológico imprime uma imagem bastante diferente do psiquismo e vai girar em torno dos conceitos de adaptação à realidade e dos mecanismos de defesa do ego, encontrando sua referência clínica na neurose obsessiva.

Como foi exposto, Bercherie discriminou quatro diferentes modelos teóricos elaborados ao longo do percurso freudiano. Ele observa que Freud manejou alternativamente estes modelos, os quais, aliás, ele nunca chegou a distinguir claramente em seu pensamento - sem nunca abandonar propriamente um por outro. O autor afirma que se examinarmos o campo atual da psicanálise daremos conta da existência de quatro correntes fundamentais que, embora conheçam e utilizem o conjunto dos textos freudianos, se estruturam basicamente em torno de um destes modelos metapsicológicos. São elas: a corrente lacaniana que encontrou sua fonte no primeiro modelo, ao restituir ao inconsciente o *status* de "polo dominante da subjetividade"; uma outra corrente, onde se destacam Balint e também Winnicott, pareceu ao autor ligar-se ao segundo modelo metapsicológico; a escola Kleiniana retomou os conceitos-chaves de pulsão de morte e dialética dos objetos internos, estruturantes do terceiro modelo e, por fim, o quarto modelo pode ser considerado como fonte da psicologia do ego através ao livro de Anna Freud, *O Ego e os Mecanismos de Defesa*.

Para Bercherie, Freud, ao trabalhar com uma superposição de modelos diferentes, pôde manter um referencial muito mais amplo

e rico, se comparado aos modelos; por demais sintéticos, das correntes pós-freudianas. Este autor analisa ainda a questão do estatuto da teorização na obra freudiana (Bercherie, 1988, p. 27), observando que o lugar primordial ocupado pela clínica para Freud viria de alguma maneira explicar a inexistência de uma síntese na teoria freudiana. Para Bercherie:

Freud nunca considerou a teoria mais do que como uma 'ferramenta'; igualmente não é necessário surpreender-se por não vê-lo atento à dimensão sintética da teorização. O que contava para ele não era construir um belo modelo totalizante, feito impecavelmente, mas de trazer à luz a maior quantidade possível de materiais empíricos, de achados concretos, mesmo que no momento fosse impossível coordená-los além de um nível de síntese regional e parcial (Bercherie, 1984, p. 84 - Minha tradução)⁽⁷⁾.

Bercherie é enfático ao sublinhar que a teoria foi sempre para Freud, um instrumento a serviço da clínica:

Tábua de orientação para a prática, quadro de integração para os materiais dos quais resulta, a metapsicologia, tão preciosa quanto indispensável ela seja, só se desenvolverá sobre o que constitui o coração do objeto do saber psicanalítico: a clínica, quer dizer, o real (Bercherie, 1988, p. 31 - Minha tradução)⁽⁸⁾.

Ao acompanhar o percurso freudiano torna-se possível observar que a psicanálise se constituiu como um saber que rompeu com os paradigmas de conhecimento existentes até então. A ciência médica

NOTA 7: "Freud n'a jamais considéré la théorie autrement que comme un *outil* aussi ne faut-il pas s'étonner de ne pas le trouver très regardant sur la dimension synthétique dans la théorisation. Ce qui comptait pour lui, ce n'était pas de construire un beau modèle totalisant "tiré au cordeau", mais de mettre à jour la plus grande quantité possible de matériaux empiriques, de trouvailles concrètes; tant pis s'il était pour l'instant impossible de les coordonner au-delà d'un niveau de synthèse régional et partiel."

NOTA 8: "Table d'orientation pour la pratique, cadre d'intégration pour les matériaux qui en sont issus, la métapsychologie, aussi précieuse et indispensable soit-elle, ne saurait prendre le pas sur ce qui constitue le cœur du savoir psychanalytique: la clinique, c'est-à-dire le réel".

do século XIX e seus objetos naturais não atraíam Freud. Mesmo assim ele tornou-se médico e, colocado neste campo, soube romper com ele, dando um destino extraordinário às suas legítimas preocupações humanas.

OS DISPOSITIVOS ASSISTENCIAIS DO POS-GUERRA

Encerrando com Bercherie a análise da constituição do saber psiquiátrico tenho claro que deixei de fora as contribuições de alguns autores à psiquiatria do século XX, como por exemplo Henry-Ey, uma referência freqüente em nosso meio. Contudo antes de terminar o panorama tenho ainda a contar a história de alguns dispositivos institucionais surgidos a partir do fim da Segunda Guerra Mundial. Experiências passadas na Inglaterra, França, Itália e Estados Unidos que de alguma forma influenciaram a formação do psiquiatra atual.

Silva Filho (1979) diz que ao fim do século XIX a medicina, com as conquistas na área bacteriológica, dirige seu olhar às práticas terapêutico-curativas retraindo sua intervenção no espaço social. Seguirá assim até o fim da Segunda Guerra quando o conhecimento médico - e sua racionalidade terapêutico-curativa - passa a ser criticado e dele é exigido novamente que atue de forma mais ampla na sociedade. É criada a Organização Mundial de Saúde (OMS) que tem por objetivo a promoção da saúde tomada agora como um estado de completo bem estar físico, mental e social.

Recorri a Pitta Hoisel (1984) para me situar mais precisamente. A autora nos lembra que a Segunda Guerra, que ao longo dos anos matou quarenta milhões de cidadãos, tornou necessária, durante o seu curso, a arregimentação de muitas pessoas antes incapazes para tomarem os lugares dos que estavam na frente de batalha. Esta reabsorção veio colocar em xeque, terminado o conflito, a classificação de loucos e não loucos. Por outro lado o completo desamparo

a que foram relegados os doentes mentais durante a guerra - só na França morreram quarenta mil internos em hospitais psiquiátricos - detonou a necessidade de humanização dos cuidados ao louco. Alia-se a isto o fato de que a carência de mão-de-obra para a reconstrução do continente fez com que se lançassem os olhares à recuperação daqueles incapazes.

O contexto europeu de pós-guerra era, em síntese, de prementes necessidades materiais, de questionamentos de valores de toda ordem, de perplexidade e dúvidas, mas também de fortes expectativas e anseios libertários e de igualdade social. É dentro dele que emerge "a saúde como um direito de todos e um dever do Estado" (Pitta-Hoisel, 1984, p. 6).

E neste contexto que serão iniciadas reformas nas instituições psiquiátricas.

Acrescento ainda que também a síntese da penicilina na década de 40 trouxe novas perspectivas aos doentes acometidos de sífilis que poderiam ter seus destinos ligados à paralisia geral e ao hospital psiquiátrico. A década de 50 é ainda mais rica em novidades no campo do tratamento medicamentoso, sendo o início do uso da clorpromazina, marco que não podemos desconhecer pois a utilização de neurolépticos em larga escala mudou consideravelmente o perfil dos doentes psiquiátricos. De valor inegável, a pesquisa de novas drogas e de substâncias envolvidas na transmissão dos impulsos neuronais inclui-se numa perspectiva bastante própria da psiquiatria de nossa atualidade.

A Inglaterra

Este apanhado dos acontecimentos na Inglaterra será baseado em Pitta-Hoisel. Segundo esta autora, a expressão "comunidade terapêutica" foi utilizada pela primeira vez por T. Main para caracterizar um trabalho desenvolvido em um hospital em Birmingham. Depois, foi reutilizada por M. Jones para referir-se às experiências de condução de tratamentos psiquiátricos que preconizam uma relação mais estreita entre a sociedade e o hospital psiquiátrico. Em 1959, certamente sob a influência destas experiências anteriores, é promulgado o "Mental Health Act" que traz consigo novidades definitivas para a questão dos direitos do enfermo psiquiátrico. Em primeiro lugar elimina as bases legais das internações psiquiátricas compulsórias. Além disso, garante cuidados psiquiátricos em hospitais gerais e dá aos doentes autonomia para que entrem e saiam dos hospitais segundo suas decisões, tornando muito mais rígido o controle das internações não voluntárias. Por último, preconiza que os cuidados sejam prestados por equipes multiprofissionais. Pode-se dizer que as transformações da prática psiquiátrica, recomendadas pela lei, se deram de forma lenta mas eficaz.

E também na Inglaterra que se deu o questionamento dos conceitos de saúde e de doença, e a concomitante valorização de determinantes sócio-políticos na gênese das doenças mentais, o que vem provocar uma desestabilização dos critérios médico-psiquiátricos vigentes então. É a anti-psiquiatria que em seu questionamento coloca em xeque não só a instituição psiquiátrica como também a família, a escola e a psicanálise, propondo uma nova ordem social.

Pitta-Hoisel chama a atenção para o fato de que mesmo submetida a críticas externas e de seus próprios preconizadores a anti-psiquiatria constituiu um importante esforço contra a marginalização e institucionalização dos doentes mentais.

A França

Abordarei o contexto francês a partir da Segunda Guerra, separando dois tópicos. Inicialmente tomarei a constituição da psiquiatria de setor e seu estabelecimento como política de saúde mental na França, para em seguida reservar algumas palavras ao movimento da Psicoterapia Institucional que, emergindo neste contexto de reformas, caminha para a elaboração de um corpo teórico-clínico bastante particular.

A Psiquiatria de Setor

A reforma na assistência psiquiátrica na França é preconizada em dois encontros nacionais entre profissionais da área, realizados em 1945 e 1947. Neste contexto ganha força um movimento que exige a transformação do modelo asilar existente, com a humanização deste espaço para torná-lo um instrumento terapêutico e a implantação de um sistema alternativo ao hospital psiquiátrico e à internação que enfatize a realização de trabalhos em espaços extra-hospitalares e comunitários. Assim nasce a psiquiatria de setor. Este movimento cresce e pode-se relacionar a ele o aparecimento em 1960 de uma circular ministerial que organiza a política de assistência à doença mental na França. Desde então o território na-

cional passa a ser dividido em áreas geográficas com cerca de 70.000 habitantes (setores) que devem contar com estruturas psiquiátricas diversas - ambulatórios, hospitais-dia, dispensários - articulados a um hospital psiquiátrico, garantindo ao paciente cuidados permanentes de assistência. O objetivo de deslocar a atenção prestada prioritariamente no manicômio para novos espaços extra-hospitalares vem se cumprindo de maneira desigual nas diferentes áreas e a psiquiatria de setor subsiste ainda ligada a inúmeros problemas que nos abstermos de discutir.

A Psicoterapia Institucional

Em 1940, Tosqueles, um psiquiatra catalão, chega ao hospital de Saint Alban, na França, e inicia ali um trabalho que, ligado às questões mais imediatas de sobrevivência dos doentes durante a guerra, inova a assistência ao paciente psicótico articulando "uma psiquiatria ousada com a ideologia marxista" (Pitta-Hoisel, 1984, p. 260). A este movimento, que continua a se desenvolver no contexto das reformas psiquiátricas do pós-guerra, virá mais tarde a se incorporar a contribuição da psicanálise. Para Castel, (1980) "tinha início um importante trabalho teórico e prático no sentido de adaptar sem traí-la, a herança de Freud revisto por Lacan, às condições singulares da vida hospitalar." (Castel, 1980, p. 257).

A influência do trabalho realizado em Saint Alban estendeu-se pelo país originando várias experiências, muitas fracassadas, mas com pelo menos um grande êxito: o trabalho desenvolvido na clínica de La Borde, uma experiência privada iniciada em 1953, que

sistematizou e disseminou o projeto da psicoterapia institucional levando Castel a reconhecer que "incontestavelmente, o pensamento psiquiátrico e psicanalítico francês contemporâneo deve muito ao que se fez, pensou e sonhou em La Borde." (Castel, 1980, p. 258).

Segundo Goldberg (1994) a psicoterapia institucional praticada em La Borde não pode ser facilmente reportada a um ou outro recorte teórico preciso mas, valendo-se de várias experiências psiquiátricas que questionam os modelos de hospital psiquiátrico, prioriza a prática como a "instância terapêutica por excelência no interior das instituições psiquiátricas" (Goldberg, 1994, p. 66). É certo que não falamos de uma prática ingênua, da mesma forma que ali não se concebe uma teoria dissociada desta.

Para darmos uma idéia do que estamos falando, recorreremos a Jean Oury, diretor da clínica de La Borde quando cita o exemplo dos lapidadores de pedras que em seu cotidiano vão construindo, enriquecendo suas ferramentas a cada nova situação encontrada. Para Oury (1987), no trabalho com o paciente psicótico, deve-se lançar mão de "ferramentas conceituais" necessárias à construção de uma teoria da psicose que venha a nortear a prática. Elementos que se entrelaçam pois, como diz Cavalcanti (1992), afinada com o pensamento de La Borde, é necessário a discussão "da importância de uma teoria para a psicose, norteadora de nossa prática e de como esta teoria, por sua vez, é elaborada a partir desta mesma prática" (Cavalcanti, *op. cit.*, p. 194).

A Itália

Pitta-Moisel (1984) chama a atenção para o fato de que o movimento de mudança no contexto psiquiátrico italiano se desenvolveu mais tarde do que na Inglaterra, França e E.U.A., iniciando-se somente na década de 60 quando psiquiatras italianos, após formarem-se no exterior retornam ao país.

O marco inicial da transformação italiana é a ida de Franco Basaglia para Gorizia em 1962, onde vai dirigir o hospital psiquiátrico público, contando na ocasião com 700 leitos. Ali implementa reformas que visam a humanização do manicômio, utilizando para isto os princípios das práticas das comunidades terapêuticas. Contudo, com este processo, a equipe envolvida na mudança objetiva desde cedo uma interferência radical nos mecanismos sociais tomados aqui como os responsáveis pela situação de exclusão social do doente mental. Ao cabo de seis anos a equipe entendeu que para que fosse possível a transformação efetiva da prática com o enfermo tornava-se necessária a desativação progressiva dos manicômios e a implantação de centros de atendimento externo. Porém este posicionamento encontrou resistência na administração e política locais e a equipe psiquiátrica demitiu-se em bloco, dando fim à experiência de Gorizia.

O processo de mudança era, contudo, irreversível. Em 1971, Basaglia parte para Trieste recebendo para dirigir um hospital psiquiátrico com 1.200 leitos - o San Giovanni - iniciando ali um movimento de transformação que terminará por promover a desativação daquele hospital.

Goldberg (1994) utiliza uma análise de Giovane Gallo, que divide em três fases o processo de "desinstitucionalização" ocorrido entre os anos de 1971 e 1981. A primeira fase (1971-1974) é vista como a da "reforma manicomial" quando o trabalho é voltado para a implementação de uma nova prática dentro do hospital psiquiátrico, trazendo como novidade atividades internas com pacientes e também abrindo um intercâmbio com a comunidade local através de passeios, visitas dos pacientes às suas casas, e com a promoção de eventos dentro do hospital abertos a toda a população.

Na segunda fase (1975-1978) são inaugurados os primeiros centros de saúde mental e começa o projeto de desativação do hospital. Marcando o início da terceira fase (1978-1981) em maio de 1978 é promulgada pelo Parlamento italiano a lei 180, que entre outras resoluções proíbe a construção de novos hospitais psiquiátricos e a internação de novos pacientes, estabelecendo a extinção gradual e progressiva dos manicômios existentes. Além disso abole o estatuto de periculosidade social do doente mental, das tutelas jurídicas e das internações compulsórias, tornando o paciente psiquiátrico senhor de seus direitos civis e sociais.

Os Centros de Saúde Mental que em 1980 já eram em número de sete, cobrindo todas as regiões administrativas de Trieste, funcionam hoje atendendo a uma população de cerca de quarenta mil habitantes cada um. Eles ficam abertos 24 horas por dia, prestando todo tipo de atendimento necessário ao doente psiquiátrico, e têm como retaguarda o pronto socorro psiquiátrico instalado no Hospital Geral.

No Hospital Psiquiátrico San Giovanni, que perdeu sua razão de ser após as mudanças, pode-se encontrar hoje um grande parque cercado os antigos pavilhões. Nestes últimos funcionam a direção do Centro de Saúde Mental de Trieste além de cooperativas, laboratórios da Universidade, e uma unidade de reabilitação entre outras atividades. Um pavilhão abriga ainda, em apartamentos, alguns ex-internados remanescentes do processo de desinstitucionalização.

As cooperativas acima citadas constituem junto com os ateliês, opções de trabalho para os usuários. Funcionando no antigo hospital e também fora dele, as cooperativas absorvem a clientela encaminhada pelos Centros de Saúde Mental, podendo também estar abertas ao restante da população. São muitas as opções de atividades: limpeza, agricultura, construção, gráfica, que vendem seus serviços e produtos à comunidade. Vê-se, portanto, que o esforço dos reformadores italianos teve resultados bastante positivos dentro do objetivo de proporcionar melhores condições de vida ao paciente psiquiátrico.

Este movimento ocorrido em Trieste e disseminado não só na Itália mas também no restante do mundo caracteriza-se por uma visão particular do doente psiquiátrico. Franco Rotelli, diretor dos serviços psiquiátricos de Trieste, embora enfatize que a "negação da instituição não é a negação da doença mental nem a negação da psiquiatria" (Rotelli, 1992, p. 44) é partidário de uma nova concepção para nortear a prática. Ele diz:

Desconstruir o manicômio significa bem mais que o simples desmantelamento de sua estrutura física; significa o desmantelamento de toda a trama de saberes e práticas constituídas em torno do objeto doença mental, com a consequente reconstrução da complexidade do fenômeno existencial-sofrimento, que implica a invenção de novas, e sempre novas, formas de lidar com os objetos complexos. (Rotelli, op.cit., p. 52).

Esta posição já recebeu críticas porém não tomarei o rumo desta discussão, considerando bastante aos objetivos do presente trabalho este rápido panorama das transformações institucionais na Itália.

Os E.U.A.

Seguirei Cavalcanti (1992) para constituir a análise do contexto americano. Segundo a autora, a grave situação da assistência psiquiátrica nos E.U.A. já vinha sendo denunciada desde 1930, mas é somente após a Segunda Guerra que serão iniciadas as tentativas de reversão do abandono a que estavam relegados os asilos.

O processo de institucionalização dos doentes mentais, nos E.U.A., crescerá assustadoramente a partir da segunda metade do século XIX, o que pode ser constatado pelas estatísticas: em 1860 havia 8.500 pacientes internados em hospitais psiquiátricos e menos de um século depois, em 1955, este número chegara a 558.000 doentes, submetidos a precárias condições de tratamento. Este quadro tornava premente mudanças que culminaram em 1963, com o lançamento pelo presidente Kennedy do Programa Nacional de Saúde Mental. Visando reduzir os gastos do Governo com a assistência psiquiátrica e respondendo às necessidades já apontadas de maior atenção ao doente psiquiátrico, o programa recomendava a construção de Centros Comunitários de Saúde Mental (CMHC) que viessem a desenvolver programas de prevenção da doença e de reabilitação para a reinserção social do paciente.

Os serviços em tais centros deviam cobrir os atendimentos de urgência, a hospitalização total e parcial, além de oferecer

cuidados ambulatoriais e supervisionar outros organismos sociais e de educação da população.

Castel critica esta política de saúde mental implementada nos E.U.A., afirmando que os principais interesses em jogo eram econômicos e políticos e objetivavam a redução dos custos com a assistência psiquiátrica. Denuncia ainda que o esvaziamento dos hospitais se deu de maneira desordenada, sem que a rede de serviços externos estivesse preparada para receber a população antes asilada. Com todos os incentivos oficiais à desospitalização, o número de doentes internados reduziu-se a 193.000 em 1975. Saberemos a que preço, se aliarmos a este dado outro igualmente impressionante: 14% dos doentes saídos dos hospitais estatais de Nova York veio a morrer nos vinte meses seguintes.

Evidentemente houve pontos positivos e não se pode negar que o tratamento em estruturas institucionais alternativas tem resultados surpreendentes. O que se está criticando basicamente é a maneira como se desenvolveu este processo, com certeza determinada por interesses outros que não a vontade de prestar a melhor assistência ao doente psiquiátrico.

O percurso histórico feito até aqui serve como base à circunscrição da noção de campo do saber psiquiátrico que será utilizada. Segundo Teixeira (1993) a disputa entre diferentes correntes, teorias e doutrinas sobre o psiquismo humano, marca a história da psiquiatria. Para este autor o campo de saber psiquiátrico é

composto por diferentes discursos que balizam práticas bastante diversas entre si. Assim sendo, pode-se ter como referência neste campo o modelo da psiquiatria biológica bem como aí encontrar-se forte influência do referencial psicanalítico, devido à grande penetração deste no meio psiquiátrico. O saber psiquiátrico se debruça sobre fenômenos que podem ser compreendidos tanto pelo enfoque das ciências naturais quanto por suas relações com outros planos como os "da cultura, do social, do comportamento e das relações e vivências humanas intersubjetivas" (Teixeira, 1993, p. 15). Teixeira (1993) destaca a loucura como um fenômeno paradigmático do campo do saber psiquiátrico e observa diferentes concepções acerca desta que podem ser encontradas neste campo. O discurso da psiquiatria biológica por exemplo pode tomar a loucura como uma doença orgânica. Esta é uma leitura possível, mas como já foi visto antes, esta visão tem data marcada de aparecimento e veio sobrepor-se a outras formas de entendimento da loucura ao longo da história da humanidade. Teixeira (1993) não questiona a legitimidade destas diferentes visões. Sua preocupação

...é destacar a idéia de que a loucura não é uma única coisa. Diferentes leituras vêm fazendo com que, no tempo, em variadas circunstâncias históricas e sociais adquirasse sentidos diversificados. Não pode, por conseguinte, ser pensada como um objeto natural, à maneira de um mineral ou órgão da anatomia humana (Teixeira, *op.cit.*, p. 17).

Em resumo, admitindo que o conhecimento psiquiátrico é um espaço de expressão de diferentes modelos conceituais, podemos definir o campo de saber psiquiátrico como

...um conjunto de aquisições teórico/técnicas composto por discursos provenientes da história natural com metodologia derivada das técnicas de investigações biológicas, e também por discursos organizados de forma diferen-

te, o que não os impede de organizarem-se como modelos de produção de conhecimento. É que esses discursos relacionam-se, influenciam-se reciprocamente, delimitando um campo vivo e dinâmico (Teixeira, *op.cit.*, p. 20).

Feitas estas considerações, sinto-me pronta para lançar os olhos sobre a formação teórico-clínica dos médicos-psiquiatras da rede pública municipalizada de Niterói.

S E G U N D A P A R T E

A REDE DE NITERÓI: UM CASO EXEMPLAR

Em documento recente sobre a reorientação da atenção à Saúde Mental do Município de Niterói a coordenação de Saúde Mental do Município observa:

...quanto às características de formação profissional não há hegemonia de orientações, porém predominam os analistas institucionais, os psiquiatras clínicos e os psicanalistas (Rocha e Santos, 1993, p. 10).

Isto diz pouco, o bastante porém para antever na diversidade de um campo fértil para meu questionamento pois, como já havia advertido inicialmente, meu interesse centra-se na investigação das diversas referências teóricas que balizam atualmente a prática psiquiátrica e as articulações possíveis decorrentes desta apreensão de conhecimentos, na prática clínica. Além disso, esta cidade por ter sua rede de saúde municipalizada proporciona algumas facilidades que permitem um recorte adequado à minha pesquisa. Assim, optei por eleger os psiquiatras da rede pública municipalizada de Niterói como objeto de investigação. São 42 profissionais que apesar de terem seus vínculos oriundos de diferentes órgãos públicos (INAMPS, INSS, Secretaria Estadual de Saúde, Fundação Municipal de Saúde da Prefeitura de Niterói) estão, em suas funções, subordinados a condições de trabalho gerenciadas por uma única fonte: a Coordenação de Saúde Mental da Fundação Municipal de Saúde. Fora deste recorte permanecem apenas os psiquiatras do Serviço de Psiquiatria da Universidade Federal Fluminense e das duas clínicas privadas conveniadas com a FMS.

A ANÁLISE DE DOCUMENTOS

A proposta de investigação presente nesta dissertação tornou inicialmente necessária a realização de uma análise de documentos que dizem respeito à especificidade do planejamento de saúde na rede de Niterói.

A Reorientação do Modelo de Saúde Mental

Em 1852 foi inaugurado no Rio de Janeiro o primeiro hospício do Brasil. Tinha capacidade para receber 350 doentes e um ano após sua abertura já estava com as vagas completas. Este foi o impulso inicial para que nos anos seguintes fossem abertas em todo o país diversas instituições destinadas a receber loucos. Durante um século, estes asilos constituíram praticamente o único tipo de assistência oferecida pelo Estado em termos de cuidado ao doente mental.

Resende (1986) atesta que cerca de um século depois, por volta de 1950, os hospitais públicos estavam superlotados, sem condições físicas e técnicas para atender a clientela, composta basicamente de indigentes. Ao contrário do que ocorria na Europa e nos E.U.A. desde o fim da Segunda Guerra, o Estado mantinha-se alheio às novas propostas de assistência no campo da saúde mental e somente nas décadas seguintes - 1960/1970 - têm início mudanças neste campo a partir de uma intervenção oficial.

Em 1972, o Ministério da Saúde emite um documento em que recomenda a diversificação e regionalização dos serviços e condena a prática voltada para a assistência centrada no grande hospital, propondo alternativas à hospitalização integral além de ações dirigidas aos egressos e aos crônicos, visando a reinserção social dos mesmos.

Esse discurso oficial não garantiria a implantação de mudanças imediatas, existindo empecilhos à sua concretização dentro da própria máquina governamental. O processo, contudo, avança: o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social lançam em 1980 e 1982, respectivamente, documentos que visam à reorientação da assistência psiquiátrica no país.

Tomarei inicialmente estes dois documentos oficiais acima citados, que serviram de base à política de saúde mental em todo o país, e prosseguirei centrando a atenção no desenrolar dos acontecimentos no Município de Niterói nos últimos 15 anos. Tentarei acompanhar os objetivos traçados nos documentos oficiais sobre saúde mental, destacando principalmente a atenção merecida pela questão da formação de recursos humanos.

O documento "Diretrizes para a Área de Saúde Mental" (Ministério da Saúde, 1980) tinha como objetivos a atingir:

- a. a substituição do modelo assistencial custodial por modelo mais abrangente;
- b. a ampliação do enfoque exclusivamente organicista para uma abordagem multicausal do transtorno mental;
- c. integração das ações de saúde mental às ações desenvolvidas na

rede de serviços de saúde, com a criação de unidades intermediárias entre a internação e o ambulatório tradicional;

- d. ênfase no tratamento extra-hospitalar;
- e. limitação do período de internação e promoção da reintegração familiar e social do doente;
- f. articulação dos sistemas formal e informal de cuidados de saúde;
- g. promoção de estudos epidemiológicos e pesquisas operacionais para nortear a prática assistencial;
- h. participação de vários segmentos da sociedade nas discussões, avaliação e operacionalização das mudanças requeridas.

Nestas diretrizes estão traçados os principais pontos que orientaram a política pública de saúde mental nos anos seguintes. O "Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária" (MPAS/CONASP, 1982) refere-se a uma reforma de base na assistência prestada tendo como fim a criação de formas de assistência alternativas ao internamento em manicômios, como vê-se a seguir:

O modelo asilar e custodial ainda tem prevalecido na prática, apesar dos avanços ocorridos nas áreas de psicoterapia e da farmacologia. Todos são unânimes em afirmar o seu caráter iatrogênico, com nenhuma possibilidade de contribuir para a superação do quadro nosológico gerado por condições tão adversas; pelo contrário, é agravador e perenizador da situação. A dramaticidade de que se reveste a assistência psiquiátrica com todo o estigma da loucura insta o CONASP a propor diretrizes que possam contribuir para uma abordagem da situação com a participação de todos os seus agentes e com a gradualidade e firmeza necessárias a um processo de mudança que não se pode postergar." (MPAS/CONASP, 1982, p.3)

Entre os princípios orientadores de um novo modelo assistencial estavam a prestação da assistência em ambiente predominantemente extra-hospitalar, com a indicação de internação integral

apenas quando estritamente necessário, a utilização de equipe multiprofissional e a inclusão da assistência numa estratégia de atenção primária de saúde, com regionalização/integração e hierarquização dos serviços.

Para a implantação deste modelo desejado foram feitas propostas que visavam a maior integração programática entre os órgãos federais, estaduais e municipais, tendo por fim a elaboração de programas de saúde mental adequados às diversas regiões. Paralelo a isto devia ser criada uma rede de recursos extra-hospitalares - hospitais-dia, hospitais-noite, ambulatórios, oficinas e pensões protegidas - e ser instituída uma atividade de supervisão técnica. Este documento refere-se ainda à necessidade do

"desenvolvimento de um programa intenso de capacitação e atualização de recursos humanos na área de Saúde Mental, voltado especialmente para a necessidade dos serviços próprios e públicos em geral, numa estratégia de integração docente-assistencial⁽¹⁾.(MPAS/CONASP, 1982, p.13)

O "Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária" foi elaborado a partir da necessidade de um aprofundamento das questões relativas à saúde mental, que não haviam

NOTA 1: O movimento de transformação da Saúde Mental no país continuou a se desenvolver na última década através das ações do Estado na área de saúde mental. As mudanças nesta área inseriram-se ainda na questão mais ampla da reforma sanitária. Por outro lado, os movimentos de profissionais de saúde mental surgidos neste período contribuíram com discussões e propostas para a orientação do novo modelo assistencial. Esse conjunto de fatores foi decisivo para a implantação gradual de formas alternativas de atenção ao paciente psiquiátrico na rede pública, tais como hospitais-dia, centros e núcleos de atenção psicossocial. Estas mudanças têm encontrado respaldo crescente nas novas legislações municipais, existindo ainda um projeto de mudança na legislação em nível nacional, deflagrado pelo Projeto de Lei nº 3657 de 1989, de autoria do Deputado Paulo Delgado (Venâncio, 1990 e Cavalcanti, 1992)

âmbito da Previdência Social", elaborado pelo CONASP também neste ano de 1982. Este plano, cujas diretrizes orientavam uma nova política de saúde em âmbito nacional, se concretizou através do Projeto Niterói. É necessário neste momento que se abra um parêntesis para focalizar esta experiência piloto das ações integradas de saúde que ficou conhecida como Projeto Niterói.

Em 1982, o Departamento de Administração Médica do INAMPS, através de sua Superintendência Regional do Estado do Rio de Janeiro, implantou na região metropolitana de Niterói um programa de hierarquização e regionalização dos serviços de saúde. Para dar suporte a tal programa, foi criada uma comissão consultiva interinstitucional, dela fazendo parte profissionais da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Instituto de Pesquisa Econômica e Social Aplicada (IPEA/SEPLAN), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Escola Brasileira de Administração Pública (EBAP/FGV), Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (SES), Secretaria Municipal de Saúde do Município de Niterói (SMS), Universidade Federal Fluminense (UFF), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), ficando a gerência do projeto a cargo das várias instâncias envolvidas. Em seus objetivos gerais, este programa devia promover a extensão da cobertura de serviços de saúde à população da área programática do projeto com posterior aumento de abrangência aos municípios vizinhos. Devia também aumentar a eficiência e eficácia das ações de saúde do setor público, promover a integração docente-assistencial e desenvolver estudos e pesquisas de planejamento, execução e avaliação para melhor distribuição de recur-

os financeiros, humanos, técnico-administrativos e materiais. Entre os objetivos específicos para Niterói estavam a viabilização de uma administração conjunta do Projeto Niterói, integrando em um só os programas médico-odontológico e farmacêutico de todos os órgãos públicos (municipais, estaduais e federais). Ainda pretendia implantar quatro níveis de assistência à saúde com complexidade crescente de resolução de problemas: unidades de atendimento básico em bairros (nível primário), apoiadas pelos serviços dos PAM's e Centros de Saúde (nível secundário) e, por fim, atendimento hospitalar (níveis terciário e quaternário, este último a cargo do Hospital Universitário Antonio Pedro).

Para a operacionalização deste Projeto instituiu-se uma Comissão Executiva Local, que criou Grupos de Trabalho (GT's) coordenados por uma Secretaria Executiva. Entre estes, o grupo de trabalho de Saúde Mental que teve como objetivos iniciais: realizar um estudo diagnóstico da atenção à Saúde Mental no Município de Niterói e ainda elaborar uma Proposta de Atenção à Saúde Mental, descentralizando o atendimento em todos os níveis de atenção.

Em 1987 é criado o Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS) que tinha como objetivo implementar um sistema unificado de Saúde com a municipalização dos serviços. A operacionalização desta proposta levou várias secretarias municipais do estado a gerir a maioria de suas redes públicas. Contudo, em Niterói, este processo não é deslançado de imediato, pois a Secretaria de Saúde não tinha na ocasião a confiança do Projeto Niterói. Para contornar esta dificuldade seus membros propuseram a criação de uma Fundação Municipi-

pal de Saúde como órgão gestor do SUDS, tendo como Conselho Diretor a Comissão Executiva local do Projeto Niterói. Posteriormente, com as eleições municipais, foi eleito um governo de oposição. No ano de 1989, o Secretário Executivo do Projeto Niterói foi nomeado para o cargo de Secretário Municipal de Saúde e convidou vários membros dos Grupos de Trabalho do Projeto Niterói para integrar sua nova equipe. Paralelo a isto foi avaliado que o processo de municipalização iniciado com a proposta do SUDS já estava bastante encaminhado. Juntos estes fatores concorreram para o fim do papel exercido pelo Projeto Niterói que, esvaziado, deixou de existir na prática, embora não tenha sido extinto formalmente.

Fechando este longo parêntesis, vamos voltar agora ao momento inicial deste projeto. Como parte das atividades do Projeto Niterói, é constituído o Grupo de Trabalho de Saúde Mental (GTSM) encarregado de concretizar as propostas do CONASP nesta área. Este grupo elaborou um documento ("Proposta de Reorientação da Atenção à Saúde Mental no Município de Niterói") que, seguindo as diretrizes do CONASP, propunha:

- a. a constituição de equipes de saúde mental nos postos e centros de saúde, e também a criação de uma unidade de emergência psiquiátrica;
- b. a regionalização dos serviços e da demanda; e
- c. o treinamento de recursos humanos nas unidades, sob a coordenação da Universidade Federal Fluminense;

Após algumas discussões a equipe de Niterói optou por privilegiar inicialmente o treinamento de sua equipe psiquiátrica

que, através de sua prática e de discussões teóricas, seria sensibilizada à participação e implantação de uma assistência voltada para fora do manicômio.

Para a fixação deste modelo de assistência extramuros tornava-se necessário o desenvolvimento paralelo de ações que tivessem por fim impedir a perda do vínculo do enfermo com sua comunidade. Sobre o que acabei de expor diziam:

Essa questão nos parece estar estritamente ligada aos recursos humanos e materiais que se possa dispor para a implantação efetiva e eficaz de um trabalho que introduza mudanças na prática atual. Para isso faz-se necessária a promoção de investimentos que possibilitem essa reversão. Por uma questão lógica, os recursos humanos hoje integrantes do modelo vigente, necessitam de um treinamento em um outro modelo.

Para tal são exigidos requisitos que partam inclusive da própria motivação para uma outra abordagem da doença mental, até a implantação de uma formação médica que atenda às necessidades de uma nova prática." (GTSM/PN, 1983, p.10)

Outro ponto fundamental deste documento é a eleição do grupo de pacientes egressos de internação psiquiátrica como alvo preferencial para a implantação desta nova estratégia de atendimento.

Em 1988 o Grupo de Trabalho de Saúde Mental do Projeto Niterói definiu um "Plano de Ação Trienal" que tinha por objetivo a implantação no município de Niterói do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS). Tomando por base o Programa de 1983, o plano mantinha as diretrizes de desospitalização da assistência com ênfase ao desenvolvimento de recursos extra-hospitalares. Para tanto propunha o funcionamento de um polo psiquiátrico em um serviço de emergência geral e a criação de três enfermarias de crise,

sendo esses serviços integrados à rede ambulatorial. Seriam também instituídas atividades de supervisão programática e supervisão integrada, além da informatização do sistema.

Entre as metas a serem cumpridas para a implantação deste novo modelo assistencial estava o treinamento de recursos humanos com o objetivo de formar profissionais da rede para atuarem no serviço público dentro da perspectiva do SUDS e ainda a "constituição de equipes multiprofissionais visando o treinamento dos profissionais, em uma proposta de desospitalização". (GTSM/PN, 1988, p.8) Com a municipalização da rede⁽²⁾ foi criada uma Coordenação Unica do Programa de Saúde Mental e incorporados alguns membros do GTSM/PN na supervisão programática. Este grupo estabeleceu um cronograma de reuniões técnicas - semanais em nível distrital e mensais em nível central - e implantou o trabalho de recepção e triagem em toda a rede. Em avaliação de suas ações, a coordenação de Saúde Mental apontou para a necessidade da criação e ampliação de recursos alternativos ao internamento, além do atendimento ambulatorial clássico. Sobre isto disse que é um desafio

NOTA 2: Em 1990 foi criada a Fundação Municipal de Saúde, dando respaldo ao processo de municipalização de serviços iniciado em 1989 com a assinatura do convênio SUDS/SMS. Inicialmente (ainda em 1989) foram passados à gerência municipal as unidades básicas, a vigilância epidemiológica e a vigilância e fiscalização sanitária da Secretaria Estadual de Saúde (DES). No ano seguinte, a secretaria do município assumiu as unidades de nível secundário do INAMPS (PAM's), o Hospital Estadual Psiquiátrico e o Laboratório Regional de Saúde Público Miguelote Viana, da SES. Também passaram para seu controle as atividades de supervisão, controle e avaliação da rede filantrópica e privada conveniada e contratada do INAMPS. Dando seguimento, no ano de 1991 foi municipalizado o Hospital Pediátrico Getúlio Vargas Filho da SES e, em 1991, foi a vez do Hospital Cirúrgico Orêncio de Freitas do INAMPS passar à gerência do município. O Hospital Universitário Antonio Pedro da UFF, permaneceu à parte deste processo.

"pensar a organização de serviços que possam ser de fato substitutivos aos manicômios, de maneira a possibilitar a desmontagem do aparato de internação psiquiátrica existente com sua intrincada rede institucional e os mecanismos tão fortemente sedimentados nos atores implicados no processo." (Fagundes Apud Rocha e Santos, 1993, p.7)

Estes mesmos objetivos estão presentes no "Programa de Saúde Mental", de 1991, no qual é referida a necessidade da introdução na rede de assistência, de diversos níveis de intervenção - tanto no que diz respeito aos usuários quanto ao pessoal técnico. Mais uma vez ali é enfatizada a importância da "formação de recursos humanos dentro de uma perspectiva não asilar de tratamento e pesquisa dos transtornos mentais (FMS, 1991, p.8)

Em trabalhos escritos recentemente, a Coordenação de Saúde Mental da FMS informa que de 1986 em diante houve investimento na contratação de pessoal, principalmente de nível superior, porém faz-se necessária ainda a capacitação ou contratação de profissionais que se engajem na perspectiva de assistência extra-hospitalar, para atuarem como monitores de oficinas terapêuticas, visitantes domiciliares, e acompanhantes terapêuticos.

A questão dos recursos humanos ainda é, portanto, alvo da preocupação desta coordenação, que neste documento refere-se explicitamente a dois pontos nevrálgicos no tocante a este aspecto. De um lado as diferenças salariais entre servidores federais, estaduais e municipais instala uma área de tensão. Por outro lado faz-se necessário

"...um trabalho de formação e supervisão para responder à demanda de atendimento aos egressos de internação especialmente em um projeto que articule a clínica individual com a reinserção social." (Rocha e Santos, 1993, p.12).

Voltando minha atenção para o primeiro e para o último documento analisado (1980 e 1993) pude perceber que se manteve ao longo dos anos o destaque dado ao problema da reinserção social dos pacientes psiquiátricos.

Essa discussão parece-me, contudo, ter adquirido um nível de maior complexidade através do tempo. No documento mais atual a reinserção social é apontada como parte de um projeto que tem como outro termo a "clínica". As ações sociais dirigidas ao doente mental deixam de ter um caráter autônomo, absoluto e aparecem vinculadas à dimensão clínica e, portanto, não só ao que esta implica em termos de singularidade, individualidade mas também ao comprometimento do profissional em sua ação.

Esta alusão à necessidade da criação de um projeto de atenção ao paciente psiquiátrico remete ao início de meu texto, pois foram as dificuldades suscitadas pelo atendimento à clientela psiquiatrizada que despertaram meu interesse para este estudo. O caminho que escolhi para enfocar este problema levou-me à reflexão sobre a formação dos médicos psiquiatras numa articulação feita entre orientação teórica e prática clínica.

Não me proponho a fazer qualquer avaliação crítica sobre o alcance da implantação de uma política de saúde mental da rede de Niterói. Este pequeno histórico teve apenas como objetivo proporcionar maior conhecimento da rede de saúde onde atuam nossos médicos psiquiatras. Passo agora ao trabalho de campo.

CONHECENDO A REDE

Na área de saúde, a rede pública municipalizada é constituída de 42 médicos psiquiatras. Estes profissionais estão lotados na rede ambulatorial, no serviço de emergência e no hospital psiquiátrico. São quatro os pontos de atendimento: Centro de Saúde Carlos Antonio da Silva (CSCAS) e Hospital Estadual Psiquiátrico (HEPq), originariamente estaduais, sob a gerência do município desde 1989 e 1990 respectivamente; PAM Engenhoca e PAM - Centro Previdenciário de Niterói (CPN), postos médicos do antigo INAMPS que após a municipalização da rede passaram a ser gerenciados pela Fundação Municipal de Saúde. O tipo de atendimento prestado nestes locais pode ser clínico-ambulatorial, de emergência, internação integral, em regime de hospital-dia, ou ainda em oficinas terapêuticas.

Destes 42 profissionais, 34 deram seus depoimentos. A cobertura foi total no HEPq reunindo vinte médicos psiquiatras. No CSCAS foram entrevistados três dos quatro médicos que compõem o setor de saúde mental e no PAM-ENGENHOCA dois dos três psiquiatras do serviço. No PAM-CPN conversei com quatro dos seis psiquiatras que atendem no ambulatório e com cinco dos oito plantonistas do setor de emergência. Não colhi o depoimento dos médicos que encontravam-se licenciados ou em férias no momento da abordagem. Considerei ainda como não realizada uma entrevista que foi interrompida pouco após o seu início e que não pôde ser retomada posteriormente (computada como um dos três depoimentos não obtidos entre os plantonistas do PAM-CPN).

AS ENTREVISTAS

Obtive os depoimentos valendo-me da técnica de entrevistas. Kahn e Cannel (apud Minayo, 1989) definem a entrevista como

"...uma conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes para um objetivo de pesquisa, e entrada (pelo entrevistador) em temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo (p. 148).

Minayo diz que a entrevista transcende, contudo, a dimensão de um mero trabalho de coleta de informações, pois a situação interativa entre os pares envolvidos constitui um fator determinante para a obtenção dos dados de pesquisa. A autora lembra ainda que para a elaboração do roteiro das entrevistas devemos ter em conta que todas as questões levantadas refiram-se ao delineamento do objeto, e que todas se encaminhem para lhe dar forma e conteúdo.

Procurando manter-me dentro da perspectiva delineada acima, parti para o trabalho de campo abordando os entrevistados com um roteiro básico de entrevista que contemplava os temas discriminados nos seguintes itens:

1. Universidade de origem e tempo de experiência profissional em medicina
2. Aproximação da área de psiquiatria
3. Realização de cursos de pós-graduação
4. Realização de aperfeiçoamento profissional não universitário
5. Areas de atuação profissional
6. Satisfação com o instrumental teórico adquirido ao longo do seu percurso profissional

7. Parâmetros utilizados para realização do diagnóstico e tratamento
8. Elementos da formação teórica presentes na prática clínica
9. Implicações de ordem pessoal, presentes na escolha da atividade clínica
10. A narrativa de sua prática clínica

No início da entrevista os profissionais foram avisados que lhes seriam feitas algumas perguntas a respeito de sua formação teórico-clínica. Todo o conhecimento que tiveram sobre o tema da pesquisa foi restrito a essa informação.

O mesmo roteiro de entrevista foi proposto a todos os entrevistados, o que não impediu uma enorme variação entre os depoimentos. Houve médicos que responderam objetivamente às questões, cedendo pouco mais de dez minutos do seu tempo. Outros, em contrapartida, se dispuseram a detalhar suas respostas, associando fatos, períodos de vida, possibilitando enriquecer o roteiro com desdobramentos das questões propostas.

Os depoimentos foram colhidos nos meses de novembro e dezembro de 1993 e janeiro e fevereiro de 1994. Os profissionais foram contactados em seus locais de trabalho. Muitos médicos me concederam seus depoimentos imediatamente e outros marcaram o encontro num prazo de até uma semana. Não houve recusas e apenas dois profissionais solicitaram que seus depoimentos não fossem gravados, preferindo que eu tomasse notas de meu próprio punho.

Todos os depoimentos gravados foram transcritos e tomando por base as respostas dos entrevistados aos temas de nosso rotei-

ro, procedi a uma categorização na qual discriminei diferentes agrupamentos entre os psiquitras. Dando seguimento, "reconstruí" as trajetórias profissionais dos entrevistados para, numa etapa posterior, realizar uma análise dos temas mais recorrentes nos depoimentos.

UM CONTORNO DEMOGRAFICO

TABELA 1 - Universidade de Origem

Universidade	Freqüência	%
UFF	16	47,1
UERJ	4	11,8
UFRJ	4	11,8
FMSM	3	8,8
EMV	2	5,9
FMC	2	5,9
UNI-RIO	1	2,9
UFBA	1	2,9
UFRGS	1	2,9
TOTAL	34	100,0

Chamo a atenção para o grande número de psiquiatras da rede formados pela UFF. Isto interessa principalmente pelo fato de que a integração da Universidade com a rede de saúde de Niterói, planejada e prometida nos planos de saúde da década de 80, não veio de fato a se consolidar na área de saúde mental. Pelo contrário, o rompimento, no início da década de 80, do acordo que garantia a realização do internato e residência médica no Hospital Estadual Psiquiátrico, aumentou ainda mais o abismo que se abre entre a formação médica e o conhecimento dos problemas e necessidades da rede assistencial local. Deve-se ressaltar que no momento atual está sendo feito um resgate da relação de cooperação entre a universidade e a rede pública de saúde através da implantação do curso de residência médica em psiquiatria no hospital estadual psiquiátrico a partir de 1995.

TABELA 2 - Tempo de Experiência Profissional

Tempo de formado	Frequência	%
0 - 5 anos	2	5,9
5 - 10 anos	10	29,4
10 - 15 anos	7	20,6
15 - 20 anos	9	26,5
20 - 25 anos	4	11,8
25 - 30 anos	2	5,9
TOTAL	34	100,0

Pode-se notar que exatamente a metade dos profissionais que analisamos têm entre cinco e quinze anos de atividade médica. Isto se deve certamente ao fato de, na última metade da década de 80, terem sido realizados concursos públicos que absorveram as novas safras de médicos psiquiatras, fazendo com que a rede conte hoje com grande número de profissionais já experientes, mas ainda em pleno processo de aperfeiçoamento profissional, como veremos adiante.

TABELA 3 - Procura de Cursos de Pós-Graduação

Ingresso em curso de pós-graduação na área de Saúde	Freqüência	%
Especialização em Psiquiatria	10	29,4
Residência + Doutorado	5	14,7
Especialização + Residência	4	11,8
Residência em Psiquiatria	3	5,8
Residência + Mestrado	2	5,9
Esp. em PSI + Esp. em Saúde Mental	1	2,9
Esp. + Res. + Mestrado	1	2,9
Especialização em Terapia Familiar	1	2,9
Não procurarem	7	20,6
TOTAL	34	100,0

A busca de aperfeiçoamento foi a tônica no grupo. Entre os 34 profissionais entrevistados, apenas sete não ingressaram em curso de pós-graduação após o término do Curso de Medicina, sendo que dois destes obtiveram o título de especialistas em psiquiatria através do Conselho Federal de Medicina e da Associação Brasileira de Psiquiatria. Ressalto que estes profissionais que não cursaram pós-graduação, com exceção de uma médica recém-formada, graduaram-se em medicina antes de 1978, e que, portanto, a procura de cursos de pós-graduação tem se constituído como regra nas últimas gerações de psiquiatras.

TABELA 4 - Procura à Instituições de Pós-Graduação

Instituições procuradas para pós-graduação	Frequência	%
UFRJ	10	29,9
UERJ	3	8,8
UERJ + UFF	2	5,9
UFRJ + UERJ	2	5,9
UFRJ + Hosp.Pinel	2	5,9
UFF	2	5,9
CPPII	2	5,8
INAMPS	1	2,9
ENSP	1	2,9
UFBA	1	2,9
UFRJ + ENSP	1	2,9
Não Procuraram	7	20,6
TOTAL	34	100,0

Foi visto anteriormente que 16 médicos da rede são formados pela Universidade Federal Fluminense. Apesar disto, apenas quatro deles procuraram pós-graduação nesta Universidade. Por outro lado, a Universidade Federal do Rio de Janeiro, através de seu Instituto de Psiquiatria (IPUB), recebeu 17 profissionais da rede. É curioso notar que entre os 17 psiquiatras pós-graduados no IPUB, apenas dois são formados há mais de 15 anos. No entanto, a procura pelo IPUB cresce muito nos últimos anos: dos 19 profissionais da rede, formados a partir de 1979, 15 deles freqüentaram os cursos do IPUB. Apesar de a UERJ e o Hospital Pinel manterem ainda seus cursos de especialização e residência em psiquiatria chama a atenção para o menor número de opções nesta área. Interessa particularmente comentar que com o fim da residência em psiquiatria na UFF, os médicos graduados nesta Universidade desde então, (sete ao todo) procuraram aperfeiçoamento nas universidades do Rio de Janeiro, sendo que cinco deles encaminharam-se para o IPUB.

**TABELA 5 - Aperfeiçoamento Profissional
através de estudos não universitários**

Formação Teórica não Universitária na área de Saúde	Freqüência	%
Psicanálise	19	55,8
Leitura irregular da Psicanálise	4	11,8
Psicodrama + Psicanálise	1	2,9
Bioenergética + AT	1	2,9
Homeopatia	1	2,9
Psicologia Jungiana	1	2,9
Nenhuma	7	20,6
TOTAL	34	100,0

É interessante ressaltar que existem na rede 20 médicos que fazem referência ao estudo da Psicanálise, seja em sociedades como a SPRJ, SBPRJ, SPC, SPAG, Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro, Colégio Freudiano, Escola de Psicanálise de Niterói, seja em grupos de estudos regulares de Freud e Lacan. Além destes, mais quatro profissionais referiram já terem lido, de forma assistemática, algum material sobre a psicanálise.

No primeiro capítulo foi discutida a questão da psicanálise, seu aparecimento no contexto do campo médico e sua constituição como um saber distinto da psiquiatria, e chamei a atenção para o fato de a psicanálise ter-se constituído historicamente como referência importante na formação de psiquiatras. Tendo em mente estas observações, não surpreende o número de entrevistados que arrolaram a psicanálise em sua formação profissional.

TABELA 6 - Areas de Atuação Profissional

Definição quanto à atuação profissional	Frequência	%
Somente Psiquiatria	15	44,1
Psicanalista	12	35,3
Psiquiatra + Internista	3	8,8
Neuropsiquiatra	1	2,9
Profissional de Saúde Mental	1	2,9
Psiquiatra e Professor	1	2,9
Psiquiatra e Pesquisador	1	2,9
TOTAL	34	100,0

Quinze profissionais responderam que trabalham somente como psiquiatras. Um médico respondeu que no momento trabalha "basicamente como neuropsiquiatra" discriminando importantes diferenças no seu campo de atuação, se comparadas ao campo de atuação clínica do psiquiatra. Outro médico preferiu definir-se como um profissional de saúde mental, demarcando assim o entrecruzamento de influências que marcam sua formação teórico-prática.

Doze médicos disseram trabalhar como psicanalistas. Neste grupo matizarei posteriormente diferenças em torno de "trabalhar como psicanalista no consultório" e "trabalhar como psiquiatra/psicanalista".

Destaco finalmente os profissionais que referiram desempenhar funções que escapam à atividade psiquiátrica:

- * três médicos afirmaram desempenhar a função de internista em pronto-socorro;
- * um médico afirmou dar aulas de psicopatologia num curso de psicologia e, por último,
- * uma médica diferenciou sua função de coordenação de pesquisa em um hospital, do trabalho específico do psiquiatra.

TABELA 7 - Parâmetros Utilizados para a Realização do Diagnóstico e Condução do Tratamento

Critérios utilizados para a realização do diagnóstico e condução do tratamento	Frequência	%
Somente critérios psiquiátricos	20	58,8
Critérios psiquiátricos e psicanalíticos	9	26,4
Não especificado	3	8,8
Não respondeu	2	5,9
TOTAL	34	100,0

Agrupei os critérios arrolados para a realização do diagnóstico e condução do tratamento em dois grupos:

- a) referente aos critérios psiquiátricos "tradicionais" - psiquiatria clínica, psicopatologia fenomenológica, anamnese clássica, entrevista psiquiátrica clássica - ou ainda diagnóstico sindrômico e raciocínio "kraepeliniano". Nas classificações também foram lembrados tanto o CID quanto o DSM III;
- b) referente a critérios psicanalíticos - psicanálise - diagnóstico psicanalítico/estrutural, transferência e escuta.

Observei que vinte médicos arrolaram apenas os critérios psiquiátricos "tradicionais" ao responderem a esta pergunta. A surpresa foi encontrar neste grupo os médicos que se denominaram "psicanalistas". Nove profissionais mencionaram tanto os critérios "psiquiátricos" quanto os "psicanalíticos" como importantes para a realização do diagnóstico e na condução do tratamento. É interessante notar que todos os psiquiatras que estudam psicanálise ressaltaram a importância dos critérios diagnósticos psiquiátricos na condução de seu trabalho.

**TABELA 8 - Principais Elementos da Formação
Teórica Presentes na Prática Clínica**

Elementos teóricos mais importantes na prática clínica	Frequência	%
Referidos à Psiquiatria	14	41,1
Referidos à Psicanálise	11	32,3
Postura	1	2,9
Linha Espiritual e Homeopatia	1	2,9
Não especificado	4	11,8
Não respondeu	3	8,8
TOTAL	34	100,0

Esta questão relaciona-se estreitamente com a anterior. Pode-se dividir as referências de formação teórica em:

a) francamente referidas à psiquiatria tradicional - psiquiatria clínica, psicopatologia fenomenológica, psicofarmacologia e ainda referências às experiências adquiridas em hospital psiquiátrico, e mais especificamente no IPUB e Hospital Pinel;

b) referidas à psicanálise - psicanálise, transferência, escuta analítica, Freud, Lacan, Psicoterapia Institucional Francesa, além do próprio tratamento analítico.

Separei a referência do terapeuta bioenergético, que disse ser a postura o elemento mais importante em sua prática e a referência feita pela médica homeopata à "linha espiritual da homeopatia". Aqui repetiu-se o padrão de respostas à pergunta anterior: o grupo de médicos que antes havia mencionado apenas critérios diagnósticos psiquiátricos aludiu agora apenas a elementos teóricos referidos à psiquiatria. Os entrevistados que, na resposta à pergunta anterior, mencionaram critérios tanto psiquiátricos quanto psicanalíticos como importantes à realização do diagnóstico e condução do tratamento relacionaram nesta resposta tanto a psiquiatria como a psicanálise como referências teóricas importantes em suas práticas clínicas.

Tendo em mente este panorama esquemático proponho-me a constituir diferentes agrupamentos dos entrevistados, organizados a partir de dois critérios de demarcação. Em primeiro lugar, resaltei as categorias utilizadas pelos médicos para definirem-se profissionalmente: psiquiatra, neuropsiquiatra, profissional de saúde mental, psicanalista. O segundo critério de demarcação diz respeito às principais influências teóricas referidas nas entrevistas: "psiquiatria clínica", "psicanálise", "existencialismo", "psiquiatria democrática italiana", "bioenergética", "homeopatia".

Lembro que a constituição desses agrupamentos tem a finalidade de possibilitar a discussão sobre as linhas gerais de formação teórica-clínica de psiquiatras da rede municipalizada de Saúde de Niterói, não estendendo seus objetivos além destes limites.

Lembro ainda que nesta reflexão são circunscritas algumas questões que, por mais pertinentes e cruciais que me possam parecer, têm sua importância e relevância submetidas ao seu contexto de aparecimento.

OS PSIQUIATRAS TRADICIONAIS

Chamarei de Abílio, Artur Aluísio, Antonio, Armando, Augusto, Alice e André, Antero e Alvaro os psiquiatras que centraram sua formação teórica nos limites da psiquiatria universitária.

Todos eles buscaram suas referências teóricas basicamente nos ensinamentos da psiquiatria clínica, da psicopatologia fenomenológica e da psicofarmacologia. Muitos mencionaram também a importância das classificações - CID e DSM III - na orientação do diagnóstico psiquiátrico. Incluí também neste grupo quatro psiquiatras que tiveram contato ocasional com a psicanálise, não constituindo com essa leitura uma referência de peso no conjunto de suas formações.

O NEUROPSIQUIATRA

Bernardo é psiquiatra e está levando longe seu aperfeiçoamento profissional. Com as ferramentas de sua formação, vem aventurando-se na neuropsiquiatria, um novo campo que ele desbrava.

OS PSIQUIATRAS PSICANALISTAS

Darei os nomes de Clóvis, Carlos, Casimiro, Cosme, Celso, Cassiano, Ciro, Clarisse, Caetano, César, Cristina, Cândida, Cláudio, Cibele, Clara, Célio, Caio e Carolina aos profissionais que já desenvolveram um estudo sistemático da psicanálise, seja em Instituições de formação psicanalítica ou em grupos de estudo de psicanálise.

Neste grupo estão também incluídos os profissionais que se denominaram psicanalistas. Entre eles encontramos um subgrupo

que separou sua atividade como psicanalista no consultório, da atuação como psiquiatra na rede pública. Em contrapartida, encontrei outros profissionais que não destacaram as diferenças entre as clínicas psiquiátrica e psicanalítica no conjunto de sua atuação junto ao paciente.

O PSIQUIATRA EXISTENCIALISTA

Davi disse ser um psiquiatra bastante marcado pelo existencialismo. Apesar de ter estudado psicanálise de forma regular e contínua nos anos 70, sua grande afinidade foi sempre com a filosofia existencialista e ele julga ter obtido uma síntese interessante ao especializar-se em psicodrama.

O PSIQUIATRA ITALIANO

Erico esteve na Itália, para conhecer os serviços psiquiátricos tão caros à sua formação profissional.

OS PSIQUIATRAS "ALTERNATIVOS"

Flávia e Frederico são os "alternativos". A Homeopatia e a Bioenergética presentes na formação de cada um deles dão características especiais às suas práticas.

O PROFISSIONAL DE SAUDE MENTAL

Gustavo poderia figurar junto aos psiquiatras que estudam psicanálise. Mas ele diferenciou-se: é um profissional de saúde mental. Sua trajetória justifica a singularidade que lhe conferimos.

Todos, psiquiatras da Rede Pública de Niterói. Vamos a eles!

UM PERFIL TEMÁTICO

Com a análise dos depoimentos dos psiquiatras da rede de Saúde de Niterói foi possível dimensionar em que medida diferentes orientações teóricas têm sido prementes na formação destes médicos. Foi visto que grande parte destes profissionais buscou, para o melhor desempenho do exercício clínico, informações adicionais fora do campo médico, como estudos nas áreas de antropologia e filosofia, merecendo destaque a procura por conhecimentos psicanalíticos.

Esta constatação remete a Oury (1991) quando diz que a psiquiatria pode ser vista como um "canteiro de obras, marcado por uma atomização de técnicas, normas e classificações"⁽¹⁾ destacando que seu exercício se dá no cruzamento de diferentes vinculações: biológicas, psicológicas, sociais e históricas. Quanto à formação para o exercício da psiquiatria, Oury defende que esta tem um caráter processual, "não indeterminado, mas interminável". De acordo com esta idéia pode-se considerar a formação psiquiátrica como algo da ordem de uma modificação de um certo nível da personalidade do sujeito que se engaja neste trabalho, e o autor ressalta aqui, que não se trata de uma transformação, mas de uma modificação no sentido de sensibilização a algo específico, o que implica uma disponibilidade particular do sujeito para este engajamento. Disponibilidade relacionada a algumas qualidades implícitas que esta-

Nota 1: "La psychiatrie est un chantier marqué par une atomisation des techniques, des statuts, des classifications." (Oury, 1991, p. 42)

riam na base de uma certa escolha profissional (Oury, 1991).

Estas idéias que apontam a dimensão da escolha no campo profissional, remetem à concepção de projeto desenvolvida por Velho (1987, 1994). Para este autor, "a noção de que os indivíduos escolhem ou podem escolher é a base, o ponto de partida para se pensar em projeto" (1987, p.24). Partindo de vários autores, mas principalmente de Schultz, Velho define projeto como a "conduta organizada para atingir finalidades específicas" (Velho, 1994, p.40). O autor ressalta contudo que

...projeto não é um fenômeno puramente interno, subjetivo. Formula-se e é elaborado dentro de um campo de possibilidades circunscrito histórica e culturalmente, tanto em termos da própria noção de indivíduo como dos temas, prioridades e paradigmas culturais existentes (Velho, 1987, p. 27).

Por estarem imersos nesta dimensão cultural, os projetos estão sempre submetidos à possibilidade de transformação, de mudança, e em permanente processo de interação com outros dentro de um campo de possibilidades. Num "corte vertical" entende-se o projeto como a antecipação no futuro de trajetórias e biografias, ou dito de outra forma, pode-se pensar que "as trajetórias dos indivíduos ganham consistência a partir do delineamento mais ou menos elaborado de projetos com objetivos específicos" (Velho, 1994, p. 47).

Com estas considerações julguei possível desenvolver a idéia de que cada profissional porta o que genericamente pode-se chamar de "um projeto clínico".

Assim, tomando por base as principais características da formação de cada psiquiatra tracei perfis e, a partir destes, deli-
neei as trajetórias profissionais dos entrevistados. Nesta tarefa

tinha o objetivo de buscar subsídios para a discussão do segundo ponto de minha questão. Já havia verificado que eram várias as referências teóricas presentes na formação daqueles profissionais, mas interessava-me ainda investigar como estas referências eram articuladas em suas práticas clínicas.

Tendo em mente a noção de "projeto clínico" lancei-me à análise dessas trajetórias profissionais e procurei entender como cada um dos psiquiatras entrevistados vem desenvolvendo seu objetivo de exercer a atividade clínica.

Em minha análise circunscrevi três temas que emergiram de forma sistemática dos depoimentos obtidos. O primeiro diz respeito aos limites e possibilidades da prática psiquiátrica. O segundo gira em torno das diferentes referências teóricas buscadas ao longo do percurso profissional. A discussão dos dois primeiros temas vincula-se estreitamente às considerações em torno de uma última demarcação que chamei de "sobre a clínica".

SOBRE LIMITES E POSSIBILIDADES

O primeiro tema demarcado entre os depoimentos recolhidos refere-se aos limites e ao alcance da ação do psiquiatra frente à demanda de atendimento clínico. Foram notadas posturas diversas, muitas vezes contrastantes, no entendimento dos problemas que concernem à intervenção psiquiátrica. E o que se verá a seguir.

Antonio atua como plantonista e também no atendimento ambulatorial do serviço público. Insatisfeito com suas condições de trabalho, ele sente-se "dividido":

Tem o lado médico e o lado social - no lado social a gente fica sem saída e pelo lado médico a gente pensa, prá que medicalizar a coisa?

Ele critica o "trabalho burocrático" que sente-se obrigado a realizar e tem poucas expectativas quanto a possíveis mudanças no panorama psiquiátrico atual.

Antero também está bastante desestimulado em seu trabalho no ambulatório público. Queixa-se de "atender muitos pacientes viciados em receitas" e de não ter encontrado respaldo institucional para desenvolver o projeto de diagnóstico e tratamento de pacientes psicóticos ao qual se propunha.

Frederico tem formação em bioenergética e estuda análise transacional, princípios que orientam sua prática na clínica privada. Queixa-se, porém, de não poder trabalhar no serviço público de acordo com estes parâmetros que orientam sua conduta profissional pois encontra aqui "uma clientela viciada, que não quer saber de muito papo, só de guia de internação".

Clóvis também distingue seu trabalho no consultório de sua prática no setor público. Na clínica privada atua como psicanalista, já no plantão do hospital público suas intervenções são identificadas como psiquiátricas: prescreve sedativos para os casos de agitação na enfermaria, medica convenientemente as crises convulsivas e faz as internações que chegam do posto de triagem. Raramente sente-se solicitado a atuar de forma diferente. Abre uma exceção

para o atendimento que fez recentemente:

Era uma moça que estava ansiosa e foi eó conversar. Ela estava querendo uma indicação para tratamento ambulatorial, queria conversar, mas isso é raro.

Nessa ocasião sua orientação psicanalítica veio à tona mas Clóvis ressalta que isto é eventual:

Esse trabalho não tem caráter oficial, porque nós não fazemos tratamento aqui. Só o tratamento de emergência.

Célio atua como plantonista e no atendimento ambulatorial. Dá preferência a este último onde pode realizar atendimentos psicoterápicos. A atuação como plantonista é, porém, bastante devalorizada. Diz que para realizar o tipo de trabalho que lhe solicitam no plantão "não precisa ser nada muito sofisticado" considerando, portanto, seu preparo "mais do que suficiente para atender os casos". Contudo, Célio alude à dificuldade de lidar com o que chama de "questões sociais".

Fácil é o nível de problemas técnicos médicos... difícil é chegar um paciente que não tem indicação de internação, trazido pela PM ou pelos bombeiros e você resolver...

Todos estes médicos queixam-se de impedimentos "sociais" e "institucionais" que impossibilitam a realização plena de seu trabalho profissional. São dificuldades reconhecidas por eles como "externas" à abrangência de sua capacitação. Sentem-se impotentes frente a cristalização do pedido de receitas, ou mudos frente à ausência "de papo" de quem aprendeu o caminho da internação. Abre-se uma fenda: os problemas "técnicos", de sua competência, são de fácil resolução. Para fora deste campo são remetidos os problemas "sociais", tomados como ruídos, interferências que prejudicam o bom desempenho do trabalho médico.

Mas nem todos sentem-se tão paralisados diante das reais dificuldades do trabalho institucional. Clarisse também é plantonista do setor de emergência e como tal sabe medicar bem um paciente que necessite de tal intervenção. Mas para enfrentar os problemas da demanda de atendimento encontra respaldo ainda na sua experiência psicanalítica. Por isso acha "complicado" dizer que trabalha como psiquiatra no serviço público e como psicanalista no consultório, pois todas as suas referências teóricas se fazem presentes na sua atuação clínica:

Por exemplo, chega um paciente na emergência, trazido pela família, pedindo prá internar e na minha escuta - aí que entra a escuta que eu digo que é psicanalítica mas que tem uma série de outros fatores que eu não sei se posso chamar de psicanálise - enfim eu escuto aquele grupo que vem e eu uso essa escuta na minha decisão de internação ou não.

Diferente de Clóvis, Clarisse não reserva sua experiência com a psicanálise para a clínica privada. Sua fala me lembra Borges (1988) quando diz que "a psicanálise se ocupa do sujeito que fala, sobre o que fala e a que visa com sua fala em termos definidos pela dimensão do inconsciente..." (Borges 1988, p. 206), não importando o espaço institucionalizado onde ocorra o atendimento. Para Clarisse a psicanálise pode constituir uma ferramenta fundamental para a realização do ato clínico. Assim pensa Clarisse:

Isso é uma questão prá mim, essa coisa de escuta psicanalítica. Acho que a gente não pode levantar uma bandeira de que todo mundo tem que fazer análise três vezes por semana. Eu tenho um caso genial: é uma lixeira, mora numa favela e ela foi lá no plantão numa crise histérica. Eu atendi e ela disse: eu quero me tratar com você. Já tem dois anos que ela vai lá toda semana. E é um grande aprendizado prá mim, essa moça. Ali não é ambulatório, é um posto de atendimento de emergência. Ela vai porque quer, tem um grande desejo. Ela fica horas ali esperando

prá eu atendê-la. Há dias que o atendimento dela é interrompido três ou quatro vezes porque é assim que funciona. E ela está lá, eu acho que está fazendo análise.

Também me chamou a atenção a diferença de pontos de vista sobre os problemas que concernem ao ato médico. Ao contrário do que pensam, Célio, Antero e Frederico, Cassiano sente-se implicado em seu trabalho nas tais questões sociais e "institucionais".

Quando eu entrei no Serviço Público pensava que não queria saber de nada que está ao meu redor. Hoje eu já penso diferente: eu vejo que você tem que ter seu trabalho técnico, mas tem que estar atento à instituição e tentar lutar por isso.

É interessante observar que ao contrário de Célio, Antero e Frederico, Cassiano toma para si o enfrentamento das dificuldades institucionais e tem uma visão mais ampla a respeito dos problemas que dizem respeito à intervenção médica. O caso que nos conta é paradigmático:

Veja só o exemplo deste paciente. É um menino de rua. Não sei se ele é autista ou deficiente mental primário - nesta faixa etária avançada já não dá para precisar bem. Foi trazido para cá há quatro dias pelos bombeiros ou pela polícia e o serviço social não está conseguindo resolver o problema da internação. Ele não pode ficar na rua, não tem casa. Então o que existe? Uma clínica. É bom isto? Claro que não! Mas lá ele vai ter um lugar para estar. Então você faz uma guia, manda para o juizado e eles vão autorizar a internação. É difícil isto? ... Isto aqui prá mim não é bico! Eu acho que alguém tem que fazer alguma coisa, e somos nós. Nós todos!

Cassiano preserva com orgulho sua qualificação médica e teme que a inespecificidade da figura do "profissional de saúde mental" venha prejudicar o compromisso médico com a atuação clínica:

Eu não me coloco como um profissional de saúde mental, mas como um médico que trabalha com psiquiatria. Acho que na saúde pública o que a gente está vivendo é alguma coisa no sentido do médico estar perdendo o lugar dele. Outro dia eu ouvi uma coisa cômica. Num posto de saúde na

porta do consultório, em lugar de 'Psiquiatra', tinha um nome assim 'Psicofarmacologista'. Pelo amor de Deus! O médico tem que ter o seu papel completo na história... Se é necessário que faça um bom exame, que faça. Se tiver indicação de uma terapia, que faça, se tiver formação para isso, ou então mande para alguém. Não vamos ser aqueles médicos atrasados, arcaicos, prá todo mundo eletrochoque e encher de remédios e também não vamos ser aquele tipo de ser passivo que é o profissional da saúde mental... que não é médico!

Com seu protesto contra os que "não assumem seu papel completo na história" Cassiano nos deixa entrever que clinicar para ele vai além da aptidão adquirida para prescrever medicamentos, pois como pudemos perceber no exemplo que nos deu, clinicar é ir além da passividade, é comprometer-se, arriscar-se.

A denominação profissional de saúde mental que desagrada Cassiano é escolhida por Gustavo para definir sua atuação profissional. Psiquiatria ou psicanálise pareceram-lhe insuficientes para circunscrever sua prática. A síntese em torno da Saúde Mental faz sentido em sua história. Desde o início da faculdade Gustavo ligou-se aos movimentos institucionais de transformação do asilo, primeiro no hospital de Jurujuba e depois na Comunidade Terapêutica de CPPII, quando participou, por dois anos, desse trabalho de articulação da psicanálise em uma instituição psiquiátrica. Ele se diz profundamente marcado por essa experiência. Uma lição parece ter sido não ver possibilidade de avanço onde vigore a exclusão, o apagamento da diversidade: "Eu acho que pode ter um efeito paralisante se a gente na prática se detiver numa linha como única possibilidade".

Gustavo sente-se à vontade para receber a demanda de ajuda que lhe chega, do jeito que lhe chega sem ter qualquer solução

pronta para os problemas. Se os pacientes só querem receitas e nenhum papo, o que se pode fazer para mudar a situação? Ele conta sua experiência:

Eu vim para cá para supervisionar. Em fevereiro o psiquiatra do posto entrou em férias. Logo chegou um número enorme de pessoas que vinham buscar remédio; eram pacientes do outro médico, queriam remédio e tinham uma dificuldade grande de aceitarem que eu os ouvisse. Eu vi que não conseguia lidar com isto individualmente e comecei a pedir que as pessoas esperassem pelo atendimento. Em determinado momento iniciei um grupo de pacientes e juntos discutíamos sobre as necessidades de medicação. Fiz isto para contornar a dificuldade que estava sendo lidar com a agressividade das pessoas... e fiz o grupo para ouvir o que elas queriam. E o grupo começou a crescer e eu vi que ele poderia servir como um farol sobre o atendimento no posto, não só na Saúde Mental. Hoje este grupo tem outras características terapêuticas: hoje fazem parte dele os pacientes que usam a medicação de maneira estereotipada e já temos pacientes do grupo que discutem as situações de maneira bastante perspicaz e acham soluções bem interessantes. É um grupo aberto mas é terapêutico. É um espaço de acolhimento para o retorno do paciente. É uma referência, um farol tanto para a equipe quanto para os pacientes.

Um grupo de atendimento clínico pois, para Gustavo, clinicar é acolher, escutar, inventar.

Onde Célio, Antero e Frederico viram o impedimento ao sucesso de suas ações, Clarisse, Cassiano e Gustavo abriram novas perspectivas para seus pacientes. Como pode ser observado, as diferentes posturas frente à demanda de atendimento relacionam-se com o entendimento que os profissionais tem dos problemas que concernem ao ato clínico.

SOBRE OS DIFERENTES REFERENCIAIS TEORICOS

Como já foi dito anteriormente o campo do conhecimento psiquiátrico é composto de discursos heterogêneos e mesmo contraditórios. Vários também são os posicionamentos dos psiquiatras frente aos diferentes discursos. A discussão deste tema passa agora ao foco de atenção.

Bernardo trabalha como psiquiatra clínico em apenas um emprego público e sua prática profissional concentra-se hoje na área de Neuropsiquiatria. Tanto no consultório quanto em seus estudos acadêmicos são os problemas psiquiátricos decorrentes do comprometimento orgânico cerebral que merecem sua atenção.

Neuropsiquiatria é uma área muito recente aqui no Brasil. Ela se refere especificamente à clínica com lesões cerebrais ou distúrbios metabólicos cerebrais que causaram alguma consequência que poderia ser chamada transtorno mental. Então: são os distúrbios metabólicos cerebrais que têm algum substrato orgânico conhecido. É diferente da psiquiatria biológica que trata a esquizofrenia, isso não entra na minha pesquisa. Para ser dessa área tem que ter alguma lesão que se possa determinar, mensurar. É uma área que a gente desbrava. É uma área na interface da Neurologia e da Psiquiatria.

Apesar de ter tido seu interesse despertado pela psiquiatria no início do curso médico, Bernardo esteve sempre bastante ligado às outras disciplinas clínicas durante seu aprendizado médico. Sua ligação com a Neurologia durante o curso retorna atualmente através da escolha da Neuropsiquiatria. Chamo a atenção à delimitação que ele mesmo faz de seu campo de atuação quando exclui a esquizofrenia, doença *princeps* da psiquiatria, de sua área de pesquisa. Uma delimitação bastante interessante: Bernardo é um psiquiatra

formado pelo IPUB onde sabemos que ele adquiriu as ferramentas que o possibilitam a trabalhar com psiquiatria clínica. Mas ele bem esclarece que ao excluir a esquizofrenia e ocupar-se do que se pode "determinar e mensurar", está circunscrevendo um outro campo, cheio de desafios, um novo campo que, em suas palavras, ele "desbrava", mas onde não entra o que não se pode "determinar e mensurar". Um outro campo, que não o psiquiátrico.

Bernardo optou por ocupar-se das doenças cujos substratos orgânicos são evidenciáveis e que já podem ser submetidas ao parâmetro objetivo da mensuração. Contudo as expectativas em torno da possibilidade de reduzir outras doenças mentais aos domínios dos distúrbios do funcionamento orgânico cerebral ocupam grande espaço na produção do conhecimento psiquiátrico atual. Podemos ter uma medida destas idéias no trecho que segue:

O desenvolvimento crescente das neuro-ciências parte do princípio de que todo e qualquer comportamento é reflexo do funcionamento cerebral. A atividade cerebral se encontra subjacente não apenas a comportamentos relativamente simples, como andar e sorrir, mas também a funções elaboradas como sentir, aprender, pensar e escrever poesia [...] Com as evidências de localização das funções cognitivas, sobretudo a partir dos trabalhos de Broca, incrementou-se a busca para a localização das emoções. Emoções razoavelmente específicas podem ser provocadas através da estimulação de áreas específicas do cérebro, em animais de experimentação [...] o padrão de atividade funcional das células nervosas dá os contornos e altera a arquitetura sináptica, evidenciando a plasticidade da estrutura cerebral. A experiência e o aprendizado efetivamente se acompanham de alterações na eficácia das conexões sinápticas [...] Sabemos hoje que o sistema nervoso não apenas atua processando informações sensoriais e coordenando o controle motor e a função cognitiva mas possui também amplas interações com os sistemas endócrino e imune [...] Temos [portanto] atualmente, evidências de interações psico-neuro-imunológicas. [...] Nesse sentido, Mohl propõe que a psicoterapia seja considerada um tratamento biológico, que age através de facilitação sináptica in-

terneuronal, regulação fisiológica externa, processamento de memória hipocampal sobre problemas biológicos, como déficits na interação gene-ambiente ou facilitação sináptica errônea. (Scheinkman, 1993 pp 112-114).

VE-se estampadas estas concepções no depoimento que se segue. Augusto vinculou-se recentemente à Sociedade de Psiquiatria Biológica. Esta procura de filiação faz sentido dentro de sua visão do adoecer psíquico, que ele atribui a um fundo orgânico.

Prá mim a esquizofrenia é uma doença de fundo orgânico, dopaminérgico, envolve neurotransmissores... o procedimento psiquiátrico é orgânico... O paciente psicótico é um paciente medicamentoso, não tem jeito.

Augusto acredita que "um dia vai-se mapear o cérebro, só que se leva tempo para descobrir esses neurotransmissores, como agem!" Ele nos dá um exemplo:

Eu tenho doentes com depressão clínica que é uma depressão que se está estudando e caminhando para ver que aquilo é uma alteração provavelmente de serotonina.

Augusto encontra a comprovação de suas teses na sua experiência clínica:

Um deprimido corre para mim, eu trato, e ele fica melhor. Medicamentosamente, ele fica bem. Aí ele vai lá, faz análise e o analista diz: "a culpa é do seu pai". Que nada! Isso é um caráter genético. Ele tem uma predisposição como outros tem diabetes. Qualquer pessoa com uma visão científica sabe disso... é genético.

Reduzir a "depressão clínica" a uma "alteração de serotonina" implica considerar a existência de uma única possibilidade na determinação deste quadro clínico. O referencial da psiquiatria biológica não é contudo o único no campo do conhecimento psiquiátrico. Ao contrário do ponto de vista absoluto detectado na fala de Augusto encontraremos em outros profissionais posturas mais ecléticas.

Davi é um psiquiatra que interessou-se pela psicanálise nos anos 70 e gostou sempre de estudar filosofia:

Li de tudo, passando pelo existencialismo, fenomenologia, marxismo, pelas correntes mais modernas como Deleuze e Guattari e também autores da anti-psiquiatria.

Seus estudos do existencialismo presentificaram-se quando, na década de 80, procurou formação em psicodrama. Todas estas influências aparecem juntas quando ao se referir ao tratamento do paciente, Davi diz:

Eu uso basicamente o referencial da psiquiatria clínica como uma base mínima na constituição de grandes grupos nosológicos. Por exemplo, eu não deixo de considerar que há a possibilidade de o paciente apresentar um quadro orgânico estrito e aquilo tem que ser considerado para uma primeira intervenção. Mas ao mesmo tempo, esses grandes grupos nosológicos convivem com uma apreensão que eu desenvolvi do paciente que eu chamaria de fenomenológica, porque ela conviveria com esses grupos nosológicos não desenvolvendo com eles uma relação exclusiva - ou o paciente é considerado conforme seu modo de ser ou tem que ser considerado segundo uma categoria nosológica. Eu trabalho considerando esses dois elementos que se interpenetram e a partir daí traço uma hipótese que vai me nortear a conduta mais imediata - que pode ser uma intervenção dramática, no caso de um paciente alucinando ou delirando. Mas temos que considerar uma conduta, que vai dar seguimento a esta em termos de projeto de tratamento nos dias seguintes e a longo prazo. Eu trabalho com estes dois parâmetros de início, mas não desconsidero qualquer outro tipo de diagnóstico, desde que ele se integre a algum tipo de projeto para aquele paciente, ao futuro daquele paciente que está agora sofrendo. Em princípio acho que qualquer tipo de diagnóstico deve ser considerado. Sendo assim, o diagnóstico vai revelar uma fatia, uma perspectiva vivencial do paciente. Ele não é melhor ou pior que os demais, desde que ele caiba nesse projeto terapêutico do paciente".

Não foi somente Davi que buscou respaldo teórico fora da área médica. Cosme interessou-se pela Antropologia, tomando o campo das Ciências Sociais como contíguo ao da Psiquiatria:

Eu comparo o psiquiatra a um habitante de fronteira, no sentido de que para ele convergem influências e campos de saber distintos, e você tem que saber transitar dentro destes aspectos. Eu fiz três anos de Ciências Sociais e tive noções de antropologia, sociologia. Eu nunca pensei em abandonar a Psiquiatria: eu tomei as Ciências Sociais como uma complementação do meu modo de ver a psiquiatria.

Cosme aperfeiçoou-se em psiquiatria e realizou concomitantemente o curso de Ciências Sociais. Ao contrário do que poderíamos pensar, não foi para desviar-se do campo psiquiátrico que buscou este último curso, mas sim para melhor circunscrever os limites de sua atuação. Não satisfeito, seguiu seu caminho iniciando sua formação analítica. A psicanálise incorporou-se desde então à sua clínica:

Eu parto da seguinte idéia: para avaliar uma determinada pessoa ou para atuar terapêuticamente o campo da psiquiatria tem suas respostas e suas limitações. Quando você vê determinados casos clínicos ou abarca outros tipos de população, a psicanálise vai te dar instrumental maior e diferente para abranger isto. Eu costumo acreditar que você tem para determinados tipos de caso, um instrumental específico que vai te levar ao sucesso.

Cosme reconhece que os campos da psiquiatria e da psicanálise são distintos, mas aponta uma "intercessão" que se efetiva no que ele chama "a clínica".

Acho que tem uma intercessão. Eu volto à imagem do habitante de fronteira... acho que a gente não pode perder a capacidade de andar de bicicleta. Isto não é advogar, de forma nenhuma, um relativismo absoluto. Acho que existem pontos nodais bem estruturados de uma visão e de outra. Há momentos de divergência e o que vai nortear é evidentemente o que vai surgir na clínica.

Cibele também interessou-se por Antropologia. Atualmente frequenta as aulas deste curso da UFF, justificando seu interesse pela área ao dizer que em seu trabalho como médica vê-se diante de "questões sociais" para as quais as Ciências Sociais tem uma "lei-

tura muito interessante":

Prá mim foi uma coisa de encontrar o que eu estava buscando. Este apaixonamento se deu quando eu percebi que as várias etnias tem respostas diversas para as mesmas questões. Isto me interessou muito por conta de que o discurso médico faz a gente pensar que a verdade varia muito pouco. Que as respostas estão aí, estão prontas e que elas são únicas, são uniformes. Quando a gente estuda antropologia a gente percebe que não. É por outro lado o discurso médico me ajuda a entender determinadas questões de Antropologia sem me desesperar muito, sem ter a solidão do observador.

Cibele trabalha como psiquiatra: "eu faço psiquiatria clínica e psicoterapia". Logo adiante retifica:

A gente faz esta diferenciação mas, na prática, isto está muito misturado. Quando a gente marca isto na verdade está dizendo: eu não só prescrevo. Eu sou uma psiquiatra clínica que lança mão de vários recursos teóricos, inclusive a psicanálise.

Cibele não se atém à questão da dificuldade de articulação em sua prática, de diferentes referenciais teóricos. Da mesma forma que diz "lançar mão da psicanálise", reconhece que, a anamnese psiquiátrica é "um instrumento importantíssimo", mas limitado, e diz que embora ache o diagnóstico psiquiátrico "uma ferramenta importante" sabe que muitas vezes vai ter que seguir sem ele. Pois para ela o primordial está em outro ponto:

"o que orienta a gente na abordagem do paciente é a gente estar ali. A gente estar naquela história".

Também para Cândida "estar na história", implicar-se no tratamento do paciente, é o fundamental. Cândida escolheu psiquiatria pensando em relacionar seus estudos médicos com o enorme interesse na área de Ciências Sociais e Humanas. Escolheu medicina porque queria "trabalhar com gente", muito mais do que com células e moléculas". Na psiquiatria encontrou uma síntese: descobriu que po-

deria aliar os valores humanísticos de servir ao outro com uma prática criativa que sempre acompanhara sua vida.

Na psiquiatria o que eu percebi é que tinha uma coisa de relação que era fundamental pro tratamento, uma coisa de você realmente acompanhar aquela pessoa. De acompanhar a vida da pessoa. Aquela coisa que as pessoas não gostam, de ser crônica, é o que me apaixonou. De você se implicar na vida das pessoas".

Cândida preparou-se para atuar profissionalmente estudando psiquiatria e psicanálise. A influência desta última é marcada aqui:

Eu acho que é super importante, que muda radicalmente sua prática se você acredita no inconsciente no sentido de que ele tem interferência... é claro que na orientação do tratamento sua formação fenomenológica e farmacológica também contam. Só que é diferente você dizer que faz isto acreditando que aquilo que o paciente diz tem uma marca no inconsciente com o qual você vai trabalhar. Que tem outros níveis envolvidos que não é só o manifesto. Eu acho que isto faz toda a diferença.

Mas, na prática, a distinção entre os saberes psiquiátrico e psicanalítico não ocupa para Cândida o foco de sua atenção:

Na verdade eu nunca fiz muito esta distinção se é psicanálise, se é psiquiatria. Ou assim: se a psiquiatria não está dando conta vou procurar a psicanálise ou vice-versa. Sempre pensei estas coisas mais ou menos juntas. Próximo foi importante encontrar um lugar onde isto existia: psiquiatria e psicanálise não eram colocadas como opostas mas trabalhavam juntas na mesma questão que era a questão de tratar aqueles pacientes.

Clara sempre quis "cuidar de loucos". Preparou-se para isto aliando seus estudos acadêmicos na área da psiquiatria a uma leitura sistemática da obra de Freud. Juntas, essas referências se fazem presentes em sua atuação profissional:

Na hora de fazer um diagnóstico eu utilizo o referencial da clínica psiquiátrica, da psiquiatria biológica, a nosografia, a psicopatologia... Jaspers... uso o referencial da psicanálise também. Utilizo a transferência. Eu

uso todos estes recursos que eu tenho à disposição e não tenho preferência por nenhum deles.

Mais adiante Clara matiza seu ecletismo:

Acaba funcionando assim: eu uso o referencial da psicanálise e as outras coisas é que entram como aditivo. Eu prescrevo a medicação, obviamente com indicações, conhecendo psicofarmacologia, mas acho que rastreio o caso... Prá construção do diagnóstico eu uso a psicanálise.

"Tratar pacientes", "cuidar de loucos": as dificuldades e impasses na orientação do tratamento dos pacientes psiquiátricos funcionam como "motor" para a incessante procura de novas referências que balizem a prática. E o que podemos perceber com Erico. Ele se interessou sempre pelas questões institucionais ligadas ao trabalho clínico, privilegiando a prática no setor público. Recentemente foi aluno do curso de Especialização em Saúde Mental da ENSP e visitou, por três meses, os serviços psiquiátricos de Trieste dos quais guarda forte influência. Um novo interesse surge, contudo, no momento atual. Erico pretende procurar em breve uma "formação" em uma sociedade de Psicologia Jungiana. O motivo da procura funda-se basicamente nas dificuldades que emanam de sua prática clínica.

Eu estou de um tempo prá cá carregado com pacientes extremamente difíceis. São pacientes muito desagregados e está sendo muito difícil. Eu estou atendendo-os individualmente, coisa que até agora eu não tinha feito aqui no hospital. Agora estou tendo que fazer e daí esta procura veio somar-se a uma procura que eu já vinha fazendo anteriormente. Estou, então, agora, em busca de uma ferramenta mais teórica prá tentar individualizar um pouquinho estes pacientes. Porque eu acho que apesar do meu comprometimento com a psiquiatria democrática italiana, acho que para o momento, agora, você pode colocar uma coisa mais individualizante sim. Eu não descarto isso e inclusive estou sentindo necessidade disso.

Cláudio trabalha "basicamente como psicanalista" pois, mesmo que continue medicando alguns de seus pacientes a sua "escuta" é

psicanalítica. Apesar de reconhecer a existência de "muitas áreas de confluência entre a psiquiatria e a psicanálise", Cláudio refere uma diferença entre as duas "que vai se esboçando cada vez mais". Diferença que se torna clara quando ele contrapõe o que acredita ser "a tendência hegemônica da psiquiatria atual" aos discursos que se ocupam da subjetividade:

O objetivo da psiquiatria é basicamente você reconhecer determinadas regularidades e tratar principalmente através do corpo, dos substratos orgânicos que determinam aquele comportamento, aquelas regularidades. Tanto é que a psiquiatria está querendo cada vez mais fugir do que é subjetivo. Ela se propõe a isto e para alguns objetivos ela serve, cumpre bem este papel. Por exemplo, num diagnóstico de PMD preciso, fase maníaca, a gente dá lítio ou tegretol e a pessoa sai da crise. Isso é fundamental, mas ela se propõe basicamente a isto. Não está se propondo a outras coisas. E no meu trabalho eu me proponho a outras coisas. O que me interessa é o que é subjetivo, o que é singular. Você abre o Kaplan vê isso expressamente: entrevistas padronizadas visam isto, visam eliminar o subjetivo. E como essa ciência não dá conta do subjetivo acho que a gente tem que procurar outros instrumentos, pois o subjetivo é uma das maneiras de você redescrever o que é o homem, que foi inventado, o que é a subjetividade, essa idéia.

O reconhecimento de uma tendência hegemônica na psiquiatria de hoje não impede que Cláudio tenha sua visão particular deste campo que um dia resolveu abraçar.

Não existe a psiquiatria. Existe uma série de propostas, de emaranhados teóricos variados que você pode se servir daquilo que acha melhor.

Este ponto de vista permite a Cláudio circular com liberdade entre diferentes propostas utilizando todas as ferramentas teóricas que possam lhe ser úteis na tarefa de lidar com a questão da loucura:

...Tem a psicoterapia institucional; uma ferramenta importantíssima. Tem o olhar psiquiátrico: fazer um bom diagnóstico, saber medicar. Psicanálise é fundamental. E tem também o que é mais fundamental nesse trabalho; a ferramenta fundamental é o desejo das pessoas que estão ali de fazerem isto.

O que se pode depreender destes últimos depoimentos? Eles mostram a busca dos profissionais por referências teóricas que podem ser bastante diversas. "Existencialismo", "psicanálise", "antropologia", "psiquiatria democrática italiana", em comum, parecem funcionar como "mapas, guias para a ação" (Bezerra Jr., 1994 p. 166). Não têm em si nenhum caráter absoluto, essencial: é o que se percebe quando Davi afirma que "nenhum diagnóstico é melhor ou pior que os demais, desde que caiba no projeto terapêutico do paciente", ou quando Cosme que diz que para determinadas situações um instrumental específico pode levar ao sucesso; ou ainda quando Erico, admitindo seu comprometimento com a psiquiatria democrática italiana, sente necessidade de procurar uma referência teórica que o instrua a pensar "uma coisa mais individualizante". Como também é interessante observar a descoberta de Cibele, de que poderia relativizar "as verdades" não variantes do discurso médico ou acompanhar Cláudio quando afirma ser a psiquiatria em uma "série de propostas, de emaranhados teóricos variados" colocados à disposição daqueles que se lançam no campo da clínica.

Respaldando o ato clínico encontram-se diferentes orientações teóricas. Todas elas importantes, imprescindíveis. Contudo, o que não se pode deixar de perceber é o caráter contingente dessas escolhas, posto que elas encontram sua razão de ser no desafio constante da prática clínica.

SOBRE A CLINICA

Ao demarcar entre os depoimentos obtidos, os limites e possibilidades da ação do psiquiatra, e ao serem diferenciadas as referências teóricas que balizam a prática clínica, delineou-se a questão do compromisso do profissional com seu ato clínico. Para tentar tornar mais evidente esta afirmação, foram separados depoimentos nos quais a referência à clínica ocupa o lugar central. Vamos ouvi-los.

Logo que eu entrei na faculdade eu estava super encantada com a psicanálise. Eu era apenas paciente e tinha o desejo de fazer psiquiatria para fazer psicanálise. Com o tempo eu me envolvi com a clínica médica, mas na hora do internato eu tive uma super decepção, e comecei a pensar de novo na psiquiatria. Essa crise com a medicina foi uma crise de não me identificar com as propostas médicas. Eu achava que a formação médica estava voltada para a formação de um técnico. De alguém que entendia muito de doenças, de entidades nosológicas mas não entendia nada da pessoa.

Carolina prepara-se agora para a prova de residência estudando os "DSM III e CID X da vida e essas coisas que são exigidas e tidas como fundamentos básicos para qualquer prática". Coisas das quais ela não tira o valor.

Eu acho que de fato eles não podem ser dispensados, mas não acho que é só isso que vai nortear minha clínica, o meu posicionamento diante do paciente.

Carolina também estuda psicanálise. Há um ano participa de um grupo de estudos e diz que no momento atual "vem usando" todas estas referências teóricas em sua prática clínica:

É como se eu ainda não tivesse descoberto um caminho, ou talvez eu não tivesse ainda segurança para trafegar num só caminho, ou quem sabe eu não vá nunca trafegar num caminho só. Talvez eu vá sempre lançar mão de vários funda-

mentos teóricos numa prática que eu não vá ter um nome prá dar a ela, mas que vai ser a minha prática...

Davi decidiu ser psiquiatra no terceiro ano do curso de Medicina:

A partir do momento em que eu entrei em contato com o paciente... parece que a medicina começa ali no 3º ano, eu fui vendo aspectos que me interessavam que a medicina não dava conta. Aquela coisa do exame clínico do paciente, aquelas etapas do exame físico do paciente, percussão, palpação etc. fui vendo que aquilo era insuficiente para mim. A partir desse contato com o paciente é que eu pude perceber que havia necessidade de uma outra coisa a ser feita com o paciente. Essa outra coisa era a psiquiatria.

Como psiquiatra Davi tenta viabilizar uma proposta que sabe ser muito difícil:

O trabalho que eu me proponho, que é um trabalho com a psicose, é muito difícil, há sempre pontos negros, obscuros que dizem respeito às perspectivas do trabalho com o psicótico, que extrapolam a dimensão meramente clínica ou farmacológica...

Davi segue adiante, definindo mais amplamente e talvez mais precisamente seu posicionamento frente à clínica:

Para mim nada se compara à atividade clínica em termos de realização, de produção concreta do que se está vendo ali. Eu estou me referindo ao fato de o paciente melhorar. De o paciente mudar de vida, das coisas se alterarem. Nada como a clínica. Essa articulação com o real em sua concretude, de ver pessoas, sujeitos sofrendo e com o tempo com a possibilidade de modificarem isso... A Clínica, na realidade, é sempre um campo aberto.

Quando antes Davi falou: "dimensão meramente clínica" não se referia certamente à riqueza do que pôde relatar depois. Talvez não tenha percebido que era a mesma palavra clínica que iria logo adiante utilizar para definir esta atividade, na qual ele mergulha desejoso e implicado em cada um de seus atos.

Em seu trabalho institucional Cesar gosta de trabalhar em equipe. Discute seus casos com as psicólogas da enfermagem e, juntos, imprimem uma direção ao tratamento. Conta-nos um caso que absorve agora sua atenção: ele tem dúvidas sobre o diagnóstico de uma paciente, mas isto não é o mais importante. O que mais o preocupa neste momento é saber "o que a gente tem que fazer pra conseguir que essa mulher fale das coisas dela sem precisar ficar doida?" Com esta pergunta Cesar ilustra o que depois pode definir sobre sua postura na clínica:

Dá pra fazer coisas quando você esquece a patologia, passa a pensar na pessoa e individualiza cada caso. Isso é basicamente o que eu penso e nem sempre isso é consoante com a expectativa das pessoas.

E curioso observar como Cesar dirige o tratamento. Ele não descarta a importância da realização do diagnóstico, mas sabe que algumas vezes vai ter que seguir sem ele. Sabe também que isto não o impede agora de atingir sua meta de pensar, formular condutas que visem o que é principal: fazer com que o paciente possa falar sem enlouquecer, criar para si uma nova realidade. É aqui, "esquecendo a patologia, pensando na pessoa" que Cesar acredita estar exercendo plenamente a atividade Clínica.

André decidiu fazer psiquiatria quando passou pela disciplina e conheceu um professor que o incentivou. Foi um encontro importante para alguém que vinha achando o "currículo médico muito pobre em termos de dar um conhecimento de vida". Concentrou seus estudos na Universidade, não tendo nunca procurado qualquer formação teórica fora do meio acadêmico. Suas ferramentas conceituais são "a psicopatologia, a fenomenologia, a psiquiatria clínica" e

também os critérios classificatórios do DSM III.

André tem uma idéia precisa do seu papel na equipe da enfermaria. Como médico, faz o diagnóstico, cuida da medicação e discute com seus pares as linhas do tratamento. Mas reconhece ainda algo mais:

Tem também minha presença na enfermaria - isto não tem nome. Veja por exemplo aquela paciente que não falava, a Dalva. Fiquei junto com ela e isto não é nem médico, isto é o pulo do gato, isto é o que eu chamo *feeling*. Mas nem sempre funciona..."

É interessante observar que para André é claro que, em sua atuação como médico ele deve diagnosticar e medicar. Contudo, ele não deixa de chamar atenção para a importância de sua presença na enfermaria, algo que lhe escapa - "não é nem médico" - que não pode nomear - "isto não tem nome" - mas que ele revestiu de inegável valor terapêutico. O pulo do gato tão necessário para se tratar o paciente psiquiátrico.

Cláudio citou diferentes ferramentas das quais se serve na tarefa de lidar com a loucura:

... tem a psicoterapia institucional; uma ferramenta importantíssima. Tem o olhar psiquiátrico: fazer um bom diagnóstico, saber medicar. Psicanálise é fundamental. E tem também o que é mais fundamental nesse trabalho: a ferramenta fundamental é o desejo das pessoas que estão ali de fazerem isto.

O desejo: ferramenta fundamental. É isto certamente o que faz com que André disponha de seu tempo, reavalie suas convicções e se coloque quieto ao lado de sua paciente, esperando que ela enfim lhe diga algo. É isto o que move Cesar quando ele se pergunta o que deve fazer para ajudar sua paciente "a falar sem enlouquecer", criando para si uma nova realidade. Clarisse apontou o desejo de

sua paciente de tratar-se, apesar das condições adversas do atendimento num posto de emergência. Eu acrescento que aí está também colocado o desejo de Clarisse: ela não precisaria atender aquela paciente semanalmente, sua função como plantonista não a obriga a tanto. Colocar-se à disposição com sua escuta analítica depende de uma escolha. Como é da ordem da escolha a determinação de Cassiano de levar adiante a internação daquele menino de rua, de fazer com que a internação acontecesse de fato. Não bastava a indicação, o importante é que o procedimento fosse levado a termo dando fim ao sofrimento do paciente que permanecera por três dias num posto de emergência geral.

E esta dimensão da escolha que está presente todo o tempo na atividade clínica. Como foi dito, o processo de formação psiquiátrica implica uma disponibilidade particular do sujeito para este engajamento. O projeto de clinicar ultrapassa a aquisição sistemática de conhecimentos específicos: envolve desejo, compromisso, escolha, a cada vez que acolhemos um novo paciente.

CONCLUSÃO

Renato é estudante universitário e tem 27 anos. Em nosso primeiro contato ele me aguarda sem hora marcada, e entra no consultório disposto a falar de seu problema imediatamente. Vem encaminhado pelo psiquiatra que o atende há muitos anos, mas que, segundo o paciente não quer mais tratá-lo. Diz passar por um período terrível, não dorme, é importunado por alguém que o ameaça, está muito amedrontado. Fala durante quarenta minutos, até que por conta própria interrompe a consulta. Ofereço uma medicação. Ele pergunta se é só para dormir. Digo que não, que é também para a angústia que o impede de dormir. Ele não aceita e pede nova consulta. Volta em dois dias ainda sentindo-se perseguido. Nesta consulta expõe seu delírio. Ao final novamente ofereço a medicação e ele novamente recusa. Diz que Haldol (e similares) servem àqueles que querem o seu mal e faz uma associação detalhada entre remédios e perseguidor. No encontro seguinte quando novamente aludo à possibilidade do uso de um tranquilizante para a sua angústia, ele me diz: "Cecilia para de falar de remédio e me escuta". E então o que passo unicamente a fazer nos encontros bi-semanais que mantemos. Um dia após mais ou menos um mês, ele fala: "Estou mais calmo e vou voltar à faculdade. O campo já está mais tranquilo. Eles estão ocupados com a ECO-92 e me deixaram em paz". Passou então a relacionar outros problemas; naquele momento tinha uma dor na coluna por causa de uma colchão ruim, certamente...

* * * * *

Rosa é uma dona de casa, viúva, de setenta e cinco anos. Chega ao ambulatório pedindo consulta urgente, no que é atendida. Inicia sua entrevista com um relato pormenorizado de sua vida, desde sua juventude no Nordeste, sua vinda com o marido para o Rio, suas dificuldades com um filho deficiente mental, já falecido, e com um outro filho, um rapaz psicótico, internado desde os quatorze anos em clínicas psiquiátricas. Seu filho mais novo, com quem mora, vai se casar. O outro, o psicótico, pede a ela insistentemente que o leve para casa e esta decisão é única e exclusivamente sua. Quer um remédio para a angústia que isto traz: está emagrecendo, não pinta mais o cabelo, não quer mais sair de casa. No dia seguinte irá ver o filho no hospital e precisa agora de um remédio para sua depressão. Ao invés da medicação ofereço uma nova consulta dentro de dois dias. Rosa não comparece no horário marcado, nem depois e eu não tive mais notícias suas.

* * * * *

Conheci Rui assim que iniciei minhas atividades na enfermaria. Esta era a sua quarta internação psiquiátrica e como das vezes anteriores fora trazido por ter agredido um familiar. No início de sua permanência na enfermaria entrou em atrito com outros pacientes, chegando a ser considerado um "agressor contumaz" por membros da equipe de enfermagem.

Desde o primeiro contato percebi seu déficit intelectual, provavelmente relacionado a um passado de sarampo e meningite na primeira infância. Em consequência disso, Rui não frequentou esco-

las, e apenas escrevia seu nome e reconhecia algumas letras. De acordo com o relato do atendimento da psicologia, tratava-se de alguém com fluência verbal precária e dificuldade de compreensão de solicitações ou questões, porém com bom desempenho em atividades simples. Essa observação valiosa abriu caminho para o trabalho que passou-se a desenvolver.

Nesta ocasião era realizada uma reunião diária com pacientes internados, que tinha como desdobramento a realização de atividades propostas a partir de seus interesses. Nestes encontros surgiu a idéia de fazermos pipas para soltar ou vender, e esta atividade, inicialmente dispersa entre tantas outras, ganhou pelo interesse despertado um horário fixo e o *status* de oficina. Neste empreendimento Rui foi desde o início nosso mais entusiasmado colaborador. Sua capacidade de desenvolver tarefas simples encontrou anteparo em algo que, com certeza, lhe trazia satisfação. E por ser assim recomendamos na ocasião de sua alta que ele continuasse frequentando semanalmente aquela oficina. O que havia começado dizia respeito, em primeiro lugar, a uma ampliação de seu universo social, restrito naquele momento ao seu núcleo familiar. O compromisso de comparecer semanalmente ao hospital implicava dois passos: o primeiro, relacionado ao fato de Rui passar a ir e vir desacompanhado, o que aconteceu duas semanas após sua alta; o segundo, a responsabilidade que lhe confiamos de nos trazer as varetas prontas para a confecção das pipas.

Daí para frente a história fluiu sózinha. Rui aperfeiçoava dia a dia sua técnica. É meticoloso, e ao mesmo tempo que trabalha

individualmente mantém-se bastante atento ao restante do grupo. Tenta controlar a tarefa, dá palpites, denuncia quando acha que o vizinho não dá conta do recado: "Titila, ele não sabe fazer. Tá errado!" Isto me dá a chance de dar bons toques. Com humor, na brincadeira, ele aceita que cada um faz o que sabe, o que pode.

Após sua alta hospitalar, há dois anos, o seguimento medicamentoso de Rui foi remetido novamente ao seu posto de origem e ele continuou vindo ao nosso hospital apenas para o trabalho de oficina. O que mantém Rui vinculado ao nosso hospital? Examinando rigorosamente, vemos que o hospital é o lugar para o acontecimento clínico - razão primeira de sua existência. Como articular, então, o que ocorre na relação estabelecida por Rui com a nossa equipe e o ato clínico?

* * * * *

Em meu exercício clínico conheci Renato, Rosa e Rui. A cada um destes novos encontros, pude redimensionar idéias iniciais sobre os limites da minha atuação. Novas dimensões a cada vez que uma escolha foi necessária.

Conheci os três em meu exercício clínico como psiquiatra da rede de saúde de Niterói. Este universo apresentava algumas características que me chamaram a atenção. Em primeiro lugar, a partir da municipalização da Rede de Saúde de Niterói, a Coordenação de Saúde Mental da Fundação Municipal de Saúde passou a gerenciar o trabalho de profissionais vinculados a diferentes órgãos públicos, imprimindo as diretrizes do programa de Saúde Mental do Município. Constatei, ainda, que os psiquiatras envolvidos na condução da Política de Saúde Mental em Niterói nos últimos dez anos tinham a formação profissional marcada pelo entrecruzamento de tendências diversas no campo psiquiátrico. Por outro lado pude observar que houve a contratação de novos psiquiatras para o trabalho em Niterói a partir da década de 80, que trouxe "sangue novo" aos quadros da Rede. Este conjunto de fatores me fez supor que poderia encontrar neste universo profissionais atuando de diversas maneiras em sua prática psiquiátrica. Tornou-se cativante a idéia de estender meu olhar e conhecer de perto meus pares.

Conhecer o conjunto dos psiquiatras da rede pública municipalizada de Niterói foi uma experiência estimulante. Encontrei um universo rico, heterogêneo, que na expressão de sua diversidade revelou comprometimento dos profissionais com seus projetos de trabalho.

Já ouvi mais de uma vez que eu sou uma "psiquiatra diferente". Para muita gente quando conto entusiasmada algum fato, algum caso, estou colocada fora do campo que identificam com o universo da psiquiatria: aquele que cala e que exclui. Pois a pesquisa em Niterói me fez perceber que são muitos os "psiquiatras diferentes". Aliás, aproveitando a idéia, posso dizer: psiquiatras diferentes... a cada dia, a cada novo encontro com o paciente.

Debruçar-me sobre a questão da formação teórico-clínica de médicos psiquiatras constituiu uma via privilegiada de acesso ao centro de minha questão. Importava saber sobre referências teóricas, sobre instrumentos utilizados ao longo de trajetórias profissionais, mas importava principalmente conhecer a articulação destes instrumentos na prática clínica. Encontrei em Niterói um universo de profissionais bastante diversificado, tanto no que diz respeito à dimensão que têm do limite e das possibilidades da ação do psiquiatra, quanto às diferentes orientações teóricas buscadas para o balizamento da prática psiquiátrica. Diferentes teorias respaldam o ato clínico. Todas elas importantes, imprescindíveis. Resalto contudo o caráter contingente destas escolhas, posto que encontram sua razão de ser nos desafios constantes da realidade da Clínica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION **Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais (DSM III-R).** 3ª ed. rev. São Paulo: Ed. Manole Ltda, 1989.
- ALTHUSSER, L. Freud e Lacan. In: COELHO, E. P. (sel. e int.). **Estruturalismo** Lisboa: 1968, p. 229-235.
- BERCHERIE, P. **Os Fundamentos da Clínica - História e Estrutura do Saber Psiquiátrico.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1989.
- **Genese des Concepts Freudiens - Les Fondements de la Clinique II.** Paris: Navarin Ed., 1983.
- **L'oculaire quadrifocal - epistémologie de l'Heritage Freudien.** *Ornicar.* n. 29, 1984.
- **L'oculaire quadrifocal II - epistémologie de l'Heritage Freudien.** *Ornicar.* n. > 30, 1984.
- **Geographie du Champ Psychanalytique -** Paris: Navarin Ed., 1988.
- BEZERRA Jr., B. **Subjetividade moderna e o campo da psicanálise.** In: BIRMAN (org.) **Freud 50 anos depois.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1989, p.219-239.
- **Descentramento e Sujeito - versões da revolução copernicana de Freud.** In: COSTA (org.) **Redescrições da Psicanálise - Ensaio Pragmáticos.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1984, p. 119-167.
- BIRMAN, J. **Demanda psiquiátrica e saber psicanalítico.** In: FIGUEIRA, S. (coord.) **Sociedade e doença mental.** Rio de Janeiro: Campus, 1978, p.133-148.

- **Enfermidade e Loucura.** Rio de Janeiro: Campus, 1980.
- Freud e a crítica da razão delirante. In: BIRMAN, J. (coord.) **Freud 50 anos depois,** Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1989.
- **A Constituição da Psicanálise. Freud e a experiência psicanalítica.** Rio de Janeiro: Livrarias Taurus-Timbre Ed., 1989.
- BORGES, S. Por uma clínica que a psicanálise nos ensina. In: TUNDIS, S.A. ; COSTA, N.R. (org.) **Cidadania e Loucura.** Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1988, p. 203-216.
- BORGES, S. ; Atiê, E. **Vida de mulher: estratégia de sobrevivência no cotidiano.** Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1989 (Mimeo).
- CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico.** Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1982.
- **Ideologia e Racionalidade nas Ciências da Vida.** Lisboa: Edições 70, 1970.
- CASTEL, R. **A Gestão dos Riscos - da Anti-Psiquiatria à Pós-Psicanálise.** Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora Ltda, 1987.
- Rumo a novas fronteiras da medicina mental. In: FIGUEIRA, S (org.) **Psicanálise e Ciências Sociais.** Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora Ltda, 1980, p. 246-280.
- CAVALCANTI, M. T. **O tear das cinzas, um estudo entre psicose e instituição psiquiátrica.** Rio de Janeiro, UFRJ, 1992. Dissertação. (Mestrado em Psiquiatria) UFRJ, 1992.
- **Transformações na assistência psiquiátrica ou uma assistência psiquiátrica em transformação** In: SILVA Fº, e

- RUSSO J. (org.) *Duzentos Anos de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993, p. 145-155.
- CLAVREUL, J. *A Ordem Médica. Poder e Impotência do Discurso Médico*. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- CORBISIER, C. A escuta da diferença na emergência psiquiátrica. In: BEZERRA Jr. B e AMARANTE, P. (org.) *Psiquiatria sem Hospício*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992, p. 9-15.
- A ética da humildade In *Psicanálise e Tempo*. Rio de Janeiro: Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro, 1994, p. 99-199.
- COSTA, J. F. *História da Psiquiatria no Brasil - um Corte Ideológico*. Rio de Janeiro: Xenon, 1989.
- *A Inocência e o Vício (Introdução)*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992, p. 13-40.
- Apresentação In: GOLDBERG *Clínica da Psicose*, Rio de Janeiro: TeCorá-IFB, 1994, p.9-17.
- *Pragmática e Processo Analítico: Freud, Wittgenstein, Davidson, Rorty* In: COSTA (org.) *Redescrições da Psicanálise - Ensaios Pragmáticos*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994, p. 9-60.
- DETRE, T. The future of psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, v. 144-5, 1987, p. 621-625.
- DIAS, A.F.G. e CHIAVERINI D.H., ODWYER G.C. et al. *Evolução do Sistema de Saúde de Niterói*. In: II Encontro da Sub-rede SILOS, 1992 Niterói: 1992.
- DROB, S. The Dilemma of Contemporary Psychiatry. *American Journal of Psychotherapy*, New York, v.XLIII, n.1, jan. 1989

- FIGUEIREDO, A.C. O movimento psicanalítico no Rio de Janeiro na década de 70 In: BIRMAN (org.) *Percursos na História da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Livraria Taurus Ed., 1988, p.123-147.
- FOUCAULT, M. *Doença Mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1968.
- *História da Loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1978.
- *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.
- *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- FREUD, S. (1914) *História do movimento psicanalítico*. ESB. v.XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p.13-82.
- (1924) *Uma breve descrição da psicanálise*. ESB. v. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 239-260.
- (1925) *Um estudo autobiográfico*. ESB. v. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 13-89.
- GARCIA-ROZA, L.A. *Freud e o Inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991.
- *Plano de ação trienal: reorientação da assistência em saúde mental no município de Niterói - 1988, 1989 e 1990*. Projeto Niterói, 1988.
- GOLDBERG, J. I. *Clínica da Psicose: um Projeto na Rede Pública*. Rio de Janeiro: TeCorá-IFB, 1994
- HACKING, I. *Making-up people*. IN: Stein, E. (ed) *Forms of Desire*. New York: Routledge, 1992, p. 70-87.
- JARDIM, S.R. *Processo de trabalho e sofrimento psíquico - O caso dos pilotos do metrô carioca*. Tese de doutorado. Instituto de Psiquiatria, UFRJ, 1994.

- LEI ORGANICA DO MUNICIPIO DE NITEROI, Capitulo III, artigo 213.
Niterói, 1990.
- MACHADO, R. *Ciência e Saber: a Trajetória da Arqueologia de Foucault*. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- MEZAN, R. Problemas de uma História da Psicanálise. In: BIRMAN (org.) *Percursos na história da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Livraria Taurus Editora, 1988, p.15-41.
- MILLER, J.A. A psicanálise e a psiquiatria. *Falo - Revista Brasileira do Campo Freudiano* (nº 1) Rio de Janeiro, n.1 p. 113-124., 1987
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento :metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1989. Tese (Doutorado.) Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1989.
- MINISTERIO DA PREVIDENCIA E ASSISTENCIA SOCIAL/INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTENCIA MEDICA DA PREVIDENCIA SOCIAL/SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE. *Projeto de Integração, Regionalização e Hierarquização de Serviços de Saúde para Areas Metropolitanas*.
- MINISTERIO DA PREVIDENCIA E ASSISTENCIA SOCIAL/CONSELHO CONSULTIVO DA ADMINISTRACAO DE SAUDE PREVIDENCIARIA. *Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária*. Brasília: 1982.
- MINISTERIO DA SAUDE/DIVISAO NACIONAL DE SAUDE MENTAL. *Diretrizes para a área de Saúde Mental*. Brasília: 1980.
- MOYSES, N.M., AZEM, E.P., O'DWYER, G.C. et al. *Recuperação de uma história. Ações integradas de saúde*. Projeto Niterói, 1987.
- OURY, J. *Les outils conceptuels*. Contres, 1987.(mimeo)

- Itinéraires de formations. Revue pratique, 1991, 1: 42-50.
- NITEROI/FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE. Programa de Saúde Mental, Niterói, 1991.
- NUNES, S. Da Medicina Social à Psicanálise. In: BIRMAN, J. (coord) **Percursos da História da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Taurus, 1988. p.61-122
- PARDES, H. - Neuroscience and psychiatry: marriage or coexistence? **American Journal of Psychiatry** - 143:10, p. 1205-1212. 1986.
- PASNAU, R. The remedicalization of psychiatry. **Hospital and community psychiatry**. 38:2, p. 145-151. 1987.
- PEREIRA DE QUEIROZ, M.I. Introdução a dois estudos sobre a técnica de história de vida. In: **Variação Sobre a Técnica de Gravador no Registro da Informação Viva**. São Paulo: 1953.
- PITTA-HOISEL, A.M. **Sobre uma política de saúde mental**. São Paulo: USP, 1984. Dissertação. (Mestrado), USP, 1984.
- PREFEITURA DE NITEROI/GRUPO DE TRABALHO DE SAÚDE MENTAL. Proposta de reorientação da atenção à saúde mental no município de Niterói. Projeto Niterói, 1983.
- RESENDE, H. Políticas de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: Costa, N.R. e Tundis, S.A. **Cidadania e Loucura**. Petrópolis: Vozes/Abrasco, 1987, p. 15-73.
- ROCHA, E.C. Políticas de saúde mental (mimeo). 1990.
- ROCHA, E.C. e SANTOS, M.V. Reorientação da atenção à saúde mental no município de Niterói. (mimeo), 1993.
- ROTELLI, F. e AMARANTE, P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA Jr, B. e AMARANTE, P. (org.) **Psiquiatria sem hospício - contribuições**

ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992, p. 41-55.

ROUDINESCO, E. História da Psicanálise na França. A Batalha dos Cem anos. v.I - 1885-1939. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1989.

RUSSO, J. O corpo contra a palavra. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1993.

SCHEINKMAN, L. In: SILVA Fº, J.F. e RUSSO, J. (org.). Duzentos anos de psiquiatria. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993, p. 109-121.

SERPA Jr., O.D. A constituição de um olhar: a experiência clínica na medicina e na psiquiatria. Rio de Janeiro: UFRJ, 1992. Dissertação. (Mestrado em psiquiatria), Instituto de Psiquiatria, UFRJ, 1992.

----- Lacunas e dobras nas relações da psiquiatria com a medicina. In: SILVA Fº, J.F. e RUSSO, J. (org.). Duzentos anos de psiquiatria. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993, p. 97-105.

----- Dando sentido ao mundo: classificar e delirar. In: COSTA (org) Redescrições da Psicanálise - Ensaios Pragmáticos. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994, p. 211-234.

SILVA Fº, J.F. A psiquiatria, sua pedagogia e a formação médica. Rio de Janeiro: UFRJ, 1979. Dissertação. (Mestrado em psiquiatria), Instituto de Psiquiatria, UFRJ. 1979.

----- A formação médica. Processo de ensino, saber e prática profissional. Jornal brasileiro de Psiquiatria nº 32(4): 1983.

----- A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In:

- TUNDIS, S.A. e COSTA, N.R. (org.) **Cidadania e Loucura**. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1987.
- SOUZA, N.S.A **ética e clínica psicanalítica** (mimeo).1994
- TEIXEIRA, M.O. **O cristal de várias faces: a psicanálise, campo de saber psiquiátrico e o modelo assistencial das comunidades terapêuticas**. Rio de Janeiro: UFRJ,1992. Dissertação.(Mestrado em psiquiatria).Instituto de Psiquiatria, UFRJ. 1993.
- VELHO, G. **Individualismo e Cultura: Notas para uma Antropologia da Sociedade Contemporânea**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1987.
- **Projeto e Metamorfose: Antropologia das Sociedades Complexas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1994.
- VENANCIO, A.T. **Sobre a "nova psiquiatria" no Brasil: um estudo de caso no hospital-dia do Instituto de Psiquiatria**. Dissertação de Mestrado. Museu Nacional UFRJ. Rio de Janeiro: 1990.
- VERTZMAN, J.S., SERPA Jr., O.D., CAVALCANTI, M.T. **Psicoterapia Institucional: uma revisão**. In: BEZERRA Jr.,B. e AMARANTE, P. (org) **Psiquiatria sem Hospício: Contribuições de Estudo da Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992 p. 41-55.

A N E X O I

LEI ORGANICA DO MUNICIPIO DE NITEROI - 1990
CAP. III - DA SAUDE

Art. 213 - Compete ao municipio, no âmbito do Sistema Unico de Saúde:

- XXXIV - Implantar política de Saúde Mental que observe os seguintes princípios:
- a) rigoroso respeito aos direitos humanos dos usuários de serviços de Saúde Mental;
 - b) integração dos serviços de emergência em saúde mental aos serviços de emergência geral;
 - c) ênfase à abordagem multiprofissional, bem como à atenção extra-hospitalar e ao grupo familiar;
 - d) ampla informação aos usuários, familiares e à sociedade sobre os métodos de tratamento a serem utilizados;
 - e) definição de estratégias que objetivem a progressiva extinção de leitos de característica manicomial, através da instalação de recursos não manicomialis de atendimento;
 - f) garantia de fornecimento de medicação psiquiátrica para as pessoas que dela necessitem.

A N E X O I I
ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Onde e quando fez sua formação universitária?
2. Em que momento escolheu sua especialidade?
3. Fez - ou faz - algum curso de pós-graduação?
4. Fez - ou faz - algum tipo de formação teórica não universitária?
Por que procurou?
5. Trabalha somente com psiquiatria?
6. As "ferramentas" teóricas acumuladas ao longo de sua formação têm sido suficientes para lidar com a demanda de atendimento de sua clientela?
7. Em sua abordagem do paciente, o que orienta a realização do diagnóstico e condução do tratamento?
8. Que elementos de sua formação teórica você julga os mais pre-
gnantes em sua prática clínica?
9. Para além de sua formação teórica, o que você relaciona como
tendo sido determinante em sua escolha pela clínica?
10. Dê um exemplo de um atendimento típico de sua prática no seu
setor de trabalho.

AS TRAJETORIAS PROFISSIONAIS DOS MEDICOS
PSIQUIATRAS DA REDE DE NITEROI

Os psiquiatras "tradicionais"

Antonio fez o internato do curso médico no CPP II, tendo participado da experiência da Comunidade Terapêutica implantada naquele hospital na ocasião. Depois de formado, trabalhou como psiquiatra infantil e finalmente dedicou-se ao atendimento de adultos. Apesar deste seu percurso profissional, Antonio prefere dizer que não é psiquiatra, mas um médico com ligação em psiquiatria. Não procurou cursos de aperfeiçoamento, mas diz ter lido "muita psiquiatria e psicanálise, sempre individualmente". Sobre sua prática, tem críticas ao "trabalho burocrático" que sente-se obrigado a realizar como médico e tem poucas expectativas quanto a possíveis mudanças no panorama psiquiátrico atual.

Antero também sente-se bastante desestimulado em seu trabalho no ambulatório público. Queixa-se de "atender muitos pacientes viciados em receitas" e de não ter encontrado meios para desenvolver o projeto de diagnóstico e tratamento de pacientes psicóticos ao qual se propunha. Não utiliza os conhecimentos adquiridos no curso de especialização em terapia familiar pois também não encontrou respaldo institucional para desenvolver trabalhos nessa área.

Augusto também relaciona problemas institucionais que dificultam seu trabalho médico. Dirige queixas à nova orientação

da psiquiatria nos últimos anos, que admite em seu campo profissionais não médicos, em seu ponto de vista despreparados para as tarefas de cuidados aos pacientes. Vê como consequência deste movimento o progressivo desprestígio da atividade médico-psiquiátrica. Augusto formou-se em Medicina e iniciou imediatamente sua atividade clínica, não procurando curso de pós-graduação e obtendo título de especialista ao prestar prova para a Associação Brasileira de Psiquiatria. Recentemente, vinculou-se à Sociedade de Psiquiatria Biológica. Esta procura de filiação faz sentido dentro de sua visão do adoecer psíquico, que ele reputa a um fundo orgânico.

"Prá mim a esquizofrenia é uma doença de fundo orgânico, dopaminérgico, envolve neurotransmissores... o procedimento psiquiátrico é orgânico. .. O paciente psicótico é um paciente medicamentoso, não tem jeito."

Augusto acredita que um dia vai-se mapear o cérebro, "só que se leva tempo para descobrir esses neurotransmissores, como agem". Ele nos dá um exemplo:

..."Eu tenho doentes com depressão clínica que é uma depressão que se está estudando e caminhando para ver que aquilo é uma alteração provavelmente de serotonina".

Augusto encontra a comprovação de suas teses na sua experiência clínica:

"Um deprimido corre para mim, eu trato, e ele fica melhor. Medicamentosamente, ele fica bem, ele vai lá, faz análise. O analista diz: a culpa é do seu pai. Que nada! Isso é um caráter genético. Ele tem uma predisposição como outros tem diabetes. Qualquer pessoa com uma visão científica sabe disso... é genético".

Augusto refere sua boa formação humanística como um recurso privilegiado para melhor compreender seus pacientes e assim dar consecução ao tratamento médico, tal como o entende:

"Eu não abdiquei da receita, do psiquiatra. Eu não desisti de ser médico. O ser médico está ligado, no caso da psiquiatria, a você não abdicar desse ponto de vista. Tem

que receitar, tratar medicamentosamente. Então disso eu não abdiquei".

Abilio começou seu trabalho como acadêmico plantonista no Hospital de Jurujuba no ano de 1964. O Diretório de Estudantes oferecera a vaga e ele se candidatou, porque já era casado e precisava de dinheiro. Daí em diante dedicou-se à psiquiatria, esquecendo o plano antigo de ser cardiologista. Terminada a graduação iniciou a prática clínica, continuando seus estudos por conta própria e constituiu em sua trajetória sua visão do adoecer psíquico. Como Augusto, ele acredita que "a base de tudo é orgânica e, um dia, a ciência vai dar conta disso tudo". Porém, diferente do primeiro, não tem tanta certeza quanto à eficácia inquestionável do seu arsenal terapêutico medicamentoso:

"eu não acredito que os medicamentos por si só vão resolver o problema... por isso associo sempre psicoterapia e tratamento com remédios".

Aluisio não pareceu interessado em discutir "a base" ou "o fundo" das doenças mentais. Bastante objetivo, ele nos diz que, em seus atendimentos, preocupa-se basicamente em traçar o diagnóstico, que faz levando em conta "a conduta, o visual e também a história do paciente". A partir desta "conversa" obtém os dados que o orientam na condução do tratamento. Sobre o tratamento proposto ao paciente, faz questão de esclarecer: "Meu tratamento é puramente medicamentoso. Sou psiquiatra clínico".

Esta visão da função básica do psiquiatra clínico mantém-se com Alice e Armando.

Alice graduou-se, cursou residência em psiquiatria e não procurou formação teórica além destes limites. Mesmo reconhecendo na abordagem interdisciplinar um dispositivo privilegiado na atenção ao paciente psiquiátrico, Alice diz basear sua "atuação clínica na formação da psiquiatria clínica", sintetizando assim seu ponto de

vista:

"Psiquiatria é o tipo de especialidade médica que não dá para trabalhar sem outros profissionais... (numa equipe) cada um tem seu conhecimento e existe um ponto comum a todos eles, no jeito de tratar o paciente, mas tem uma filigrana... a minha seria a parte médica que não se pode deixar perder..."

Armando tem uma postura semelhante à de Alice. Ele também reconhece a importância do trabalho dentro de uma equipe multi-profissional e nela discrimina o seu papel:

"quando após uma triagem inicial fica claro que o paciente precisa de uma avaliação psiquiátrica, ele é encaminhado para mim. (Então eu) procedo uma anamnese tradicional e, baseado neste diagnóstico multifatorial, chego a um quadro nosológico totalitário do paciente. Então tento fazer um diagnóstico provisório para depois, com a avaliação e observação psiquiátrica, classificá-lo numa categoria diagnóstica e estabelecer então o tratamento específico para aquele paciente - quer no campo da neurose, da psicose ou da perversão".

André estudou medicina na UFF. Decidiu fazer psiquiatria quando passou pela disciplina e conheceu um professor que o incentivou. Foi um encontro importante para alguém que vinha achando o "currículo médico muito pobre em termos de dar um conhecimento da vida". Dedicou-se desde então à psiquiatria tanto no internato da UFF quanto na residência do IPUB. Concentrou seus estudos na Universidade, não tendo nunca procurado qualquer formação teórica fora do meio acadêmico. Suas ferramentas conceituais são "a psicopatologia, a fenomenologia, a psiquiatria clínica" e também os critérios classificatórios do DSM III, revelando com isto a influência das duas universidades por onde passou.

Como Alice e Armando, André dá lugar de destaque ao papel do psiquiatra clínico na condução do tratamento e ressalta a importância deste trabalho dentro de uma equipe multidisciplinar. Conta-nos sua experiência:

"a equipe no começo achava que eu era muito organicista; eles achavam que eu tinha a preocupação com o diagnóstico como se a minha obrigação como médico fosse diagnosticar. Eu fiz eles entenderem que a questão do diagnóstico é fundamental para se traçar uma linha de tratamento. Por que? Porque uma pessoa pode adoecer por vários motivos, desde os mais biológicos até os mais psicológicos. E havendo esta integração da equipe de poder discutir isto, você passa a trabalhar no orgânico através da medicação".

André define bem seu lugar na equipe na qual trabalha. Como médico faz o diagnóstico, cuida da medicação e discute com seus pares as linhas do tratamento. Mas reconhece ainda algo mais:

"Tem também minha presença na enfermaria - isto não tem nome. Veja por exemplo aquela paciente que não falava, a Dalva. Fiquei junto com ela e isto não é nem médico, isto é o pulo do gato, isto é o que eu chamo *feeling*. Mas nem sempre funciona..."

É interessante observar que André tem claro que em sua atuação como médico ele deve diagnosticar e medicar. Contudo, ele não deixa de chamar atenção à importância de sua presença na enfermaria, algo que lhe escapa - "não é nem médico" - que não pode nomear - "isto não tem nome" - mas que ele revestiu de inegável valor terapêutico. O pulo do gato que ele sabe dar para tratar seu paciente psiquiátrico.

Alvaro iniciou seu curso médico em 1979, mas abandonou-o logo no primeiro ano porque teve "conflitos vocacionais". Foi estudar psicologia, também não gostou, trancou a matrícula, viajou e dois anos depois retornou à medicina, já com a intenção de ser psiquiatra. Aliás, de ser psicanalista. Terminada a faculdade especializou-se em psiquiatria tendo estudado os "princípios da psicoterapia psicodinâmica". Em seu consultório atua como psicoterapeuta de orientação psicanalítica:

"O grosso do meu trabalho é a relação com o paciente... Toda a minha experiência de consultório, de vida e do que estudei é de base analítica".

Esta relação com a psicanálise não o impede de estar buscando outros estudos:

"Eu agora estou muito mais interessado em aprofundar meus conhecimentos médicos sobre o funcionamento mental do que esta parte psicológica. A medicina cerebral tem tido avanços largos nos últimos anos. Então está sendo possível diagnosticar com mais sutileza diversos problemas mentais, o que antes não se podia fazer em função do avanço da tecnologia e do maior conhecimento dos psicofármacos. Isso sem falar da minha vontade de continuar estudando. É isso! Eu adoraria fazer um mestrado em neuropsiquiatria".

Apesar de sua atração inicial pela psicanálise parece que Alvaro vai tentar um outro caminho. Que rumo tomará sua nova trajetória?

Artur tem 25 anos de formado e referiu estar "em fim de carreira". Diz que escolheu muito cedo a psiquiatria, tendo sempre mantido vivo o seu interesse pelo estudo, que procedeu individualmente, procurando acompanhar seu tempo. Assim interessou-se pela antipsiquiatria, realizou "uma leitura da obra de Freud" e também leu Binswanger e Vitor Franck. Somando tudo constituiu sua rota:

"a psiquiatria, para mim, a gente vai somando com a trajetória, com a vida mesmo. E você vai fazendo sua própria síntese".

O Neuropsiquiatra

Bernardo escolheu sua especialidade no segundo ano de medicina. Antes havia lido "Laing e o pessoal da antipsiquiatria" mas foi depois de uma visita ao hospital de Jurujuba que decidiu ser psiquiatra. Desde então iniciou sua prática dando plantões como acadêmico em clínicas especializadas mas, durante a graduação, não dedicou-se ao estudo teórico da psiquiatria mantendo seu interesse pelo aprendizado de outras disciplinas clínicas. Em seu internato optou por dedicar seis meses meses à cardiologia e um ano à Neurologia. Prestou prova de residência para a UFF, onde optou por Neurologia e pa-

ra a UFRJ, escolhendo Psiquiatria. Foi aprovado nas duas Universidades e escolheu a segunda "quase aleatoriamente"... Gostei do IPUB e resolvi ficar lá. Foi uma escolha por sorte mesmo".

Atualmente Bernardo trabalha como psiquiatra clínico em apenas um vínculo público e sua prática profissional concentra-se na área de Neuropsiquiatria. Tanto no consultório quanto em seus estudos acadêmicos são os problemas psiquiátricos decorrentes do comprometimento orgânico cerebral que merecem sua atenção.

"Neuropsiquiatria é uma área muito recente aqui no Brasil. Ela se refere especificamente à clínica com lesões cerebrais ou distúrbios metabólicos cerebrais que causaram algumas consequências que poderiam ser chamadas de transtorno mental. Então; são os distúrbios metabólicos cerebrais que têm algum substrato orgânico conhecido. É diferente da psiquiatria biológica que trata a esquizofrenia, isso não entra na minha pesquisa. Para ser dessa área tem que ter alguma lesão que se possa determinar, mensurar. É uma área que a gente desbrava. É uma área na interface da Neurologia e da Psiquiatria".

Apesar de ter despertado seu interesse pela psiquiatria no início do curso médico, Bernardo esteve sempre bastante ligado às outras disciplinas clínicas durante seu aprendizado. Sua ligação com a Neurologia durante o curso retorna nesta solução atual através da Neuropsiquiatria. Chamamos a atenção à delimitação que ele mesmo faz de seu campo de atuação quando exclui a esquizofrenia, doença *princeps* da psiquiatria, de sua área de pesquisa. Uma delimitação bastante interessante: Bernardo é um psiquiatra formado pelo IPUB onde sabemos que ele adquiriu as ferramentas que o possibilitam a trabalhar com psiquiatria clínica. Mas ele bem esclarece que ao excluir a esquizofrenia e ocupar-se do que se pode "determinar e mensurar" está circunscrevendo um outro campo cheio de desafios é claro, um novo campo que em suas palavras, ele "desbrava", mas onde não entra o que não se pode "determinar e mensurar". Um outro campo, que não o psiquiátrico.

Os "psiquiatras-psicanalistas"

Para Caetano,

"Medicina e Psiquiatria vieram a reboque da Psicanálise. Um dia, no segundo científico, eu decidi que não ia fazer engenharia, que ia fazer medicina para fazer psiquiatria, para fazer psicanálise".

Terminado o curso de medicina, Caetano ingressou na Residência. Em 1983 iniciou também o estudo da obra de Freud vinculando-se a um grupo de estudos ao qual seguiu de forma ininterrupta até 1991. Foi quando ocorreu uma mudança em seus planos profissionais. Caetano desistiu de ser psicanalista e manteve daí em diante apenas um "interesse cultural" pela psicanálise. Esta decisão, somada ao "colapso interno de seu grupo de estudos" e ainda a inúmeros compromissos com o Mestrado em Psiquiatria, que iniciara um ano antes, concorreu para que naquele momento ele interrompesse seu estudo de Freud.

Caetano não reputa este afastamento da psicanálise a nenhuma experiência específica:

"Depois de muito tempo eu cheguei à conclusão que eu não tenho temperamento de psicanalista, de ficar sentado ali escutando. Quer dizer, eu até me considero assim uma pessoa que gosta de escutar, mas eu sou um pouco intervencionista demais, um pouco irrequieto demais e às vezes eu tenho vontade de intervir. Não que eu basicamente só saiba intervir mas eu me sinto mais à vontade naquilo que eu possa intervir mais especificamente".

Com sua intervenção Caetano objetiva "recompôr física, psicológica e socialmente o paciente" ...para encaminhá-lo... "a um tratamento definitivo no ambulatório ou no hospital-dia". Esta intervenção junto ao paciente segue linhas bastante definidas:

"Eu procuro identificar; geralmente, é um paciente psicótico, pode ser orgânico, pode ser afetivo, pode ser esquizofrênico qual é o padrão de sintomas que ele apresenta e medicá-lo nas formas indicadas para isto e prepará-lo para reassumir a atividade cotidiana. Na enfermaria eu raciocino kraepelinianamente se é uma psicose afetiva ou esquizofrênica e a partir daí medico e discuto a situação com o paciente."

Caetano não critica a psicanálise. Não ser mais psicanalista deve-se a uma conclusão, a uma escolha que o possibilita trabalhar de acordo com seu temperamento irrequieto, "intervencionista", que ele julga não ser compatível com a atuação do psicanalista.

Célio escolheu estudar medicina "para fazer psiquiatria e psicanálise". Especializou-se no IPUB cursando residência e mestrado. Estudou psicanálise ele ocupou-se em grupos de estudo mas atualmente só tem "feito coisas ligadas à psiquiatria", embora pretenda ainda "fazer formação psicanalítica na SBPRJ". Refere ter adquirido em seu percurso profissional as ferramentas necessárias que o instrumentam a atuar na área médica. Aliás, Célio considera seu preparo "mais do que suficiente" pois considera que para realizar o tipo de trabalho que lhe demandam como plantonista, "não precisa ser nada muito sofisticado". Ele se explica melhor:

"Fácil é o nível de problemas técnicos médicos... difícil é chegar um paciente que não tem indicação de internação trazido pela PM ou pelas bombeiros e você resolver..."

Célio alude à dificuldade de lidar com o que chama "questões sociais" onde o pedido de atendimento não está ligado à ocorrência de uma doença, mas à miséria, e cita o exemplo do paciente que acaba de atender:

... "Eu vi que ele não tinha doença, era questão social mesmo".

Célio atua profissionalmente no atendimento de emergência e no atendimento ambulatorial, dando preferência a este último, pois nele pode ter uma atuação diferenciada:

"Os pacientes de ambulatório têm mais problemas neuróticos, problemas de dificuldade de vida que geram ansiedade. Não tem propriamente uma doença. Com estes eu tento de tudo para não usar medicação, para o paciente ver que aquilo é em razão dos problemas de vida dele. Se ele tiver interesse e capacidade intelectual recomendo psicoterapia e tento ao máximo não viciar a pessoa em benzodiazepínicos".

Nesta psicoterapia na instituição pública, Célio utiliza o referencial "psicanalítico, numa linha breve, dependendo do paciente mais ou menos profundo", reservando para o consultório as "terapias mais prolongadas".

Clóvis estudou psicanálise na SPRJ. Em seu consultório privado exerce basicamente a função de psicanalista, reservando poucos horários para a psiquiatria clínica, da qual se ocupa principalmente no serviço público. Diz que esta "divisão" em sua prática "foi lenta" e hoje praticamente só trabalha como psiquiatra neste seu vínculo como plantonista. Aqui utiliza as ferramentas de seu aprendizado médico valendo-se da psicopatologia e da psicofarmacologia em sua atuação. Embora não descarte que sua formação psicanalítica possa influenciar sua atuação como psiquiatra dá pouca ênfase a isto:

"eu pouco a uso aqui. Esse trabalho não tem caráter oficial porque nós não fazemos tratamento aqui. Só o tratamento de emergência."

Celso também faz psicanálise no consultório. Porém, ao contrário de Clóvis, não a exclui do conjunto de sua atuação clínica:

"Eu acho que a experiência da psicanálise está presente em todos os atendimentos. Ela é alguma coisa que foi adquirida e que está presente em todos os momentos".

Pode-se ver que seus conhecimentos psicanalíticos influenciaram sua concepção da doença mental quando Celso diz que esta "é causada basicamente pela falta inicial da relação mãe-bebê" e que sua intenção em seu trabalho é suprir a necessidade de amparo:

"quando por exemplo interno um paciente minha intenção é ampará-lo."

Ciro dá ênfase a seu trabalho como psicanalista no consultório, tal como fizeram Celso e Clóvis, e, como este último, distingue a psicanálise da atividade psiquiátrica que exerce no hospital:

"O tratamento aqui não deixa de ser psiquiátrico. Você está dentro de uma mini-equipe que tem um trabalho dinâmico mas você não está fazendo psicanálise propriamente. É uma psicoterapia mas não deixa de ser tratamento psiquiátrico, embora menos ortodoxo".

Mesmo reservando o privilégio da atividade psicanalítica à sua clínica privada, Ciro inclui a psicanálise, de uma forma genérica, entre as ferramentas da psiquiatria. Esta relação está explicitada no exemplo que dá de sua atuação na enfermaria:

"Por exemplo, hoje eu tenho dois pacientes novos. Eu vou vê-los, vou medicá-los, vou fazer a evolução deles. Você tem que fazer o diagnóstico para poder atuar. Não é só o diagnóstico nosológico mas também a situação para que você possa trabalhar com ele. Aí vem a transferência, vem a relação médico-paciente".

Cristina também não dispensa a abordagem psiquiátrica tradicional em seus atendimentos. Quando recebe um paciente, realiza uma entrevista psiquiátrica clássica e parte em busca do diagnóstico para orientá-la no tratamento medicamentoso, que julga imprescindível no caso de um acompanhamento aos pacientes psicóticos. Contudo vem estudando psicanálise já há alguns anos o que tem influenciado sua prática clínica:

"Com a prática psiquiátrica continuada, você adquire um certo olhar fenomenológico sobre o paciente. Se bem que este olhar hoje em dia esteja mesclado com a coisa estruturalista por causa do meu estudo de Lacan. Não acho que seja possível separar as duas visões: as duas são imprescindíveis. Ninguém pode ser psicanalista sem ter uma base fenomenológica importante".

César, como Cristina, mantém forte ligação com a psiquiatria. Em seus atendimentos, procura ter um critério clínico-diag-

nóstico e psiquiátrico e não descarta "outras intervenções". Com isto refere-se à influência, em sua clínica, da psicanálise, cujo estudo iniciou ainda nos tempos de residente do IPUB. Ele nos conta como foi procedendo sua síntese.

"A residência ficou complicada porque eu não me enquadrava como um psiquiatra da linha biológica nem como os psicanalistas. Aí fui apresentado a um psicanalista que fazia um trabalho que eu achei interessante. Ele era psicanalista, mas entendia de medicação e eu fiquei durante um tempo trabalhando com ele, quase como um assistente".

Em seu trabalho institucional César gosta de trabalhar em equipe. Discute seus casos com as psicólogas da enfermaria e juntos imprimem uma direção ao tratamento. Conta um caso que absorve agora sua atenção: ele tem dúvidas sobre o diagnóstico de uma paciente mas isto não é o mais importante. O que mais o preocupa neste momento é saber "o que a gente tem que fazer pra conseguir que essa mulher fale das coisas dela sem precisar ficar doida?" Com esta pergunta César ilustra o que depois pode definir sobre sua postura na clínica:

"Dá pra fazer coisas quando você esquece a patologia, passa a pensar na pessoa e individualiza cada caso. Isso é basicamente o que eu penso e nem sempre isso é consoante com a expectativa das pessoas".

Cassiano terminou o curso de Medicina em 1980 e nos dois anos seguintes especializou-se em psiquiatria no IPUB. Em 1987 iniciou sua formação psicanalítica na Sociedade de Psicologia Clínica, da qual desligou-se após quatro anos, mantendo desde então seu estudo da psicanálise vinculado a grupos e discussão.

Cassiano escolheu sua especialidade por volta do segundo ano de graduação, e este momento coincide com o início de seu tratamento analítico. A vinculação entre sua opção profissional e seus questionamentos pessoais é evidente:

"Eu acho que você sempre se interessa por alguma coisa que tem um sentido dentro de sua própria história, de sua própria vida. Comigo isso não foi diferente. Eu me interessei por psiquiatria porque é uma área que se mistura com a própria vivência. Eu sempre tive dúvidas sobre aspectos da minha história e da história humana. Eu sempre tive um interesse voltado para as descobertas, isso me interessou na psiquiatria".

Cassiano segue definindo seu campo:

"Eu escolhi uma área que sempre abre e não fecha... é uma área que te abre a possibilidade da descoberta maior do outro e quando você tem uma formação maior... de você mesmo... você se trata, né? É importante você ter sua análise pessoal " para detectar questões que estão te levando nos seu trabalho a ter avanços e retrocessos ou como buscar um caminho novo."

Ele reconhece ainda algo mais:

"quando eu entrei no Serviço Público pensava que eu não queria saber de nada que está ao meu redor. Hoje eu já penso diferente: eu vejo que você tem que ter seu trabalho técnico, mas tem que estar atento à instituição e tentar lutar por isto".

Na confluência destas orientações Cassiano define sua atuação clínica.

"Eu não me coloco como um profissional de saúde mental, mas como um médico que trabalha com psiquiatria. Eu acho que na saúde pública o que a gente está vivendo é alguma coisa no sentido do médico estar perdendo o lugar dele. Outro dia eu ouvi uma coisa cômica. Num posto de saúde na porta do consultório, em lugar de "Psiquiatria", tinha um nome assim "Psicofarmacologista". Pelo amor de Deus! O médico tem que ter o seu papel completo na história... Se é necessário que ele faça um bom exame, que faça. Se tiver indicação de uma terapia, que ele faça, se tiver formação para isso, ou então mande para alguém. Não vamos ser aqueles médicos atrasados, arcaicos, prá todo mundo eletrochoque e encher de remédios e também não vamos ser aquele tipo de ser passivo que é o profissional de saúde mental... que não é médico!"

Com seu protesto contra os que "não assumem seu papel completo na história" Cassiano nos deixa entrever que clinicar para ele vai além da aptidão adquirida para prescrever medicamentos. Clinicar é ir além da passividade, é comprometer-se, arriscar-se:

"Veja só o exemplo deste paciente. É um menino de rua. Não sei se ele é autista ou deficiente mental primário - nesta faixa etária avançada já não dá parar precisar bem. Foi trazido para cá há quatro dias pelos bombeiros ou pela polícia e o serviço social não está conseguindo resolver o problema da internação. Ele não pode ficar na rua, não tem casa. Então o que existe? Uma clínica. É bom isto? Claro que não! Mas lá ele vai ter um lugar para estar. Então você faz um guia, manda para o juizado e eles vão autorizar a internação. Isto aqui prá mim não é bico! Podia ter deixado isso prá lá, como neste caso hoje. Mas eu acho que alguém tem que fazer alguma coisa, e somos nós. Nós todos. Só que não acho que é com este discurso que o médico não tem o lugar dele..."

Casimiro cresceu numa comunidade pobre onde, segundo ele, pontificavam três escolhas para seu futuro: ser marginal, policial ou jogador de futebol. Bom de bola, seguiu a terceira opção mas, aos dezoito anos, contundiu-se gravemente. Estudioso encontrou na medicina uma solução:

"Desisti de ser jogador, estudei e fui reconhecido pela população. Ser médico era outra situação bastante reconhecida naquela comunidade. Passei muita angústia pensando qual era a minha porque, de qualquer forma, eu desafiava ali".

Durante o curso médico Casimiro quis fazer clínica e trabalhar numa cidade pequena. Mas, ao estagiar na área de psiquiatria, viu que "a relação médico-paciente ali era muito mais do jeito que imaginava". Formou-se, abriu consultório e procurou formação psicanalítica. Ele justifica esta busca dizendo que ao começar a trabalhar com doença mental vira que sua formação médica era insuficiente:

"se de alguma forma uma estrutura já estava alterada e os medicamentos davam conta de uma forma sintomática, muita coisa ficava de fora. A psicanálise me deu uma certa tranquilidade de compreender melhor. Hoje sou psiquiatra clínico e procuro utilizar todos estes recursos."

Casimiro pensa que seu percurso profissional o instrumentou satisfatoriamente para seu trabalho, embora ele tenha clareza da precariedade destes "recursos" frente a complexidade da doença mental.

"Pelo menos eu não fico assustado com o que vejo. Claro que não vou dar conta de tudo. Eu entendo muitas vezes o que o paciente está falando mas sei dos meus limites. Isto não me impede de ir em busca de novas saídas".

Casimiro trabalha num posto com enorme demanda de atendimento. Ali, faz grupos terapêuticos de "base analítica" visando a clientela de neuróticos, mas também abriu espaço para um grupo de acolhimento aos psicóticos. Sabendo de seus limites segue em busca de novas saídas".

Cibele formou-se na UFF, especializou-se em psiquiatria no IPUB e no hospital Pinel. Neste percurso encontrou a psicanálise, chegando a associar-se a uma instituição psicanalítica da qual afastou-se um ano depois. Atualmente Cibele frequenta aulas no curso de Antropologia da UFF e justifica seu interesse por essa área dizendo que, em seu trabalho como médica, vê-se diante de "questões sociais" para as quais as ciências sociais tem uma "leitura" que a interessa muito:

"Prá mim foi uma coisa de encontrar o que eu estava buscando. Este apaixonamento se deu quando eu percebi que as várias etnias tem respostas diversas para as mesmas questões. Isto me interessou muito por conta de que o discurso médico faz a gente pensar que a verdade varia muito pouco. Que as respostas estão aí, estão prontas, e que elas são únicas, são uniformes. Quando a gente estuda antropologia a gente percebe que não. E por outro lado o discurso médico me ajuda a entender determinadas questões de Antropologia sem me desesperar muito, sem ter a solidão do observador".

Cibele trabalha como psiquiatra: "eu faço psiquiatria clínica e psicoterapia". Logo adiante retifica:

"A gente faz esta diferenciação mas na prática isto está muito misturado. Quando a gente marca isto na verdade está dizendo - eu não só prescrevo. Eu sou uma psiquiatra clínica que lança mão de vários recursos teóricos, inclusive a psicanálise".

Cibele não se atém à questão da articulação em sua prática de diferentes referenciais teóricos. Da mesma forma que diz "lançar mão da psicanálise", reconhece que anamnese psiquiátrica é "um ins-

trumento importantíssimo", mas limitado, e diz que embora ache o diagnóstico psiquiátrico "uma ferramenta importante" sabe que muitas vezes vai ter que seguir sem ele. Pois, para ela, o primordial está em outro ponto:

"o que orienta a gente na abordagem do paciente é a gente estar ali. A gente estar naquela história".

No campo da clínica não há espaço para a "solidão do observador" pois, como Cassiano, Cibele localiza no comprometimento do médico com o tratamento de seu paciente a linha mestra do ato clínico.

Cosme, como Cibele, interessou-se pela Antropologia, tomando o campo das ciências sociais como contíguo ao da psiquiatria:

"Eu comparo o psiquiatra a um habitante de fronteira, no sentido de que para ele convergem influências e campos de saber distintos, e você tem que saber transitar dentro destes aspectos. Eu fiz três anos de Ciências Sociais e tive noções de Antropologia, Sociologia. Eu nunca pensei em abandonar Psiquiatria: eu tomei as Ciências Sociais como uma complementação do meu modo de ver a Psiquiatria".

Cosme fez seu internato e residência na UFF e depois procurou o IPUB para um curso de especialização em psicoterapia infanto-juvenil, que realizou concomitantemente ao curso de Ciências Sociais. Ao contrário do que poderíamos pensar, não foi para desviar-se do campo psiquiátrico que Cosme buscou este último curso, mas sim para melhor circunscrever os limites de sua atuação. Não satisfeito, ele segue seu caminho iniciando sua formação analítica da SBPRJ no ano de 1989. A psicanálise incorpora-se desde então à sua clínica:

"Eu parto da seguinte idéia: para avaliar uma determinada pessoa ou para atuar terapêuticamente, o campo da psiquiatria tem suas respostas e suas limitações. Quando você vê determinados casos clínicos ou abarca outros tipos de população, a psicanálise vai te dar instrumental maior e diferente para abranger isto. Eu costumo acreditar que você tem, para determinados tipos de caso, um instrumental específico que vai te levar ao sucesso".

Cosme reconhece que os campos da psiquiatria e da psicanálise são distintos, mas aponta uma "intercessão" que se efetiva no que ele chama "a clínica".

"Acho que tem uma intercessão. Eu volto à imagem do habitante de fronteira... Eu acho que a gente não pode perder a capacidade de andar de bicicleta. Isto não é advogar, de forma nenhuma, um relativismo absoluto. Acho que existem pontos nodais bem estruturados de uma visão e de outra. Há momentos de divergência e o que vai nortear é evidentemente o que vai surgir na clínica".

Carolina nos diz que já iniciou o curso de Medicina com um grande interesse pela psicanálise.

"Logo que entrei na faculdade eu estava super encantada com a psicanálise. Eu era apenas paciente e tinha o desejo de fazer psiquiatria para fazer psicanálise. Com o tempo me envolvi com a clínica médica, mas na hora do internato tive uma super decepção e comecei a pensar de novo na psiquiatria. Essa crise com a medicina foi uma crise de não me identificar com as propostas médicas. Eu achava que a formação médica estava voltada para a formação de um técnico. De alguém que entendia muito de doenças, de entidades nosológicas mas não entendia nada da pessoa".

Carolina é recém-formada e tenta encaminhar-se na profissão dentro destes objetivos que traçou inicialmente. Prepara-se para a prova de residência estudando os "DSM III e CID X da Vida e essas coisas que são exigidas e tidas como fundamentos básicos para qualquer prática". Coisas das quais ela não tira o valor.

"Eu acho que de fato eles não podem ser dispensados, mas não acho que é só isso que vai nortear minha clínica, o meu posicionamento diante do paciente".

Carolina também estuda psicanálise. Há um ano participa de um grupo de estudos e diz que no momento atual "vem usando" todas estas referências teóricas em sua prática clínica:

"É como se eu ainda não tivesse descoberto um caminho, ou talvez eu não tivesse ainda segurança para trafegar num só caminho, ou quem sabe eu não vá nunca trafegar num caminho só. Talvez eu vá sempre lançar mão de vários fundamentos teóricos numa prática que eu não vá ter um nome para dar a ela, mas que vai ser a minha prática..."

Clara sempre quis trabalhar com loucos. Por isso foi estudar medicina e psiquiatria. Queria ser psicoterapeuta "e tratar os loucos de uma maneira diferente... Preparou-se para isto cursando residência e agora o doutorado do IPUB. Também participa de um grupo de estudos sobre Freud. Todas estas referências possibilitam seu trabalho clínico.

"Na hora de fazer um diagnóstico utilizo o referencial da clínica psiquiátrica, da psiquiatria biológica, a nosografia, a psicopatologia... Jaspers... uso o referencial da psicanálise também. Utilizo a transferência. Eu uso todos estes recursos que tenho à disposição e não tenho preferência por nenhum deles".

Mais adiante Clara matiza seu ecletismo:

"Acaba funcionando assim: eu uso o referencial da psicanálise e as outras coisas é que entram como aditivo. Eu prescrevo a medicação, obviamente com indicações, conhecendo psicofarmacologia, mas acho que rastreio o caso... Prá construção do diagnóstico eu uso a psicanálise".

Ser psiquiatra, para Clara está indissoluvelmente vinculado à possibilidade de estar junto ao seu paciente. Por isso diz não estar trabalhando como psiquiatra quando não está em atendimento clínico:

"É porque penso que ser psiquiatra, trabalhar com psiquiatra é estar atendendo. Eu acho que sou psiquiatra quando estou fazendo clínica".

Cândida escolheu psiquiatria pensando em relacionar seus estudos médicos com o enorme interesse na área de Ciências Sociais e Humanas. Escolheu medicina porque queria "trabalhar com gente", muito mais do que com células e moléculas". Na psiquiatria encontrou uma síntese: descobriu que poderia aliar os valores humanísticos de servir ao outro com uma prática criativa que sempre acompanhara sua vida. *

"Na psiquiatria o que eu percebi é que tinha uma coisa de relação que era fundamental pro tratamento, uma coisa de você realmente acompanhar aquela pessoa. De acompanhar a vida da pessoa. Aquela coisa que as pessoas não gostam, de ser crônica, é o que me apaixona. De você se implicar

na vida das pessoas".

Cândida preparou-se para sua prática cursando inicialmente a residência do IPUB, mas antes mesmo já estudava psicanálise no Colégio Freudiano, do qual chegou a ser membro. Até hoje dá muita importância ao referencial psicanalítico em sua prática:

"Eu acho que é super importante, que muda radicalmente sua prática se você acredita no inconsciente no sentido que ele tem interferência... é claro que na orientação do tratamento sua formação fenomenológica e farmacológica também contam. Só que é diferente você dizer que faz isto acreditando que aquilo que o paciente diz tem uma marca no inconsciente com o qual você vai trabalhar. Que tem outros níveis envolvidos que não é só o manifesto. Eu acho que isto faz toda a diferença".

A distinção na prática entre os saberes psiquiátrico e psicanalítico nunca esteve para Cândida no foco de sua atenção:

"Na verdade eu nunca fiz muito esta distinção se é psicanálise, se é psiquiatria. Ou assim; se a psiquiatria não está dando conta vou procurar a psicanálise ou vice-versa. Sempre pensei estas coisas mais ou menos juntas. Para mim foi importante encontrar um lugar onde isto existia: psiquiatria e psicanálise não eram colocadas como opostas, mas trabalhavam juntas na mesma questão que era a questão de tratar aqueles pacientes."

É assim ocupada em tratar seus pacientes psicóticos nossa "psiquiatra-psicanalista" como Cândida costuma se auto-denominar segue seu trabalho.

Carlos também destaca o lugar privilegiado da psicanálise em sua prática clínica. Mas, diferente de Cândida que deu relevância à questão do inconsciente dentro da perspectiva do tratamento de pacientes psiquiátricos, Carlos destacou o papel primordial da transferência:

"O que distingue o psicanalista, o que diferencia o analista em sua prática é a relevância que ele presta à questão da transferência. No meu entender a questão da transferência, o reconhecimento da transferência é a contribuição fundamental freudiana e, portanto, da psicanálise".

O destaque dado por Carlos à psicanálise não exclui a importância de seu aprendizado na psiquiatria:

"Na minha prática clínica o mais premente é a transferência mas eu tenho um interesse especial pela fenomenologia, pelo trabalho que os psiquiatras dedicados a esta apreensão fenomenológica da loucura, organizaram".

Carlos foi residente no hospital de Jurujuba logo que se formou. Dali por diante seu percurso profissional foi construído em instituições de estudo da psicanálise. Fundou o SEPP, participou do CESAC, foi membro da EPN. Toda esta experiência se apresenta agora quando retorna ao hospital psiquiátrico com um projeto de trabalho clínico

"tentando algum tipo de articulação, de interlocução entre a prática analítica e prática psiquiátrica mais tradicional".

Neste projeto seu interesse é

"estimular no hospital o estabelecimento de algumas pesquisas em relação à função da internação psiquiátrica. Obviamente pensar isto não seria levar exclusivamente em conta a questão médica mas as funções simbólicas possíveis articuladas a estes momentos".

Se Cândida destacou "o inconsciente" e Carlos "a transferência" como parâmetros fundamentais em suas práticas clínicas, Caio e Clarice prestam especial reverência ao que denominam escuta analítica.

Caio estagiou no hospital psiquiátrico quando estudava Ciências Sociais. Depois leu Foucault e foi delineando seu desejo de trabalhar com loucos:

"eu achei que fazendo medicina eu poderia entrar de outra forma nesse campo aí... de uma forma mais ampla, talvez".

Durante o curso médico Caio participou de grupos de estudos de psicanálise e chegou por fim à Letra Freudiana. Sem desprezar sua formação psiquiátrica - "eu utilizo a orientação da clínica psiquiátrica e a fenomenologia" - Caio privilegia sua relação com a

psicanálise:

"Sempre tive como perspectiva fazer uma formação específica em psicanálise. É uma coisa que cada vez me aproximo mais. Eu vejo necessidade na clínica de não ficar restrito ao pensamento psiquiátrico e às condutas psiquiátricas".

Caio define sua prática como mais ampla do que seria a psiquiatria clínica:

"Por exemplo, em função dessa minha formação, eu atendo os pacientes de uma forma muito mais próxima de uma escuta analítica, alguns pacientes em análise, digamos assim".

Mesmo reconhecendo seus limites frente à loucura Caio vê na psicanálise um dispositivo privilegiado para lidar com a demanda de atendimento da clientela que lhe chega para tratamento.

"Eu acho impossível dar conta da loucura. Não é a psicanálise que vai dar conta, nem a psiquiatria... Mas a psicanálise, no momento, está sendo bastante adequada às minhas pretensões. Dá conta da clínica, de alguma forma da relação que você pode estabelecer com o paciente. Dá uma escuta, um referencial, pra você pensar essa clínica".

Clarisse formou-se há mais tempo que Caio. Fez sua residência na UERJ e já teve tempo bastante para "perambular pelas instituições psicanalíticas". Seu interesse pela psiquiatria veio a reboque da Psicanálise pois desde o quarto ano da faculdade iniciou seu tratamento analítico e a escolha de sua especialidade só foi feita no final do curso. Sua formação constituiu-se a partir dos referenciais da psiquiatria - leu muito Henri-Ey e da psicanálise, com Freud e Lacan, influências que se fazem presentes em sua atuação profissional. Como plantonista do setor de emergência sabe mediar bem um paciente que necessite de tal intervenção mas sua ligação com a psicanálise nunca se faz ausente. Por isso acha "complicado" dizer que trabalha como psiquiatra na emergência e como psicanalista no consultório porque, para ela, onde quer que esteja a escuta, a postura é psicanalítica.

"Por exemplo chega um paciente na Emergência, trazido pela família, pedindo pra internar e na minha escuta - aí que entra a escuta que eu digo que é psicanalítica mas que tem uma série de outros fatores que eu não sei se posso chamar de psicanálise - enfim eu escuto aquele grupo que vem e eu uso essa escuta na minha decisão de internação ou não".

Como em Caio a "escuta analítica" é o fator de possibilidade de encaminhamento do tratamento. O exemplo que Clarisse nos dá é paradigmático:

"Isso é uma questão pra mim, essa coisa da escuta psicanalítica. Acho que a gente não pode levantar uma bandeira de que todo mundo tem que fazer análise três vezes por semana. Eu tenho um caso genial: "É uma lixeira, mora numa favela e foi lá no plantão numa crise histérica. Eu atendi e ela disse: quero me tratar com você. Já tem dois anos que ela vai lá toda semana. É um grande aprendizado pra mim essa moça. Ali não é ambulatório, é um posto de atendimento de emergência. Ela vai porque quer, tem um grande desejo. Fica horas ali esperando pra eu atendê-la. Muitas vezes o atendimento dela é interrompido três ou quatro vezes porque é assim que funciona. E ela está lá, eu acho que está fazendo análise".

Claúdio trabalha "basicamente como psicanalista". Da mesma forma que Caio e Clarisse, baseia seu trabalho em uma "escuta" que é muito mais "psicanalítica", mesmo que continue medicando alguns de seus pacientes. Seu interesse pela psicanálise vem do tempo da faculdade.

"Estava no quinto ano e não sabia o que fazer com a medicina. Comecei então a ler Freud e fiquei super apaixonado e aí fui dar plantão na Colônia".

Apesar de reconhecer a existência de "muitas áreas de confluência entre a psiquiatria e a psicanálise" Claudio refere uma diferença entre as duas "que vai se esboçando cada vez mais". Diferença que se torna clara quando contrapõe o que acredita ser "a tendência hegemônica da psiquiatria atual" aos discursos que se ocupam da subjetividade:

"O objetivo da psiquiatria é basicamente você reconhecer determinadas regularidades e tratar principalmente através do corpo, dos substratos orgânicos que determinam aquele comportamento, aquelas regularidades. Tanto é que

a psiquiatria está querendo cada vez mais fugir do que é subjetivo. Ela se propõe a isto e para alguns objetivos ela serve, ela cumpre bem este papel. Por exemplo, um diagnóstico de PMD preciso, fase maníaca, a gente dá lítio ou tegretol e a pessoa sai da crise. Isso é fundamental, mas ela se propõe basicamente a isto. Não está se propondo a outras coisas. E no meu trabalho eu me proponho a outras coisas. O que me interessa é o que é subjetivo, o que é singular. Você abre o Kaplan vê isso expressamente: entrevistas padronizadas visam isto, visam eliminar o subjetivo. E como essa ciência não dá conta do subjetivo acho que a gente tem que procurar outros instrumentos, pois o subjetivo é uma das maneiras de você redescrever o que é o homem, que foi inventado, o que é a subjetividade, essa idéia".

O reconhecimento de uma tendência hegemônica na psiquiatria de hoje não impede que Claudio tenha sua visão particular deste campo que um dia resolveu abarcar.

"Não existe a psiquiatria. Existe uma série de propostas, de emaranhados teóricos variados que você pode se servir daquilo que acha melhor".

Este ponto de vista permite a Claudio circular com liberdade entre diferentes propostas "utilizando todas as ferramentas teóricas que possam lhe ser úteis na tarefa de lidar com a questão da loucura:

..."Tem a psicoterapia institucional; uma ferramenta importantíssima. Tem o olhar psiquiátrico: fazer um bom diagnóstico, saber medicar. Psicanálise é fundamental. E tem também o que é mais fundamental nesse trabalho; a ferramenta fundamental é o desejo das pessoas que estão ali de fazerem isto".

O Psiquiatra Existencialista

Davi decidiu ser psiquiatra no terceiro ano do curso de Medicina:

"A partir do momento em que eu entrei em contato com o paciente... parece que a medicina começa ali no 3º ano - eu fui vendo aspectos que me interessavam que a medicina não dava conta. Aquela coisa do exame clínico do paciente, aquelas etapas do exame físico do paciente, percus-

são, palpação etc. eu fui vendo que aquilo era insuficiente para mim. A partir desse contato com o paciente é que eu pude perceber que havia necessidade de uma outra coisa a ser feita com o paciente. Essa outra coisa era a psiquiatria".

Em 1975, quando terminou o curso, Davi procurou a residência em psiquiatria e depois estudou com psicanalistas argentinos que chegavam ao Brasil naquele momento. Leu Freud e Lacan mas sua adesão à psicanálise foi sempre questionada.

"Eu, de certo modo, sempre estudei psicanálise com o pé atrás. Eu sempre via psicanálise como uma teoria importante, mas limitada e que tem que ser relativizada".

Antes, no início dos anos 70, lera Sartre e Merleau-Ponty. Diz guardar grande influência do existencialismo e da filosofia de um modo geral...

"Toda a filosofia passando pelo existencialismo, fenomenologia, marxismo, pelas correntes mais modernas como Deleuze e Guattari e também autores da anti-psiquiatria, todos têm muita importância quando eu chego ao paciente".

Seus estudos do existencialismo presentificaram-se muito quando, na década de 80, procurou formação em psicodrama.

"Na concepção de psicodrama que Moreno desenvolve tem uma herança do existencialismo muito importante. Moreno fazia uma crítica ao existencialismo teórico. O que ele pretendia com o psicodrama era levar aquelas idéias a uma prática que ele chamava criativa. E aí, uma coisa veio junto com a outra. Eu tive a minha experiência com o existencialismo teórico e com a minha formação em psicodrama. As coisas se ligaram automaticamente".

Todas estas influências aparecem juntas quando referidas ao tratamento do paciente, Davi diz:

"Eu uso basicamente o referencial da psiquiatria clínica como uma base mínima na constituição de grandes grupos nosológicos. Por exemplo, eu não deixo de considerar que há a possibilidade de o paciente apresentar um quadro orgânico estrito e aquilo tem que ser considerado para uma primeira intervenção. Mas ao mesmo tempo, esses grandes grupos nosológicos convivem com uma apreensão que eu desenvolvi do paciente, que eu chamaria de fenomenológica, porque ela conviveria com esses grupos nosológicos não desenvolvendo com eles uma relação exclusiva - ou o paciente é considerado conforme seu modo de ser ou tem que ser considerado segundo uma categoria nosológica. Eu tra-

balho considerando esses dois elementos que se interpenetram e a partir daí traço uma hipótese que vai me nortear a conduta mais imediata - que pode ser uma intervenção dramática, no caso de um paciente alucinando ou delirando. Mas temos que considerar uma conduta, que vai dar seguimento a esta em termos de projeto de tratamento nos dias seguintes e a longo prazo. Eu trabalho com estes dois parâmetros de início, mas não desconsidero qualquer outro tipo de diagnóstico, desde que ele se integre a algum tipo de projeto para aquele paciente, ao futuro daquele paciente que está agora sofrendo. Em princípio acho que qualquer tipo de diagnóstico deve ser considerado. Sendo assim, o diagnóstico vai revelar uma fatia, uma perspectiva vivencial do paciente. Ele não é melhor ou pior que os demais, desde ele caiba nesse projeto terapêutico do paciente".

Para Davi todas estas estratégias tem um fim claro: viabilizar uma proposta que ele sabe ser muito difícil.

"O trabalho que eu me proponho, que é um trabalho com a psicose, é muito difícil, há sempre pontos negros, obscuros que dizem respeito às perspectivas do trabalho com o psicótico, que extrapolam a dimensão meramente clínica ou farmacológica"...

Davi segue adiante, definindo mais amplamente e talvez mais precisamente seu posicionamento frente à clínica:

"Para mim nada se compara à atividade clínica em termos de realização, de produção concreta do que se está vendo ali. Eu estou me referindo ao fato de o paciente melhorar. De o paciente mudar de vida, das coisas se alterarem. Nada como a clínica. Essa articulação com o real em sua concretude, de ver pessoas, sujeitos sofrendo e com o tempo com possibilidade de modificarem isso..."

Quando antes Davi falou: "dimensão meramente clínica" não se referia certamente à riqueza do que pôde nos relatar depois. Talvez não tenha percebido que era a mesma palavra clínica que iria logo adiante utilizar para definir esta atividade, onde ele mergulha expectante, desejoso, implicado em cada um de seus atos.

O Psiquiatra "Italiano"

Erico nos diz:

"Quando eu fui fazer vestibular, estava dividido entre Ciências Sociais e Medicina. Acabei ficando com Medicina e escolhi Psiquiatria porque achei que era a especialidade clínica que me daria abertura para encaixar alguma coisa de Ciências Sociais dentro da minha prática como psiquiatra".

Erico graduou-se em Medicina na Faculdade de Campos e após formar-se procurou o Curso de Especialização em Psiquiatria do IPUB. Interessou-se sempre pelas questões institucionais ligadas ao seu trabalho, privilegiando a prática no setor público. Recentemente foi aluno do Curso de Especialização em Saúde Mental da ENSP e visitou os serviços psiquiátricos de Trieste por três meses, dos quais guarda forte influência. Ampliando seus conhecimentos frequentou por poucos meses um grupo de estudos na área de psicologia existencial. Quer estudar mais e por já ter feito análise com um terapeuta jungiano, vai procurar uma sociedade de psicologia analítica. São dois os motivos que o levam a buscar uma nova orientação. O primeiro é seu desencanto com o descaso das autoridades responsáveis pelo setor público, o que o fez procurar uma nova frente de trabalho. O segundo motivo é de ordem clínica, pois ultimamente tem se ocupado com pacientes muito difíceis:

"Eu estou de um tempo prá cá carregado com pacientes extremamente difíceis. São pacientes muito desagregados e está sendo muito difícil. Eu estou atendendo-os individualmente, coisa que até agora não tinha feito aqui no hospital. Agora estou tendo que fazer e daí esta procura veio somar-se a uma procura que eu já vinha fazendo anteriormente. Estou, então, agora, em busca de uma ferramenta mais teórica prá tentar individualizar um pouquinho estes pacientes. Porque eu acho que apesar do meu comprometimento com a psiquiatria democrática italiana, eu acho que para o momento, agora, você pode colocar uma coisa mais individualizante sim. Eu não descarto isso e inclusive estou sentindo necessidade disso".

Erico referiu o aprendizado no IPUB como "o básico" para orientá-lo no seu trabalho clínico. Citou o DSM III e a "psiquiatria clínica". Mas seu depoimento aponta para além. Vemos um profissional inquieto, que se queixa do poder público, que oferece tão

pouco aos seus doentes e que quer estudar mais para saber como atender melhor aqueles de quem se ocupa. Um médico que, ao apontar o que é dever do Estado, não se furta da parceria:

"Tem que ter estas mudanças e depois, sem dúvida, a gente tem que pensar um modelo que não vai ser um modelo único, que dê possibilidade a várias correntes, até porque na área de saúde mental a coisa é múltipla, é diversa".

Atuar, individualizar, clinicar: coisa múltipla e diversa.

Os Psiquiatras "Alternativos"

Flávia cursou Medicina na UFF e especializou-se em psiquiatria na UERJ. Interessou-se pela Homeopatia desde cedo em sua vida profissional e, após o término de seu curso na UERJ, procurou o Instituto Hannemaniano, tendo finalizado sua formação como homeopata há um ano. Eu quis saber o motivo da procura de uma nova orientação. Flávia me disse que sentia-se limitada com os recursos que aprendera a utilizar como psiquiatra na condução da cura do paciente.

"Com homeopatia eu consegui até tirar a medicação de alguns pacientes e eles estão evoluindo bem. Porque foi uma falha que eu achei: chega uma hora que você não consegue; não é reverter o quadro, mas melhorar o quadro do paciente e com a homeopatia a gente consegue isto. É com paciente esquizofrênico crônico, com neurótico mais grave, a homeopatia atua muito bem nisto".

Flávia diferencia a sua especialização no Instituto Hannemaniano da formação anterior. Diz que ao contrário "da linha social da UERJ" no curso de homeopatia prevalece uma "tendência espiritualista de visualizar o paciente, ver o paciente como um todo integrado à família e à sociedade" e ressalta que esta é a linha holística da homeopatia, a qual sente-se mais ligada.

Apesar desta adesão à homeopatia Flávia não restringe a esta área sua necessidade de adquirir novos conhecimentos. Diz que precisa sempre se reciclar, que preocupa-se com a possibilidade de "comer mosca" nos diagnósticos diferenciais e sente falta de uma especialização em Neurologia.

Frederico especializou-se em psiquiatria na UFRJ mas logo em seguida tomou novo rumo em sua formação profissional. Estudou bioenergética, parapsicologia e, atualmente, faz um curso de análise transacional. Aliás, corrige-se não é bem curso, mas é "uma maneira de crescimento humano". Frederico diz que sempre esteve "ligado a seres humanos". Ligado na vida:

"Psiquiatria é um meio, e não um fim. ...os professores que me influenciaram mais eram aqueles que falavam da vida".

Para poder tratar seu paciente, Frederico tem seus critérios de avaliação, vê o consciente como um todo, se ele está dissociado, o timbre de voz, a postura"...

Ele visa em seu trabalho conseguir uma integração com o paciente.

"o cliente tem que querer conhecer e confiar em você, sentir, acreditar que você pode dizer a ele coisas que ele venha a conhecer"...

Mas Frederico queixa-se de não poder trabalhar no serviço público dentro destes parâmetros que orientam sua conduta profissional. Refere-se a uma prática viciada onde o paciente "não quer saber de muito papo, "mas só de guia de internação".

Há portanto sua prática "ideal" no consultório e sua prática possível no Serviço Público.

O Profissional de Saúde Mental

Gustavo diz:

"Eu trabalho com Saúde Mental. Atualmente não me intitulo mais psiquiatra. Eu não posso perder essa referência psiquiátrica senso estrito, mas com a experiência que fui tendo não sei realmente separar: isso é psiquiatria, isso é psicanálise. Não me intitulo psicanalista, mas minha atitude prática é de um embasamento psicanalítico. Se eu tivesse que rotular alguma coisa, diria que eu faço uma psiquiatria dinâmica. Meu referencial é a psicanálise... eu não tenho um referencial muito linear. Meu referencial sempre foi multifacetado".

Gustavo hesitou frente aos nomes. Psiquiatria ou psicanálise pareceram-lhe insuficientes para definir sua prática. A síntese em torno da Saúde Mental faz sentido em sua história: desde o início da faculdade ligou-se aos movimentos institucionais de transformação do asilo, primeiro no hospital de Jurujuba e depois na Comunidade Terapêutica de CPPII, quando participou por dois anos desse trabalho de articulação da psicanálise em uma instituição psiquiátrica. Ele se diz profundamente marcado por essa experiência. Uma lição parece ter sido não ver possibilidade de avanço onde vigore a exclusão, o apagamento da diversidade:

"Eu acho que pode ter um efeito paralisante se a gente na prática se detiver numa linha como única possibilidade".

Para Gustavo o referencial "multifacetado" não é sinônimo de uma prática indefinida. Seu posicionamento clínico vem à tona claramente quando, frente aos desafios vê-se na urgência de atuar.

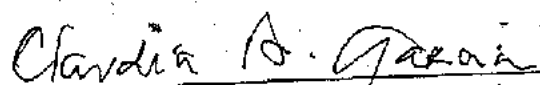
Ele conta-nos uma experiência de trabalho.

"Eu vim para cá para supervisionar. Em fevereiro, o psiquiatra do posto entrou em férias. Logo chegou um número enorme de pessoas que vinham buscar remédio; eram pacientes do outro médico, queriam remédio e tinham uma dificuldade grande de aceitarem que eu os ouvisse. Eu vi que não conseguia lidar com isto individualmente e comecei a pedir que as pessoas esperassem pelo atendimento e em determinado momento iniciei um grupo de pacientes para discutir a medicação. Fiz isto para contornar a dificuldade que estava sendo lidar com a agressividade das pessoas...


e fiz o grupo para ouvir o que elas queriam. E o grupo começou a crescer e eu vi que ele poderia servir como um farol sobre o atendimento no posto nem só na Saúde Mental. Hoje este grupo tem outras características terapêuticas: eu o direcionei aos pacientes que usam a medicação de maneira estereotipada e já temos pacientes do grupo que discutem as situações de maneira bastante perspicaz e acham soluções bem interessantes. É um grupo aberto mas é terapêutico. É um espaço de acolhimento para o retorno do paciente. É uma referência, um farol, tanto para a equipe quanto para os pacientes".

Um grupo de atendimento clínico pois, para Gustavo, clinicar é acolher, escutar, inventar.

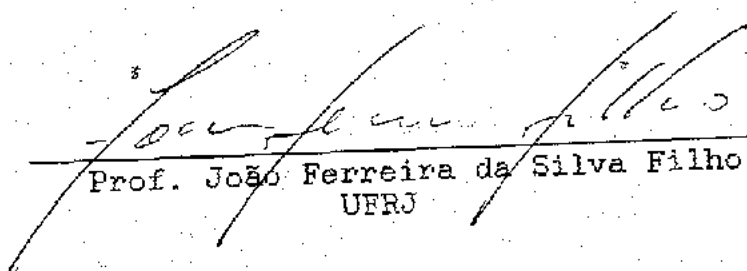
Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC-Rio pela aluna Maria Cecília de Araújo Carvalho intitulada "Sobre a formação teórico-clínica de médicos-psiquiatras: Um estudo na Rede de Niterói" e aprovada pela Banca Examinadora constituída pelos seguintes professores:



Profa. Orientadora Cláudia Amorim Garcia




Profa. Esther Maria M. Arantes
PUC-Rio



Prof. João Ferreira da Silva Filho
UFRJ

Visto e permitida a impressão

Rio de Janeiro, 09/03/95



Prof. Jürgen Heye
Coordenador dos Programas de
Pós-Graduação do Centro de
Teologia e Ciências Humanas