

A Identidade Médica do Psiquiatra (*)

Psychiatric Medical Identity

Othon Bastos (**)

RESUMO

A propósito da “Identidade Médica do Psiquiatra”, o autor refere os diversos modelos que já foram atribuídos à Psiquiatria, ao longo da história. Focaliza os dois modelos distintos de formação do psiquiatra brasileiro nos últimos 20 anos. Discute as várias concordâncias e discordâncias entre estes modelos. Finaliza julgando-os complementares e não excludentes entre si.

Palavras Chaves: Identidade Médica; Modelos de Formação do Psiquiatra.

SUMMARY

The author presents several different models historically attributed to Psychiatrist Medical Identity. He focalizes the two different models of Brazilian psychiatrists formation in the last twenty years. Agreements and disagreements between the two models are discussed. Finally they are considered complementary and do not exclude each other.

Key Words: Psychiatric Medical Identity; Psychiatrist medical formation.

Se hoje não causa espanto ou surpresa falarmos em uma identidade médica do psiquiatra ou em um modelo médico em Psiquiatria, o mesmo não se verificaria algumas décadas atrás. Os atos de diagnosticar, descrever, classificar, tratar e prevenir transtornos ou doenças mentais, que utilizamos em nossa prática diária, consagram o modelo médico. (4,6).

Mas este paradigma já foi contestado e sujeito a controvérsias, por parte de psicólogos e psicanalistas, em favor de um modelo psicológico ou psicodinâmico; por psiquiatras sociais, antropólogos e antipsiquiatras, que propunham um modelo sociológico ou antropológico; por alguns

autores norte-americanos que lhe outorgaram um modelo pedagógico (Fuller Torrey); por antipsiquiatras e militantes políticos que defendiam um modelo político para a especialidade (doença mental fruto da repressão política e/ou social) ou por neurocientistas que pretendem uma neurologização do saber psiquiátrico ou o ressurgimento da veneranda Neuropsiquiatria. Na atualidade volta-se a falar em uma Neuropsiquiatria, muito mais como corpo de conhecimentos científicos, derivado das Neurociências, do que como dupla especialidade médica, exercida no passado por muitos profissionais da Medicina. (2,3,4,6).

(*) Conferência apresentada no I Encontro de Psiquiatria Brasil/Paraguay. Ponta Porã (MS), Pedro Juan Caballero (PG). Junho /2008.

(**) Prof. Emérito da UPE e Prof. Titular de Psiquiatria das Universidades Estadual e Federal de Pernambuco.

A adoção do modelo médico em Psiquiatria implica necessariamente em considerarmos a pessoa humana como um todo somatopsico-sócio-cultural integrado, em que o todo é maior que a soma das partes, de acordo com os preceitos da Psicologia da Gestalt. O homem é, portanto, um todo singular ("a singularíssima pessoa do EU", de que nos falava Augusto dos Anjos), em que "cada um é cada", de acordo com Guimarães Rosa (5).

Na atualidade há dois modelos distintos de formação do psiquiatra brasileiro. O psiquiatra "à moda antiga" tinha uma formação médica humanística, filosófica e literária. Era versado nas psicopatologias fenomenológica, psicodinâmica e existencial, além de utilizar os psicofármacos e as técnicas psicoterápicas de inspiração analítica. A partir do final dos anos 80 do século passado surgiu um novo modelo predominantemente biológico, mais ligado à tecnologia, interessado sobretudo em epidemiologia, neurociências, em bioestatística e informática, fazendo uso da psicopatologia quantitativa e de uma "psiquiatria baseada em evidências", de grande envolvimento com a psicofarmacologia e com as técnicas psicoterápicas cognitivo-comportamentais. Tudo isto tem repercutido diretamente sobre o saber (logos), a prática clínica (praxis), o ensino e a pesquisa em Psiquiatria.

Para iniciar, iremos ler algumas páginas de nossa autoria, escritas há cerca de duas décadas (09/88), sobre a "Psiquiatria Brasileira: Ontem, Hoje e Amanhã" (1).

Ao participar ultimamente de bancas examinadoras de concursos para professores de Psiquiatria em diferentes universidades brasileiras, uma indagação persistente tem me assaltado. Será que já não se fazem mais psiquiatras como antigamente? Essa frase, aparentemente tendenciosa, não encerra qualquer juízo de valor, nem tem caráter de julgamento. Apenas constata um fenômeno. Não julga se o modelo atual é melhor ou pior que o antigo. Registra unicamente o fato. O modelo começa a ser outro – menos literário, menos filosófico com maior preocupação

biológica, lançando mão da estatística, da epidemiologia, dos recursos das disciplinas básicas e da informática. Representou uma reação sã contra aquela "Psiquiatria Anencefálica", de que nos falava Henri Ey, resultante de uma paixão psicanalítica levada ao exagero. A Psiquiatria biológica trouxe em seu bojo a psicofarmacologia revisada com todo rigor científico e tecnológico, fundamentada na psicopatologia quantitativa com suas tabelas e escalas de avaliação, seus critérios de inclusão e de exclusão e o recurso à informática, por meio da computadorização. Surgiu, então, uma psiquiatria operacional, preocupada com a objetivação do diagnóstico e das classificações nosográficas (DSMIII, 1980; CID 10, 1985; DSMIIIR, 1987). Este momento novo da Psiquiatria louva-se sobretudo das contribuições e progressos da bioquímica, da genética, da neuroimagem, da neurofisiologia, da psicofarmacologia e das ciências experimentais. O atual psiquiatra corre o risco de converter-se em um cultivador de uma "Psiquiatria sem mente, sem psiquismo ou sem alma", como quer que se pretenda designar. Está constatado, por conseguinte, o fenômeno. Julgar se esta formação seja mais completa ou se este modelo seja de melhor qualidade que o anterior, é incorrer em um possível erro de julgamento apressado ou em um exercício de futurologia divinatória. Só a evolução posterior da ciência psiquiátrica responderá com acerto a esta indagação. O que se pode afirmar com segurança é que esta formação eminentemente biológica, mais precisamente psicofarmacológica, foge amplamente ao padrão tradicional e clássico do psiquiatra brasileiro do passado. Acreditamos inclusive que não sejam modelos excludentes e sim complementares(1).

São, portanto, ainda atuais as palavras proferidas há 20 anos atrás.

II

Como aponta Alicia Souza (7), a Medicina é uma prática social que se apóia nas ciências biológicas e na epidemiologia para o conhecimento

das doenças e cada vez mais nas ciências do comportamento humano e sócio-cultural para o conhecimento do doente. E acrescenta: no paradigma neopositivista, as hipóteses que expressam relações funcionais são formuladas ou convertidas facilmente em linguagem matemática. Já os pesquisadores qualitativos dão ênfase à construção social da realidade e à experiência social como é criada e seu significado.

Reparemos como são díspares na realidade, os posicionamentos e saberes teórico-doutrinários e práticos. Quanto à etiopatogenia, por exemplo, confrontam-se doutrinariamente somaticistas, psicogeneticistas, sociogeneticistas, seguidores da psiquiatria política com sua vertente antipsiquiátrica, cognitivistas e comportamentalistas. Na prática, como são distintas entre si as condutas dos cultores da neuroquímica e da psicofarmacologia, dos localizacionistas, neurogeneticistas, psicanalistas, fenomenologistas, dos analistas de orientação existencial; cognitivistas e neo-behavioristas. Todos, enfim, tentam mobilizar seus recursos teóricos e práticos no sentido de mitigar o sofrimento humano.

III

A psicopatologia descritiva ou fenomenológica seria para alguns defensores da Psiquiatria Biológica e das Neurociências algo fora de moda ou desnecessário, o que contraria todos aqueles que defendem o modelo médico em Psiquiatria e que valorizam devidamente os atos de diagnosticar e tratar seus pacientes. Por sua vez, a ciência psiquiátrica perderia toda a sua criatividade e originalidade subjetiva, diante do neopositivismo cientificista baseado em evidências, que depreciaria toda a experiência clínica, ameaçando-a de automatização ou robotização (5). Os autênticos psiquiatras concordarão que não se aprende Psiquiatria nos manuais das modernas nosografias (DSM IV, CID 10) ou em seus respectivos breviários. Eles apenas se prestam a ordenar os conhecimentos psiquiátricos adquiridos nos textos, tratados, revistas e na própria vida. Não ignoram também que,

apesar de todos os avanços das neurociências, ainda não dispomos de marcadores biológicos seguros e confiáveis na prática clínica. A clínica, através da semiologia fenomenológica continua soberana, ditando os diagnósticos. Não desconhecem igualmente que as grandes patologias mentais deverão ter um substrato orgânico (lesional ou funcional, pouco conhecido). Todavia, a expressão dos sintomas será sempre psicopatológica, passível de abordagens fenomenológica, psicodinâmica e existencial, evitando-se assim a neurologização do saber psiquiátrico (2,3,5).

A psicopatologia quantitativa permitiu, através de seus recursos tecnológicos, a objetivação e operacionalização da psicopatologia, graças à contribuição da informática. Persistem, porém, os riscos de "aritmização" da psicopatologia e dos diagnósticos serem emitidos por computadores. Em suma, a robotização da psicopatologia e da semiologia psiquiátrica. Tive oportunidade de ouvir, com certo espanto, por parte de um dos ardorosos defensores da informatização do conhecimento psiquiátrico, que certos transtornos da personalidade, a dependência de tóxicos e a tendência ao suicídio seriam mais facilmente revelados à frieza do computador do que por ocasião do encontro médico-paciente. Em um livro recente editado sobre "Interações Medicamentosas em Psiquiatria" (8), o autor chegou a afirmar, de uma forma um tanto herética, que o modelo médico se consolidou em Psiquiatria, através do conhecimento das interações farmacológicas. Fez, então, tabula rasa de toda a importância da Psicologia Médica na construção "do mais singular dos colóquios singulares" (H. Ey), a relação médico-paciente, além de esquecer que os anestesiológicos, que pouco cultivam a relação terapêutica, dominam com muito mais segurança esta área do conhecimento médico.

O surgimento das nosografias recentes com diretrizes diagnósticas (guide-lines) e listas de sintomas de inclusão ou exclusão com respectivas durações permitiram a confecção de algoritmos para diagnóstico diferencial e terapêutica dos transtornos mentais. Este procedimento tende a preponderar nos meios da Psiquiatria Biológica sobre a experiência clínica, assumindo um caráter dogmático e magistral. Defendemos a utilização dos

recursos diagnósticos da psicopatologia quantitativa em pesquisas, mas não na atividade clínica habitual. Nesta última, não devemos fazer diagnósticos através da soma, subtração ou duração dos sintomas e sinais. O diagnóstico em Psiquiatria costuma revelar-se através de uma "Gestalt", uma forma ou estrutura de apresentação dos quadros clínicos (5).

IV

Os livros de texto, compêndios e tratados na atualidade, sobretudo os de origem anglo-saxônica, dão uma maior ênfase aos dados epidemiológicos das patologias mentais, em detrimento dos aspectos psicopatológicos dos quadros clínicos. Longos capítulos são dedicados à Psiquiatria Baseada em Evidências e às pesquisas provenientes de metanálises. Menos destaque é dado à sintomatologia dos transtornos mentais. Observa-se facilmente este fato em seminários, quando os alunos, que recorrem a essas fontes, dão flagrante preferência a esta forma de abordagem dos transtornos psiquiátricos (2).

V

A Psiquiatria Biológica impôs o modelo quantitativo em pesquisa. São cada vez mais freqüentes estudos transversais e longitudinais, contendo pesquisas de caso-controle e de coortes. Por sua vez, a psicanálise e os trabalhos derivados das demais ciências do comportamento humano dão quase total preferência aos métodos qualitativos. Na área médica, somente 4 das 20 publicações de maior impacto divulgaram estudos qualitativos, dentre elas: o " British Medical Journal " e o " American Journal of Psychiatry " (7). Não obstante isto, a pesquisa qualitativa pode se articular com a quantitativa, de forma complementar, na investigação de determinado problema, por exemplo, a adesão ao tratamento, cada qual com seu enfoque próprio. Se o objetivo for determinar características demográficas dos pacientes, em um período de tempo determinado,

a abordagem deverá ser quantitativa. Se o pesquisador pretender buscar as razões referentes às variações na adesão e o significado do tratamento na vida destes pacientes, torna-se necessário um enfoque qualitativo. É possível, portanto, uma complementaridade dos dois métodos, embora os paradigmas deles sejam diversos e independentes.

Para finalizar, o autor continua acreditando que os dois modelos de formação do psiquiatra não são excludentes e sim, complementares (1). Ambos preservam a identidade médica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Bastos, O. – Psiquiatria Brasileira: Ontem, Hoje e Amanhã. IN: Bastos, O. – História da Psiquiatria em Pernambuco e outras Histórias. São Paulo: Lemos Editorial, 49-54, 2002.
- 2) Bastos, O. – Novos Rumos da Pesquisa e Terapêutica em Psiquiatria. In: História da Psiquiatria em Pernambuco e outras Histórias. São Paulo: Lemos Editorial, 55-65, 2002.
- 3) Bastos, O. – Experiência Clínica e Evidência – Integração ou Exclusão: Como a Evidência comprova a Prática Clínica. IN: História da Psiquiatria em Pernambuco e outras Histórias. São Paulo: Lemos Editorial, 89-96, 2002.
- 4) Bastos, O. - Psiquiatria: Conceito, Objeto, Objetivos, Panorama Atual e Perspectivas. Programa de Educação Continuada da ABP. Aula Magna I, Rio de Janeiro, 2006.
- 5) Bastos, O. – Agreements and Disagreements in Psychiatry . Neurobiologia, 70: (1-4), 9-17, 2008.
- 6) Bastos, O. – Ciência e Ética em Psiquiatria. Neurobiologia, 72 : (1), 11-16, 2009.
- 7) Souza, A.N de & J. Pitanguy. Saúde, Corpo e Sociedade. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006.
- 8) Sucar, D. D. – Fundamentos de Interação Medicamentosa. São Paulo: Lemos Editorial, 2007, 2 edição.