MINHA EXPERIÊNCIA NA FORMAÇÃO DE PSIQUIATRAS (*)

David Zimmermann (**)

Relatarei, neste trabalho, minha experiência na formação de psiquiatras baseada em dois cursos de aperfeiçoamento em clínica psiquiátrica (1957 e 1958) de um ano de duração e num total de cêrca de 320 horas de ensino, e mais em um primeiro ano de ensino em um curso de especialização, êste realizado conjuntamente com o Prof. Paulo Guedes, Catedrático Interino de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre. Concluiram o curso de 1957 dez alunos e o de 1958 nove alunos; seguem seis alunos no curso de especialização, que tem dois anos de duração e é realizado em prosseguimento ao curso de aperfeiçoamento (***).

Considerando que dois anos de experiência para um trabalho desta ordem é muito pouco tempo, já que na formação de psiquiatras existem muitos problemas que demandam observação prolongada e repetida, desejo esclarecer que a maioria dêles só poderá ser tratada aqui na forma de uma primeira aproximação. Assim, por exemplo, as questões de supervisão ou consulta individual e em grupo, assim como as de seleção dos candidatos para o curso, serão abordadas sumàriamente, constituindo-se todavia matéria para comunicações futuras. Apesar destas limitações existem alguns motivos que, entretanto, justificam tornar público o trabalho até aqui realizado, pois o mesmo constitue a primeira tentativa realizada em nosso meio e possivelmente levando-se em conta as condições básicas do curso, sua finalidade, orientação e sistematização, trata-se também da primeira tentativa levada a efeito no Brasil. Por outro lado merece êste trabalho tornar-se público, devido ao escasso número de publicações referentes a êste tema. Justifica-se também êste relato como uma prestação de contas, necessária antes de mais nada para mim mesmo, depois para os meus atuais e futuros alunos e finalmente para os meus colegas de especialidade.

Explico melhor a última justificativa. No que se refere à mim mesmo, penso que, quando se realiza um trabalho à longo prazo, como é êste da formação de psiquiatras, experimenta-se, em face das naturais dificuldades (que no momento podem parecer insuperáveis) sentimentos de desânimo. Quando os alunos cometem erros com os pacientes, erros comuns em todo aprendizado, ou quando deixam de cumprir suas tarefas, tem-se a impressão momentânea de que jamais aprenderão a se relacionar corretamente com seus pacientes ou jamais compreenderão a doença mental, chegando-se em certas oportunidades, a pensar que a formação empreendida poderia ser prejudicial. Em troca, quando se verifica que os alunos estão trabalhando bem e são capazes de ajudar aos pacientes que necessitam de assistência — os quais são tão numerosos se comparados com o escasso número de psiquiatras — ou quando êles se saem bem nas provas, diante da banca examinadora, fica-se estimulado a prosseguir na tarefa. Guiar-se por estas flutuações do estado de ânimo não me parece um método seguro de se avaliar o que se está fazendo. Eis porque uma parada, para um balanço e uma tomada de contas, ainda que em caráter provisório, afigura-se muito útil, pelo menos para mim. Desde já posso afirmar que o simples compro-

---

(*) — Apresentado ao 1.º Seminário Latino Americano de Psicologia Médica, realizado na Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre, em março de 1959.

(**) — Psiquiatra do Hospital São Pedro, Assistente de Ensino da Cadeira de Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre, Membro do Centro de Estudos Psicanalíticos de Pôrto Alegre, Membro da Sociedade de Psicoterapia de Grupo de Pôrto Alegre e Membro Titular da Associação Americana de Psicoterapia de Grupo.

(***) — Na realidade o "Curso de Especialização em Clínica Psiquiátrica" tem a duração de 4 anos assim distribuidos:

a) Um ano de estágio em Hospital Psiquiátrico, condição obrigatória para a inscrição nos cursos (êste estágio poderá ser realizado durante a 6.a série do curso médico);

b) Um ano para o "Curso de Introdução" ao Curso de Especialização em Clínica Psiquiátrica" (constituído de "Propedêutica Psiquiátrica, Psicologia Dinâmica e Clínica Psiquiátrica");

c) Dois anos para o "Curso de Especialização" pròpriamente dito.

misso de fazer êste relato, o que implicou na necessidade de submeter tudo o que foi realizado nos cursos a uma crítica rigorosa, já produziu seus frutos. Assim, por exemplo, muitas das dificuldades, tanto teóricas como práticas, verificadas poderiam ter sido mais fàcilmente vencidas se tivesse havido uma supervisão ou consulta individual para os alunos. E' verdade que muitos dêles consultavam-me individualmente sôbre os problemas que surgiam mas êste procedimento, embora frequente, foi feito sem sistematização porque não fôra previsto como necessário no programa dos cursos. Entretanto, agora, ao recapitular fatos passados compreendo que a supervisão individual poderia ter aplainado diversas dificuldades dos alunos tanto com os pacientes como comigo.

No que se refere aos alunos do curso de aperfeiçoamento devo esclarecer que findo o mesmo responderam êles e um questionário de 30 perguntas desdobráveis sôbre sua realização. Abrange o questionário tudo o que diz respeito ao ensino durante o ano: impressões sôbre o programa, sôbre o método do ensino, sôbre a matéria teórica, sôbre o modo como foram apresentados os pacientes, sôbre a redação dos resumos teóricos e das observações clínicas, indagando-se também em quais setores se sentem seguros ou deficientes, assim como o que têm a dizer sôbre as taxas que pagam, o local de trabalho, etc. Durante o curso aprenderam a ser mais francos, de sorte que a maioria responde a êste questionário com relativa sinceridade. Ademais, sabem êles que é uma crítica construtiva, a qual visa melhorar os cursos vindouros. Evidentemente há nas respostas muitas queixas, algumas dirigidas a mim, como professor e outras à forma de ministrar os conhecimentos adquiridos. Neste sentido, o presente trabalho é uma explicação necessária que dou aos alunos dos cursos.

No que diz respeito aos meus futuros alunos, imagino que o presente relato ser-lhes-á útil, em certa medida, porque saberão, com antecedência, o montante de dificuldades que lhes aguarda o aprendizado e penso que não será demais que o saibam.

Finalmente devo também prestar contas aos meus colegas de especialidade e aos da Faculdade de Medicina, porquanto a formação de psiquiatras não é assunto que interessa apenas a Cadeira de Clínica Psiquiátrica da Faculdade e aos alunos.

———o::o———

Antes de descrever o que foi feito no decorrer dos cursos, julgo necessário mencionar as normas básicas de sua realização. A psiquiatria atual encontra-se em uma encruzilhada para onde convergem os conhecimentos clássicos da psiquiatria descritiva de Kraepelin e outros — e os conhecimentos psicanalíticos de Freud. A fusão total destes dois ramos do conhecimento ainda está sendo feita. Entretanto, um psiquiatra moderno não pode dispensar nem os conhecimentos da psiquiatria descritiva, nem a orientação psicanalítica. Êste foi o meu ponto de partida: proporcionar aos alunos um curso de psiquiatria em que se estudasse o doente mental, aproveitando tudo que se sabe de sinais, sintomas e síndromes, para chegar a um diagnóstico e prognóstico mas não ficar nêsse ponto, como permaneciam os psiquiatras clássicos, senão também dar-lhes, mediante os conhecimentos psicanalíticos, a possibilidade de compreenderem seus doentes em profundidade. Em outras palavras, tratava-se de ministrar um curso de psiquiatria de orientação psicanalítica.

Entretanto, em um curso com esta orientação, em que entram em jôgo, e predominantemente, os aspectos afetivos dos alunos, acordando nêles, quando estudam a parte teórica do programa ou entram em contato com o doente mental, ansiedades diversas, estas passarão a perturbar constantemente, em maior ou menor grau, tanto o aprendizado como a relação emocional com o professor. Em face de tais circunstâncias, um curso orientado psicanaliticamente, deve obedecer a normas ou condições próprias. Acredito que tenha podido estabelecer as normas ou condições acima referidas, — as quais determinaram que o curso tivesse orientação psicanalítica, não só quanto ao con-

teúdo mas também, em certo sentido, quanto a **forma** —, devido a certos fatos antecedentes. Relatarei, resumidamente, êstes antecedentes que moldaram a estruturação dos cursos.

Em 1954, um grupo de colegas do Hospital São Pedro solicitou-me um curso de psiquiatria dinâmica que os ajudasse na preparação de um concurso que deviam realizar. Atendendo ao que desejavam, não considerei a idéia de um curso oficial mas resolvi auxiliá-los, como colega mais experimentado, a enfrentar o concurso, ministrando-lhes noções gerais de psicanálise que lhes possibilitassem uma melhor compreensão do doente mental e pudessem ser aplicados no exame clínico dos pacientes. Os seminários teóricos e práticos tiveram uma duração de cêrca de três mêses. Esta tarefa didática repercutiu favoràvelmente em alguns estudantes de medicina que frequentavam o Serviço do Hospital em que trabalho e determinou uma maior aproximação dos mesmos comigo. Mostravam-me êles suas observações sôbre doentes; buscavam orientação em textos psicanalíticos, discutiam comigo suas dificuldades e a seguir acabaram solicitando um curso nos moldes do que eu havia ministrado para os meus colegas do Hospital, ou a meu critério, em moldes que lhes fôssem mais adequados, uma vez que não possuiam maiores conhecimentos de psiquiatria descritiva. Apesar da insistência dos pedidos, relutei durante muito tempo em aceitar a idéia do curso. E' que, por um lado, não me sentia seguro de poder orientá-lo como imaginava e, por outro lado, duvidava que sextoanistas de medicina ou médicos recém formados, pudessem acompanhar e concluir o curso com o nível de aproveitamento necessário. Entretanto, nas discussões que nesse interim os futuros alunos mantiveram comigo a propósito do curso, não só fui amadurecendo o meu plano, como me foi dado verificar que êles estavam realmente dispostos a aceitar as minhas condições de trabalho e concordei afinal em atender o que me pediam.

Do relato acima desejo salientar dois fatos, ìntimamente ligados, que me parecem muito importantes na estruturação do curso.

1.º — Foi êste pequeno grupo de alunos, já meus conhecidos e ligados a mim afetivamente, que insistentemente me solicitou o curso.

2.º — Tal fato permitiu-me criar as condições especiais, adequadas à sua realização.

Constituído aquele pequeno número de alunos em núcleo central do curso, e os demais estudantes e médicos que posteriormente o integraram, aceitaram, sem vacilações, a estruturação inicial do grupo de ensino já estabelecido. O mesmo sucedeu com a turma do curso seguinte e com a atual em estágio probatório.

Não creio que o destino do empreendimento teria sido o mesmo se ao invés dos alunos terem me procurado eu tivesse anunciado um curso. E' que, conforme minha experiência, em vários outros cursos, a atitude geral dos alunos — quando não são êles quem procuram o aprendizado — costuma ser muito passiva, como se não tivessem que dispender nenhum esfôrço e êste fôsse de inteira responsabilidade do professor. Dificilmente uma aula, como totalidade, no decorrer de tais curso, estabelece uma relação madura de dar e receber com o seu professor. Evitar esta aparente unilateralidade de propósitos foi a primeira norma básica do curso. Não é só o professor quem deseja ministrar conhecimentos, como sucede habitualmente, senão que também os alunos devem ter o desejo de receber ensinamentos. Cabe aqui uma aproximação dos dados acima com o que se passa no tratamento psicanalítico: na relação médico-paciente não é só o médico que terá o interêsse em curar, também cabe ao paciente o desejo de se tratar e resolver seus problemas.

Uma segunda condição que norteou a estruturação dos cursos de aperfeiçoamento resultou da observação feita em cursos que participavam diversos professôres nos quais verifiquei como os alunos utilizavam como meio de defesa contra suas ansiedades, a existência de mais de uma orientação no ensino. Mesmo quando os professôres tivessem a mesma orientação, o fato de serem vários, facilita a dissociação e cria-se na mente do alunos a idéia de que existem divergên-

cias entre os professôres, determinando pseudo-conflitos de orientação de conseqüências negativas, pois que o processo do aprendizado repôusa bàsicamente na relação afetiva que se estabelece entre o aluno e o professor, motivo pelo qual é extremamente importante que no início de qualquer aprendizado tenha aquêle ùnicamente um objeto para fins de identificação. De fato, na prática, é exatamente isso que sucede, tanto para um aprendiz de trabalhos manuais como para o estudante de medicina que deseja integrar-se unitàriamente em uma especialidade.

A terceira norma que serviu de orientação na estrutura do curso é que êste devia ser realizado em bases de uma relação madura de dar e receber — por um lado entre o grupo de alunos, e por outro, entre êstes e o professor. Quando o ensino se resume no ato de os alunos ficarem passivamente escutando as preleções teóricas ou assistindo os trabalhos práticos do professor, como acontece na maioria das vêzes, os conhecimentos assim adquiridos permanecem superficiais, não chegando a se integrar na personalidade do aluno. Ademais esta atitude passiva do aluno, se prolongada, leva a uma idealização onipotente do professor que sabe muitíssimo, mas lhes desperta agressão em forma de críticas ou de rechaço a tudo o que êle possa transmitir. O resultado desta relação de alunos passivos com o professor ativo é óbvia: os alunos não trabalham, não estudam, não aprendem, permanecendo na situação de filhos incapazes, quando o fundamental em um curso é exatamente desenvolver a capacidade de trabalho dos alunos.

Por êstes motivos, nas reuniões prévias realizadas com o grupo de alunos, antes de se inscreverem no curso, digo-lhes com tôda franqueza que eu não iria **dar-lhes** um curso de Clínica Psiquiátrica porque não me sentia capaz para tarefa tão árdua e extensa. Mas mesmo que que tivesse esta capacidade não o faria por razões didáticas. O que propunha a êles é que **nós**, alunos e professor, façamos um curso no qual todos nós trabalharemos em grupo com a finalidade comum de aprender Clínica Psiquátrica. Como trabalharemos em grupo, o êxito ou o fracasso do curso dependerá de todos nós. O meu papel será de um colega mais velho na especialidade, mais experimentado, portando, que poderá orientá-los ùnicamente, visando pô-los o mais cêdo possível na estrada real da especialidade e evitando que se embrenhem em desvios inúteis. E' necessário pois que comecem a andar. Em seguida distribuo tarefas para o curso, o qual terá início, porém, dois meses depois desta reunião prévia. Como se verifica, antes mesmo do aluno participar no seu primeiro seminário, já começa trabalhando não só para o curso, como para êle próprio e para os demais colegas. Antes de receber êle já vai se habituando a dar. (*)

A quarta condição ou norma da realização dos cursos deriva desta última. Em um curso, tenha êle a duração que tiver, de um, dois, três ou mais anos, jamais se consegue transmitir **todos** os conhecimentos necessários para o bom exercício da especialidade. Na realidade, não há na medicina um corpo de doutrinas definidas e acabadas, nem tampouco procedimentos técnicos que não se modifiquem com o progresso das ciências médicas, isto sem falar no desenvolvimento pessoal de cada um através da experiência e do estudo.

Eis porque o acento tônico do ensino não deve recair na quantidade de conhecimentos a serem transmitidos, se-

(*) — Nestas reuniões prévias tratei também com os alunos o problema das taxas de inscrição. Neste sentido o critério que adotei, esclarecendo com tôda a franqueza aos alunos, foi de que meus ingressos pelas horas dispendidas no curso não deviam ser muito menores das que obteria habitualmente no exercício da clínica privada (refiro-me ao 2.º curso de aperfeiçoamento, pois no primeiro as taxas foram muito baixas). Acredito que só assim, não se sentindo prejudicado, pode o professor dedicar-se de fato ao ensino. Para dar aos alunos o que êles necessitam é imprescindível que êstes o recompensem devidamente.

Como a responsabilidade da realização do curso cabia a todos os alunos, e para reforçar êste sentimento estabeleceu-se uma taxa para o grupo e não para cada aluno. Assim sendo, se um aluno desistisse ou era aconselhado a não prosseguir no curso, como efetivamente aconteceu, os demais alunos que permaneciam eram responsáveis, até certo ponto, pela totalidade das taxas.

Neste sentido, deixou-se uma possibilidade para os alunos que no momento não estavam em boas condições econômicas. Consta a seguinte observação nas condições da realização dos cursos: "Com a finalidade de não impedir a inscrição neste curso de candidatos capacitados mas atualmente impossibilitados, ser-lhes-á facultado postergar a data do pagamento, até o máximo de 40%". Dêste modo nenhum candidato de valor e interessado na formação psiquiátrica deixou de frequentar o curso.

não em desenvolver no aluno tanto a capacidade de aprender como a de se orientar, a fim de que possa encontrar por si novos caminhos de progresso.

Se é relativamente fácil para o professor observar um doente, chegar a um diagnóstico, orientar a terapêutica e mostrar aos alunos sua capacidade técnica, é difícil, entretanto, despertar nêles o interêsse em examnar o doente, ensinar-lhes a ordenar o material obtido e a escrever observações, ajudando-os a estabelecerem por si mesmos o diagnóstico, a terapêutica, e gradativamente a que desenvolvam sua capacidade de trabalhar com os doentes. Do mesmo modo, para o aprendizado, mais importante do que o professor revisar determinado tema para os alunos é incrementar a capacidade dêstes últimos de realizarem pesquizas bibliográficas ou resumirem artigos de revistas ou monografias. Em resumo, o importante e difícil é criar no aluno uma consciência psiquiátrica.

Como se verifica, esta quarta condição do curso também é de inspiração psicanalítica pois não se trata de "encher" os alunos de conhecimentos teóricos ou práticos senão ajudá-los a resolver seus problemas e dificuldades no aprendizado na medida em que se apresentam. Tanto nos trabalhos teóricos como práticos prefiro ver antes a iniciativa dos alunos, mesmo que êles se desorientem e se queixam da desorientação, como em regra acontece, para depois sugerir e indicar. Assim, por exemplo, parece-me mais operante que um aluno tente revisar um tema ou observar um doente ainda que fracasse em alguns pontos, porquanto, por um lado sempre terá o sentimento de que soube fazer bem uma parte da tarefa que lhe foi proposta e, por outro, as sugestões do professor, para os tópicos em que êle eventualmente fracassou na solução, serão melhor aceitos, porque vem preencher uma necessidade premente do aluno.

Nesse sentido, esta condição de trabalho se diferencia das preleções teóricas ou demonstrações práticas pois nestes casos, via de regra, os alunos não sabem o que fazer com os conhecimentos que estão adquirindo, pois podem não estar interessados neste momento no tema em exposição. Parece-me fora de dúvida que o aluno aprenderá mais quando as sugestões e indicações do professor atenderem a seus problemas do momento.

Depois de ter mencionado as normas da realização dos cursos de pos-graduação ou seja sua orientação geral, passarei a descrever as condições específicas em que foram e estão sendo realizados. Abordarei, em primeiro lugar o problema "o que ensinar"?, ou seja o programa de ensino. A resposta ao problema de "o que ensinar" é óbvia: clínica psiquiátrica. Mas, como disse antes, a psiquiatria tem de ser considerada em seus dois aspectos: a descritiva ou clássica e a dinâmica ou psicanalítica, visto que a fusão das duas é uma tarefa que vem sendo realizada. Uma prova disso é o fato de até o presente momento não existir um tratado de psiquiatria psicanalítica que satisfaça em todos os sentidos. Ademais os próprios alunos mantém esta divisão da psiquiatria e, em regra, interessam-se mais pelos aspectos psicanalíticos do que pela parte descritiva. Neste sentido alegam mesmo que não pretendem ser psiquiatras clássicos, que desejam, isso sim, ser psicoterapeutas ou que futuramente pretendem submeter-se a uma análise pessoal para se tornarem psicanalistas.

Êste modo de encarar a formação do psicoterapeuta ou do psicanalista deriva do fato de existir, sobretudo dos primórdios da psicanalise, quando esta não era aceita na medicina, analistas leigos, não médicos. Entretanto, esta situação, devido a grande aceitação da psicanalise nos meios médicos, está ultrapassada. Eis porque minha atitude frente a êstes alunos é a de explicar-lhes que a psiquiatria descritiva acumulou um acervo de conhecimentos, sobretudo para a finalidade de diagnóstico e prognóstico, que não podem ser desprezados mesmo para quem pretende ser psicanalista, pois êste, na prática, terá que se defrontar com os problemas de diagnóstico e prognósticos, e também, eventualmente, com os tratamentos chamados biológicos da psiquiatria. Explico-lhes ainda que o psicanalista deve ser antes de mais nada médico, depois psiquiatra e finalmente psicanalista.

Pelas razões apontadas, há interês-

se tanto pela psiquiatria descritiva como pela dinâmica e se esta última é mais desenvolvida no curso é porque realmente ela é mais importante na compreensão do doente e seu ensinamento exige, por sua própria natureza, maior espaço de tempo. Mas não é só isso. Na verdade, o principal trabalho, dentro do possível, centra-se na fusão da psiquiatria clássica com a psicanalítica, objetivo principal do ensino. Pois a finalidade visada, é que os futuros psiquiatras ao se defrontarem com as mais variadas tarefas, como nos Hospitais, nos ambulatórios dos Institutos, etc. possam fazer realmente uma psiquiatria compreensiva, atendendo e ajudando seus pacientes.

Nos cursos de aperfeiçoamento o programa adotado, afora um programa geral de propedêutica psiquiátrica (*), foi o programa oficial da cadeira de Psiquiatria da Faculdade, que consta 28 pontos , metade dos quais são gerais e teóricos, sendo a outra metade constituída pelas entidades nosográficas (**). A êste programa, acrescentaram-se ou desenvolveram-se outros pontos que se faziam necessários, como por exemplo, psiquiatria forense, semiologia neurológica, noções de terapêutica ocupacional, psiquiatria de urgência, etc.

A necesssidade de cumprir um programa tão extenso, e os alunos desejavam-no também profundo — resultou que muitos aspectos do curso foram realizados apressadamente, sem maiores

---

(*)

1.º — Normas técnicas e dinâmicas gerais na exploração psiquiátrica.
2.º — Técnica e dinâmica da colheita da história clínica objetiva.
3.º — Técnica e dinâmica da colheita da história clínica subjetiva.
4.º — Psicologia normal e patológica da consciência, atenção e senso-percepção.
5.º — Psicologia normal e patológica da memória, orientação, pensamento e inteligência.
6.º — Psicologia normal e patológica da afetividade e ação (conduta).
7.º — Os síndromes neuróticos, de conduta e psicossomáticos.
8.º — Os síndromes psicóticos.
9.º — Os síndromes de perturbação da consciência e espasmódicos.
10.º — Noções sôbre testes projetivos e de nível intelectual.
11.º — Noções de eletroencefalografia.
12.º — Semiologia do liquor.
13.º — Outros exames complementares habituais em clínica psiquiátrica.
14.º — Orientação diagnóstica em psiquiatria: diagnóstico positivo e diferencial, dinâmico e genético, transferencial e contra-transferencial.
15.º — Normas gerais e esquema para redação de uma observaão em clínica psiquiátrica.

(**) I — Parte geral.

1.º — Delimitação do Conceito. — Relação da Psiquiatria com as ciências afins.
2.º — História da Psiquiatria.
3.º — Desenvolvimento e estrutura da personalidade humana.
4.º — Os Instintos, suas vicissitudes e as fantasias inconscientes.
5.º — Consciente, Pré-consciente e Inconsciente.
6.º — A Personalidade e suas relações de objeto. — Realidade interna e externa.
7.º — O conflito neurótico e os mecanismos de defesa do Ego.
8.º — Causas e motivações das doenças da personalidade. Relações psico-somáticas.
9.º — Sintomatologia.
10.º — Métodos de diagnóstico:
  a) Técnica do exame clínico-psicológico.
  b) Provas auxiliares.
11.º — Classificação das doenças da Personalidade.
12.º — Terapêutica: físicas, químicas e biológicas.
13.º — Psicoterapia. Psicanálise.
14.º — Profilaxia e assistência psiquiátricas.
  a) Clínica de orientação da infância.
  b) Assistência hospitalar.

II — Parte especial.

15.º — As neuroses (Histórico e desenvolvimento do conceito).
16.º — Neuroses traumáticas.
17.º — Histeria.
18.º — Neurose obsidente.
19.º — Personalidade Psicopática. Perversões e neuroses impulsivas.
20.º — Esquizofrenia.
21.º — Reação paranóide. Paranóia.
22.º — Reações maníacas e depressivas — depressão pré-senil.
23.º — Epilepsias.
24.º — Psicoses devidas a sífilis.
  a) Paralisia geral.
  b) Outras formas.
25.º — Psicoses sintomáticas: infecciosas, circulatórias, glandulares e metabólicas.
26.º — Psicoses por lesões cerebrais:
  a) Demência senil.
  b) Arterio-esclerose cerebral.
  c) Devidas a outras doenças do sistema nervoso e afecções cerebrais.
27.º — Psicoses exotóticas:
  a) Psicoses alcoólicas.
  b) Psicoses devidas a drogas e outros tóxicos.
28.º — Oligofrenias.

vantagens finais. Talvez pode-se citar uma única vantagem: os alunos, durante alguns meses, foram envolvidos totalmente pelo curso e obrigados a viver intensamente o aprendizado. Mas não há dúvida que também seus efeitos são negativos porquanto dificultou a elaboração dos conhecimentos adquiridos, elaboração esta que demanda inúmeras repetições.

Embora julgue vantajoso o ensino intensivo, é evidente que não se deseja fazer tudo às pressas. Assim o 1.º curso de aperfeiçoamento (1957) foi previsto para seis meses mas foi logo prolongado para um ano letivo (10 meses). Já no 2.º curso de aperfeiçoamento (1958) o acento tônico do ensino recaiu em psicologia geral e propedêutica psiquiátrica. Sabendo-se que os alunos seguiriam o curso de especialização, em que levarão mais dois anos, evitou-se o desenvolvimento de vários pontos do programa porque êstes seriam depois ensinados por especialistas. Assim, no curso de especialização, o ensino da psiquiatria e a psicoterapia são dirigidos pelos responsáveis do curso, Prof. Paulo Guedes e eu mesmo, enquanto que os temas especiais, de máximo interêsse na formação de psiquiatras — como anatomia patológica, eletroencefalografia, laboratório (liquor), oftalmologia, radiologia, psiquiatria forense neurologia e administração de hospital psiquiátrico — ficam a cargo de especialistas dedicados a tais temas (*)

Resumindo minha experiência nesses dois cursos quanto a extensão dos programas e ao desenvolvimento da psiquiatria descritiva e dinâmica cumpre salientar:

1.º — Possìvelmente a maioria dos alunos teria um aproveitamento maior se menor fôsse o número de pontos do programa, porém repetidos mais vêzes a propósito de casos clínicos.

2.º — No curso de aperfeiçoamento, com um ano de duração, ao qual seguir-se-á o de especialização com dois anos, o ensino deve limitar-se a psicologia geral e propedêutica psiquiátria.

3.º — Quanto ao aprendizado da psiquiatria descritiva e dinâmica pode-se classificar os alunos em três grupos:

a) Aqueles que tiveram um aproveitamento equilibrado da psiquiatria descritiva e dinâmica.
b) Aqueles que tiveram deficiências no aprendizado da psiquiatria descritiva mas não com a psiquiatria dinâmica.
c) Aqueles que tiveram deficiências no aprendizado da psiquiatria dinâmica mas sem dificuldades com a psiquiatria descritiva.

Dêstes fatos, como pràticamente o ensino foi igual para todos, a conclusão que se deve tirar é que existem dificuldades pessoais que devem ser atendidas no curso individualmente. Refiro-me ao sistema de consultas dos alunos ao professor ou seja o trabalho de supervisão individual que será adotado sistemàticamente nos futuros cursos.

Abordarei agora outro problema de máxima importância qual seja o "como ensinar" tanto em seus aspectos teóricos como nos práticos, e a correlação de ambos. Inicialmente, cumpre esclarecer que não se utilizaram as aulas magistrais, a não ser duas ou três dentro das 320 horas de ensino, e isso apenas com a finalidade de orientação geral. Todo o ensino realizou-se em seminários de duas a duas horas e meia de duração com um intervalo de 10 minutos entre a primeira e a segunda parte.

O ensino da parte teórica foi executado através de resumos de artigos de revistas, monografias e especialmente da preparação dos pontos do programa. Dois meses antes de iniciar o curso, nas reu-

(*) No 1.º Curso de Especialização (1957, 1958 e 1959) êstes temas, constituídos em verdadeiros cursos auxiliares, foram desenvolvidos, respectivamente, pelos Ass. de Ensino Dr. Raul Krebs (Cátedra de Anatomia Patológica), Dra. Clara Mariano da Rocha Costa (Eletroencefalografista do Hospital São Pedro), Docente-livre Carlos Candal dos Santos (Cátedra de Patologia Geral), Docente-livre Mário Araujo Azambuja (Cátedra de Oftalmologia), Dr. Darcy de Oliveira Ilha (Cátedra de Propedêutica Clínica)), Docente-livre José M. Santiago Wagner (Cátedra de Medicina Legal), Docente-livre Celso Machado de Aquino e Assistente de Ensino Dr. Zalnar Campos (Cátedra de Neurologia).

niões prévias, dividiam-se entre os participantes os pontos a fim de serem elaborados em forma de resumos. Coube a cada aluno no mínimo três e no máximo quatro pontos, tendo-se cuidado especial que nesta divisão tocasse a cada participante, um conjunto equilibrado de pontos. Assim, se um aluno era encarregado de revisar um ponto da parte geral, recebia também um da parte especial. Se cabia ao aluno estudar uma entidade com predomínio de aspectos orgânicos, cabia-lhe também uma entidade psicológica, e assim sucessivamente.

Quando o aluno não se sentia bem orientado na feitura do ponto, recebia orientação tanto na pesquiza bibliográfica como na maneira de apresentação, sofrendo, conforme os casos, uma ou mais revisões, antes de ser datilografado ou mimeografado, para ser distribuído entre todos os participantes. A maioria dos pontos, cuja extensão era de 10 a 20 páginas, mais raramente em tôrno de 30, pode ser considerados como muito boa e as vêzes excepcional, prestando-se mesmo, como tem acontecido, para publicação em revistas de medicina.

Os alunos recebiam também para resumir monografias sôbre temas variados. Alguns exemplos: Os trabalhos de Gesel e Amartruda referentes a conduta da criança, "Psicoanalise de la Familia" de J. C. Flügel, os trabalhos de Ana Freud e Dorothy Purlingham sôbre crianças, "La Mentalid primitiva" de Levy Bruhl, os trabalhos de Margareth Mead sôbre antropologia, etc.

Os resumos das monografias e artigos de revistas tinham a finalidade, além de exercitar o aluno nos trabalhos de pesquiza bibliográfica, de proporcionar variados conhecimentos de interêsse para o psiquiatra. Isso se compreende fàcilmente pois se cada participante resumia dois livros, tomava conhecimento de 20 monografias sintetizadas pelos colegas e discutidas por todos os componentes do curso. Dêste modo cada aluno recebia conhecimentos de várias fontes. E assim, despertava-se o interêsse dos alunos no sentido de estudarem posteriormente as monografias em questão.

Quando do estudo dos pontos do programa incentiva-se os alunos restantes a que realizassem suas próprias pesquizas bibliográficas, trazendo dêste modo sua contribuição pessoal para os seminários, não ficando limitados apenas a leitura do ponto e ao esclarecimento das dúvidas. Com êste procedimento, os seminários ,em regra, tornavam-se vivos e cheios de interêsse: os alunos pediam esclarecimentos, faziam comentários ou traziam sua contribuição pessoal. O encarregado do ponto respondia na medida de suas possibilidades.

Cumpre salientar que o papel do professor nos seminários era mais de moderador e coordenador das discussões que se estabeleciam. Quando necessário ou oportuno trazia o professor sua experiência pessoal, esclarecia dúvidas, chamava a atenção para pontos importantes ou fazia um resumo de determinado tópico em discussão.

Destacou-se sempre o estudo da teoria como instrumento de trabalho, como instrumento capaz de integrar os elementos dispersos encontrados na prática, ordenar os valores, separando o principal do secundário, e finalmente como meio de obter novos dados que enriquecem, configuram melhor os dados já obtidos. Teorias que não obedecessem a êsses critério de ser aliada inseparável da prática, ou que não permitissem uma visão unitária do homem, eram sistemàticamente postas de lado. Atendia-se, dêste modo, a finalidade principal do curso que é a de propiciar aos alunos os meios adequados para compreenderem e ajudarem seus pacientes.

Algumas vêzes, terminada a discussão, em dois ou três seminários, eventualmente quatro, o aluno encarregado do ponto, de posse das contribuições dos colegas, das novas fontes bibliográficas e da orientação do professor, resolvia refundir o resumo dando-lhe feição nova, com a finalidade de melhorar sua nota nestes trabalhos.

Da feitura dos pontos do programa e de sua discussão nos seminários, destacarei os seguintes resultados:

1.º) — No fim do curso os alunos tinham adquirido bom cabedal de conhecimentos mas sabiam também o quanto ignoravam e o quanto deviam estudar.

2.º) — Despertou-se nos participan-

tes o desejo de ampliarem seus conhecimentos.

3.º) — Concluído o curso conheciam os alunos as fontes bibliográficas, porquanto os resumos foram realizados nos moldes de artigos de revistas, constando na sua parte final bibliografia ampla e atualizada.

4.º) — Tentou-se desenvolver o sentido de crítica, de modo a não aceitarem passivamente os trabalhos científicos em suas futuras leituras.

———o::o———

A parte prática do curso constitui-se de várias atividades. Iniciou-se com o estudo de paciente internados, via de regra psicóticos, e em primeiro lugar mostrei aos alunos como deviam se relacionar com os familiares dos doentes, como deviam colher os dados comemorativos ou a anamnese objetiva. De posse desses dados, mostrei-lhes como deviam se relacionar e examinar os pacientes, e correlacionar os dados objetivos com os subjetivos. Êste meu trabalho durou muito pouco tempo pois, como já disse, não acredito muito em demonstrações senão no exercício continuado dos alunos. Em consequência, foram logo eles incentivados a conversar com os familiares e em seguida com os doentes, nos mesmos moldes por mim realizados, isto é, diante do grupo.

Via de regra dedicava-se a primeira hora do seminário ao exame do doente ou à colheita dos dados comemorativos, reservando-se a segunda hora para a discussão detalhada do material obtido.

Enquanto um aluno examinava um paciente, os demais mantinham-se em silêncio, anotando mentalmente ou por escrito alguns aspectos do material do paciente e principalmente os defeitos técnicos do colega que examinava. Meu procedimento era semelhante ao dos alunos, só intervindo quando o exame não se desenvolvia adequadamente. Muitas vêzes cabia-me seguir com o paciente até o fim do seminário, mas quando era possível devolvia o caso novamente para o aluno que examinava o doente. Evidentemente, o fato de ter que examinar um paciente diante de colegas críticos, devendo depois fazer um resumo dos dados obtidos, despertava no aluno, sobretudo no início, ansiedades intensas, às vêzes francamente perturbadoras.

Acredito que no fim do curso, embora alguns tenham melhorado bastante, sentindo-se com o doente e diante dos colegas a vontade, nenhum dêles tenha vencido por completo as ansiedades em tais situações.

Êste procedimento teve vantagens incalculáveis:

1.º) — O aluno depois de ter de examinar um paciente diante dos colegas e do professor desembaraçava-se e sentia-se muito mais à vontade, via de regra sem ansiedades perturbadoras, quando se enfrentava a sós com um doente.

2.º) — Enquanto um aluno examinava um paciente os demais participantes do curso, menos envolvidos emocionalmente na situação, podiam observar, ver e sentir claramente os erros técnicos do examinador. Se todos os pacientes fossem por mim examinados dificilmente os alunos teriam podido dominar as ansiedades, que só com a repetição são elaboradas, nem teriam desenvolvido êste espírito crítico construtivo que dominou nas discussões dos casos. E' interessante notar, que depois da metade do curso, os alunos se animavam a criticar, e muitas vêzes com acêrto, o meu procedimento e minhas falhas no exame dos doentes.

3.σ) — Finalmente, aprenderam por experiência própria, que só não erra quem não trabalha, quem não faz nada. Esta afirmação pode parecer acaciana mas é de máxima importância, porquanto no início dos cursos os alunos não se animam a trazer suas dificuldades relativas aos casos em observação. Sem entrar em explicações dos motivos que os levam a êste procedimento, a verdade é que só desejam trazer para os seminários casos completos e bem estudados. Embora afirmassem terem dificuldades não as relatavam para a devida solução. Mudaram de atitude ao verificarem que todos tinham dificuldades e não era vergonha a necessidade de aprender.

Se no início do curso tornava-se necessário obrigá-los apresentar um caso, no fim do ano havia verdadeiras filas para

isto e às vêzes um aluno desejava mesmo relatar dois ou três casos.

E' que perceberam que mais importante do que apresentar casos acabados é discutir as dificuldades e saber o que estão fazendo. E era exatamente isso que se visava, pois, sobretudo em clínica psiquiátrica, não basta ensinar a aplicar corretamente procedimentos técnicos, é necessário que o psiquiatra saiba ver e compreender constantemente o que êle está fazendo com seu doente e como este reage na situação terapêutica, porquanto só assim será capaz de corrigir, a tempo, seus próprios erros.

Na segunda metade do seminário, já sem o doente ou seus familiares, examinava-se o procedimento do aluno no exame do paciente. Quando os alunos estavam mais familiarizados entre si e comigo, destacava-se a importância dos aspetos transferenciais e contra-transferenciais (ou seja os deslocamentos dos sentimentos inconscientes do paciente e do médico). A possibilidade dos alunos expressarem com relativa franqueza seus sentimentos e angústias não só no exame do paciente, como também no fato de presenciar o exame realizado pelo colega, enriqueceu muito o aprendizado. Evidentemente nem todos, sobretudo no início, animavam-se a relatar o que sentiam na presença do doente, mas sem dúvida aprenderam mais aqueles alunos que se permitiam discutir seus sentimentos e ansiedades.

A seguir, do material obtido, salientavam-se os sinais e sintomas, estabelecendo-se um quadro sindrômico ou uma impressão diagnóstica e prognóstica. Após o primeiro contato com o doente e afora esta impressão diagnóstica e orientação terapêutica inicial, os alunos não eram estimulados no sentido de firmarem diagnósticos clínicos e prognósticos definitivos, porquanto mesmo na hipótese de acertarem, em clínica psiquiátrica e do ponto de vista terapêutico, via de regra, os casos demandam maior aprofundamento do que o simples estabelecimento de um rótulo diagnóstico. Especial atenção dava-se à configuração da situação atual ou conflito atual do paciente, orientando-se logo o aluno, para os seus futuros contatos com o doente, na ampliação e esclarecimento dos dados já obtidos, como ainda na investigação da gênese da situação ou conflito atual. Incentivava-se o estabelecimento de hipóteses sôbre o caso em estudo, mas ao mesmo tempo animava-se também a prosseguir a investigação com o intuito de confirmar ou infirmar as hipóteses estabelecidas.

Finalmente prosseguia-se com a solicitação dos exames complementares, laboratoriais e clínicos, bem como a orientação terapêutica inicial.

Na metade do ano letivo, depois de ter vencido os aspetos propedêuticos do programa, os trabalhos práticos desenvolveram-se para um ensino francamente clínico.

Após o estudo teórico dos tratamentos físicos, químicos e biológicos, os trabalhos práticos passaram a ser ministrados nas salas de insulinoterapia. Visava-se com isso não só o aprendizado dos tratamentos biológicos como também ensinar os alunos a acompanhar a evolução dos casos em tratamento. Ao mesmo tempo que aprendiam a aplicação dos tratamentos biológicos, prestavam assistência psicológica aos doentes submetidos a êstes tratamentos, enriquecendo dêste modo suas observações clínicas e prestando maior ajuda terapêutica (*).

Ao mesmo tempo que os alunos iniciavam o trabalho de acompanhar casos internados realizavam a mesma atividade com pacientes de ambulatório (casos de neurose, personalidade psicopática e psicossomáticos, tanto de adultos como de crianças). A atividade de acompanhar pacientes destinava-se a duas finalidades:

(*) — Entretanto, no que se refere ao entrenamento na aplicação das assim chamadas terapêuticas biológicas, tanto na minha opinião como na dos alunos, deve-se esclarecer que deixou muito a desejar, e isso possivelmente por dois fatores que se mesclam. Em primeiro lugar por um fator pessoal: E' que não sou afeiçoado aos tratamentos biológicos, indicando-os, entretanto, quando absolutamente necessários, enquanto úteis e nas melhores condições de segurança e aproveitamento para o doente. Por êstes motivos, sempre que possível emprego pouco os tratamentos biológicos. O segundo fator que motivou um treinamento deficiente das terapêuticas biológicas foi o fato de ter sido realizado em um serviço geral como é a secção de insulinoterapia da Divisão Pinel do Hospital São Pedro, onde, embora exista boa vontade, há as naturais deficiências materiais e de pessoal técnico.

feitura de observações e o trabalho de supervisão (**).

A apresentação, em seminário, dos pacientes que os alunos eram obrigados a acompanhar e observar durante dois mêses, constituindo o trabalho de supervisão ou consulta foi, das atividades práticas do curso, a mais importante. Oficialmente, como condição prévia do curso, a supervisão seria ùnicamente em grupo. Entretanto extra-oficialmente as consultas individuais dos alunos sôbre suas dificuldades com os pacientes desenvolveu-se com tal insistência e frequência que não foi possível deixar de atender tais solicitações. Muitíssimas são as vantagens da apresentação de casos para a supervisão. Aprende, em primeiro lugar o aluno a apresentar um caso clínico. Para tanto sente-se obrigado a ter casos bem investigados, mostrando ao mesmo tempo como êle se relaciona com os pacientes. Se o aluno não está bem orientado é possível dar-lhe novas sugestões e indicações, verificando-se mais adiante o seu andamento em relação ao paciente. Em outras palavras, o professor pode verificar como êle trabalha, onde residem suas dificuldades e assim orientá-lo adequadamente. Por outro lado, sòmente dêste modo é possível trazer para o seminário pacientes de outros serviços, diferentes dos pacientes indigentes internados e como resultado há um enriquecimento do aprendizado pela diversidade de pacientes e situações clínicas.

Quanto à supervisão em grupo em relação à supervisão individual é necessário dizer que ambas são vantajosas e a utilização de uma forma não exclue a outra. Em grupo, cada aluno, em rodizio, apresenta um caso em observação e tratamento, e pela discussão e pelas hipóteses que surgem dos participantes do curso, aumenta a experiencia de todos.

Outra vantagem é que cada um pode trabalhar com poucos casos, dois ou três no máximo, como convém para quem está iniciando e para quem precisa estudá-los muito bem, mas ao mesmo tempo aproveita a experiência dos colegas e verifica ainda como êles trabalham, seus acertos e seus erros.

Mas apesar destas vantagens da supervisão em grupo, comprovei que há necessidade da supervisão individual principalmente no início do curso quando, na situação de grupo, os alunos não se animam a tratar com tanta franqueza as suas dificuldades com os pacientes como

(**) — No que se refere às observações clínicas deve-se esclarecer que uma das obrigações dos alunos era a feitura de seis observações, durante o curso, sem as quais não poderiam prestar o exame final. Nas condições do curso aprovadas pelo C. T. A. da Faculdade de Medicina e que os alunos conheciam antes da inscrição consta:

1.º — Os alunos deverão ter sempre em observação e tratamento, no mínimo dois pacientes internados.
2.º — Tanto êstes pacientes como os de ambulatório serão de livre escolha dos alunos.
3.º — Caberá aos alunos a feitura de seis observações e histórias clínicas as quais deverão ser datilografadas para a arguição no exame final.
4.º — As duas primeiras observações serão de propedêutica psiquiátrica, com ênfase nos sinais e sintomas, devendo também constar indicações para ulterior investigação dos casos.
5.º — As duas observações serão completas no sentido de possibilitarem claramente um diagnóstico positivo e diferencial, orientação prognóstica e terapêutica, bem como considerações médico-legais. Para a feitura destas observações cada paciente deverá ser examinado no mínimo em 5 consultas, durando cada uma delas cêrca de uma hora. No decorrer do curso para maior segurança na colheita dos dados, os alunos efetuavam suas observações completas em 10 ou mais consultas.
6.º — Finalmente as duas últimas observações que são histórias clínicas, devem obedecer ao seguinte critério:
   a) Constar a história objetiva, relatada pelos familiares e colhido pelo próprio aluno, seguida pela história subjetiva do paciente.
   b) Constar o exame psiquiátrico completo, exame somático, especialmente o neurológico, e os exames complementares necessários para o completo esclarecimento do caso.
   c) Permitir que se chegue aos seguintes diagnósticos: social, somáticos, psiquiátricos positivo e diferencial, e nos aspetos compreensivos do paciente, a um diagnóstico genético e dinâmico do conflito atual.
   d) Constar ainda o prognóstico e considerações médico-legais específicos do caso.
   e) Finalmente o tratamento e a evolução que devem ser acompanhados no mínimo durante dois mêses.
   f) Um dos pacientes deve ser um psicótico internado e submetido à insulinoterapia e eventualmente também ao eletrochoque, que o aluno deve executar na Divisão Pinel do Hospital São Pedro. O outro paciente deve ser de ambulatório ou outro internado.
   g) Êstes dois pacientes devem ser acompanhados pelos alunos em tôdas as situações clínicas, inclusive informações aos familiares, medidas de ordem administrativa e legal, se fôr o caso, durante o tempo de evolução.
   h) Cada paciente deverá ser atendido no mínimo três vêzes por semana durante 30 minutos. Na realidade, a maioria dos alunos atendiam os pacientes internados 4 ou 5 vêzes por semana durnte 50 minutos.
   i) Tôdas as observações e intercorrências, durante êstes dois mêses deverão ser registradas em papeleta especial, no mínimo semanalmente, a fim de se acompanhar os casos quando apresentados para a discussão nos seminários práticos.

na situação individual. Muitas dificuldades são imediatamente vencidas pela simples razão de se lhes atender individualmente. Por outro lado aceitam melhor certas indicações no estudo dos pacientes quando estas são prestadas particularmente. O mesmo sucede também quanto à orientação nos trabalhos teóricos. Orientá-los na situação do grupo é como se o professor tomasse uma atitude de crítica ou de repreensão de mãe ou pai rigorosos diante dos outros irmãos. Já sucede algo diferente na situação individual, na qual via de regra a orientação equivale a um interêsse ou amor de mãe ou pai que deseja ensinar ao filho (*).

Como a relação médico-paciente é única, é individual, não se prestando para generalizações, ela só pode ser orientada individualmente no sentido de incrementar a capacidade do aluno em achar sua própria solução frente ao problema, dificuldade ou situação focalizada.

———o::o———

Dentro das atividades práticas do curso, consideração especial merece o fato de os alunos terem a obrigação de redigir seis observações e histórias clínicas, de pacientes de sua livre escolha. Se os conhecimentos adquiridos, tanto teóricos, como práticos, convergem, em última instância, para a finalidade de uma melhor compreensão clínica e terapêutica do doente, a avaliação de como estão sendo utilizados e aplicados tais conhecimentos realiza-se através da redação da observação. De fato é o próprio aluno quem, em primeiro lugar, se capacita para avaliar sua técnica e seus conhecimentos quando vai redigir sua observação. Verifica logo o que sabe e o que desconhece, sobretudo o que desconhece, do seu paciente. Enquanto não põe no papel o material de sua observação, tudo sôbre seu caso pode lhe parecer claro e completo; enquanto não trata de escrever sôbre a gênese e a dinâmica dos sintomas e do conflito atual, poderá ter a impressão de que compreendeu as manifestações clínicas do paciente. Entretanto, ao redigir a observação, defronta-se frequentemente com histórias clínicas incompletas, situações insuficientemente compreendidas, ou carência da conexão, entre os dados colhidos, o que torna o material ininteligível, dando lugar a diagnósticos e prognósticos escassamente fundamentados. A redação das observações representa um meio utilíssimo para o aluno desenvolver, com autonomia, a sua capacidade crítica em relação não só ao material obtido como ao que ainda deverá colher do seu doente para o fim de melhor equacionar o caso sob os pontos de vista clínico, dinâmico e terapêutico. Paralelamente ao valor que possuem como meio de aprendizado, constituem as observações a tarefa mais árdua e difícil do curso (**). Servem também para o professor como meio mais eficiente de avaliar o progresso dos alunos.

———o::o———

Passarei agora a considerar os meios de avaliação do aproveitamento. Com a finalidade de evitar os azares de um exame final, o aproveitamento dos alunos foi computado pelas suas atividades durante o curso e pelas provas finais. Nos trabalhos de curso, considerou-se, em primeiro lugar, como elemento de maior valor, a execução dos trabalhos práticos, em seguida, a feitura dos pontos do progra-

(*) — A supervisão em grupo, como todo trabalho em grupo, presta-se a idealização do professor, como figura mágica. Assim, "êle tem uma intuição diabólica", "isto é adivinhações", "é bruxaria" são expressões que revelam a idealização onipotente que os alunos fazem do professor. Parece-me ser mais fácil corrigir esta idealização quando a supervisão é realizada também individualmente pois pode-se mostrar como se fazem estas "intuições ou adivinhações" e que êles também são capazes de realizá-las.

(**) — Estas dificuldades tem várias origens. Em primeiro lugar, a própria natureza do trabalho, que consiste em tornar uma história clínica unitária, ordenada e inteligível quando o material fornecido pelo paciente foi fragmentário, desordenado e ininteligível para quem não tem maior experiência. Em segundo lugar, a falta de hábito e experiência dos alunos em redigir observações clínicas (via de regra redigem observações do tipo telegráfico). Em terceiro lugar, o receio da crítica do professor e da banca examinadora nos exames finais, pois os alunos são arguidos no exame oral, sôbre uma das observações, sorteada no momento da prova. Finalmente, a falta de supervisão individual sistemática que teria aplainado muitas dificuldades. De fato, no fim do curso, aquêles que receberam maior orientação individual, realizaram as melhores observações clínicas.

ma e finalmente a participação nos se-nas discussões teóricas e sôbre os casos, minários teóricos e práticos. Levou-se em suas contribuições e pesquizas bibliográ-conta assim o interesse do aluno na apre-ficas (*).
sentação dos pacientes, sua participação

———o::o———

Deixei para o final dêste trabalho a resposta ao problema mais difícil: "a quem ensinar?". Com efeito, a seleção dos alunos para os cursos de pós-graduação em clínica psiquiátrica implica em muitas dificuldades sobretudo na prática e constituem um tema novo, em face do qual me limitarei a uma aproximação inicial. Antes de entrar pròpriamente na sua discussão, parece-me útil considerar o seguinte:

1.º — As funções que cabem ao psiquiatra na atualidade. Nêste sentido, deve-se considerar, com antecipação, as tarefas e funções que serão exigidas dos alunos a fim de apurar se os candidatos apresentam características desejáveis que contribuam para o desempenho dos encargos profissionais e sociais a que se destinam.

2.º — As tendências pessoais dos alunos dos cursos de aperfeiçoamento e de especialização, bem como as tendências observadas em nosso meio psiquiátrico.

Parece que a função do psiquiatra, isolado dos demais médicos, como encarregado de manter recluso os doentes mentais em asilos de alienados e hospitais psiquiátricos, já passou definitivamente para a história da medicina. A medida em que os aspectos somáticos e psíquicos deixaram de ser elementos considerados isoladamente, a medida em que se desenvolveu o conceito unitário da Personalidade, o psiquiatra deixou de ser um médico isolado dos seus colegas clínicos e outros especialistas. Atualmente os clínicos, os demais médicos em geral, não prescindem mais da estreita colaboração do pisiquiatra. E não está longe o dia em que nenhum serviço médico qualificado — assim como atualmente não dispensam a cooperação do radiologista ou do laboratorista — poderá dispensar também, em sua rotina, a estreita colaboração do psiquiatra. E possìvelmente se isso ainda sucede com certa freqüência é devido à falta de psiquiatras adequadamente preparados. Graças a esta aceitação da psiquiatria, o psiquiatra funciona hoje mais nos consultórios do que nos hospitais psiquiátricos, tornando possível que um grande número de doentes sejam tratados sem o regime de internação e que muitos dêles sigam trabalhando proveitosamente.

Por outro lado, a utilização das terapêuticas físicas, químicas e as assim

(*) — O aluno devia obter a nota cinco ou superior a cinco em cada um dêstes itens como condição para se submeter ao exame final.

A comissão examinadora das provas finais constituiu-se por um professor indicado pelo Conselho Técnico Administrativo da Faculdade, pelo professor da Cadeira de Clínica Psiquiátrica e pelo responsável do curso.

Duas foram as provas realizadas:

a) Prova escrita, com cinco horas de duração, em que se apresentou diversas situações clínicas sôbre os quais se formulou 50 perguntas, de caráter prático, abrangendo a maioria dos pontos do programa, a fim de se verificar como o aluno utiliza os conhecimentos teóricos nas situações clínicas.

b) Na prova prático-oral, o aluno foi arguido, no mínimo durante uma hora, sôbre uma das histórias clínicas feitas durante o curso e sorteada no momento do exame.

A média final foi obtida com o seguinte critério de pesos:

Trabalhos práticos	—	pêso 3 (três
Resumos de pontos teóricos	—	pêso 2 (dois)
Participação nos seminários	—	pêso 1 (um)
Prova escrita		pêso 2 (dois)
Prova prático-oral	—	pêso 2 (dois)
Total	—	10 (dez)

A nota mínima de aprovação foi de 7 (sete).

E' necessário chamar a atenção que na média final se pôs mais ênfase na execução dos trabalhos durante o curso (num total de peso igual a seis) do que nas provas finais (soma de pesos igual a quatro). E dentro dos trabalhos realizados durante o curso, maior valor foi atribuído aos trabalhos práticos, trabalhos êstes que não se destinavam unicamente a apreciação do responsável pelo curso senão que ficavam vinculadas a banca examinadora das provas finais. E' interessante notar ainda que a classificação dos alunos nos trabalhos executados durante o curso, coincidiu, com a classificação nas provas finais.

A média obtida pela maioria dos aluno girou em tôrno de nove, o que denota o alto grau de aproveitamento.

chamadas biológicas, — a maioria das quais úteis como tratamento sintomático — tende a diminuir por não atenderem as mesmas a etiologia da doença mental. E se a diminuição dos tratamentos químicos e biológicos não se acentuou mais ainda, não foi porque a ciência deixasse de reconhecer, enfàticamente, a importância da psicoterapia, em suas diversas formas, como terapêutica de eleição nas doenças mentais, senão porque não há psicoterapeutas em número suficiente e capacitados para atender ao volumoso número de doentes. Na falta de psiquiatras qualificados a solução é o emprêgo indiscriminado de insulinoterapia, eletrochoques, tranquilizantes, etc. Mas onde não faltam psiquiatras, como em alguns centros nos Estados Unidos, até esquizofrênicos cronificados são submetidos à psicoterapia, tanto individual como de grupo, associada ou não às terapêuticas químicas ou biológicas. Resumindo, o psiquiatra moderno é antes de mais nada um psicoterapeuta.

Quanto as tendências, relativas ao interêsse pela psicoterapia, ou mais especìficamente, pela psicanálise, dos 19 alunos que concluiram o curso de aperfeiçoamento, pode-se classificá-los como segue:

1.º — Cinco alunos estão em análise individual.

2.º — Quatro estão em psicoterapia analítica de grupo aguardando oportunidade para iniciar a psicanálise individual.

3.º — Dos dez restantes, um já esteve em análise individual e outro em grupo; quatro alunos estão inscritos para iniciar a análise individual. Os demais, em número de quatro, assim como os dois que interromperam o tratamento, estão, pelo que sei, interessados em se submeter à psicanálise.

Creio que êstes dados, quanto à tendência dos alunos em se tornarem psicoterapeutas, dizem mais do que qualquer comentário.

Seguramente, êste interêsse dos alunos foi influenciado decisivamente pela tendência do nosso meio psiquiátrico. E' que aqui a maioria dos psiquiatras são psicanalistas ou estão em formação psicanalítica. Talvez seja necessário esclarecer também que a partir daqueles que iniciaram o movimento psicanalítico no Rio Grande do Sul, a formação psiquiátrica precedeu ou se processou concomitantemente à formação psicanalítica.

Do exposto pode-se tirar a seguinte conclusão: a tendência atual da psiquiatria, é de se orientar predominantemente para a psicoterapia, tendência esta que encontra ampla verificação em nosso meio. Nestas condições, na seleção dos alunos para os cursos de pós-graduação em clínica psiquiátrica, as características principais visadas deviam ser aquelas que os recomendassem para o trabalho de psicoterapia.

Quais seriam estas características?

Há referências bibliográficas sôbre os aspectos psicológicos exigidos para um psicoterapeuta e um dos trabalhos mais interessantes a respeito, deve-se a Paula Heiman (*) sôbre os candidatos a psicanalitas (**). Entretanto as características mencionadas por Paula Heiman e outros autores só podem ser corretamente avaliados durante a análise pessoal do candidato. Com tal meio de avaliação não se poderá contar, evidentemente, para a seleção dos cursos de psiquiatria.

Entrevistas com os candidatos ou ainda submetê-los a testes psicológicos, poderiam, em certa medida, ser úteis. A experiência ensina, porém, que nestes casos, devido ao natural interêsse dos candidatos, as entrevistas não seriam muito francas, sendo os resultados de es-

(*) — Heiman, P. "Problems of the Training Analysis". Int. J. of Psycho-Analysis, 35-1954.

(**) — São as seguintes as características mencionadas por P. Heiman:
— Uma convicção profunda da natureza dinâmica do inconsciente.
— Intuição e tato psicológico inatos, comparáveis ao que se denomina talento no artista.
— Interêsse pelos sêres humanos no qual o desejo de curar combine-se com o respeito a individualidade do paciente.
— Capacidade de estabelecer relações de objeto profundas e suficientemente prolongadas.
— Capacidade de reconhecer suas próprias limitações e tolerar as tensões que surgem frente aos problemas que deve encarar e que estas tensões não obscureçam sua ação.
— Capacidade para suportar problemas pessoais, ansiedades, desgostos sem utilizar técnicas de negação, repressão, divisão, projeção, desorganização do Ego e que interferem no trabalho.
Do exposto, diz a autora, depreende-se que é mais desejável candidatos com reações do tipo depressivo do que com reações esquizo-paranóides ou maníacas.

casso valor. O mesmo se pode dizer dos testes psicológicos, pois para a finalidade a que se destinam são poucos informativos.

De acôrdo com minha experiência, o melhor processo prático de seleção é o que se poderia denominar de natural, e resulta da observação dos candidatos primeiro durante o estágio prévio que deverá ser prolongado, e, a seguir no decorrer do curso.

O estágio prolongado tem múltiplas vantagens.

1.º — Do ponto de vista do interêsse do aluno, que não exclui o interêsse do professor, o estágio tem várias vantagens pois proporciona ao candidato a oportunidade de conviver com doentes mentais e verificar se esta convivência não lhe é desagradável. No estágio o candidato acostuma-se a observar os doentes, familiarizando-se com êles e com o trabalho psiquiátrico. Por outro lado no estágio, as próprias dificuldades que encontra para se relacionar e compreender o doente mental, possibilitarão que tenha uma idéia mais clara do que é a clínica psiquiátrica, e que sinta melhor a necessidade de uma formação sistemática, de tal modo que o ingresso no curso, ao invés de ser o cumprimento de simples formalidade para adquirir um título, torna-se um meio de ajudá-los a trabalhar na especialidade que escolheram.

2.º — Durante o estágio, em se tratando de estudantes de medicina, é conveniente orientá-los no sentido de não descurarem sua formação médica pròpriamente dita, especialmente em clínica médica, inclusive neurologia. Pode-se ainda orientar o interêsse dos candidatos, em suas leituras, para as ciências do homem, de máxima importância para a psiquiatria, como por exemplo, psicologia, antropologia, sociologia, pedagogia, etc. Finalmente são também estimulados no sentido de estudarem uma língua estrangeira — especialmente o inglês — a fim de terem acesso fácil à bibliografia psiquiátrica.

3.º — Outra vantagem de importância resultante do estágio é o convívio diário dos candidatos com o professor. Êste e os futuros alunos poderão conhecer-se melhor, recìprocamente, diminuindo, de parte a parte, as desconfianças que impediriam o estabelecimento de uma relação emocional adequada, indispensável para um trabalho em conjunto e a longo prazo. Minha atitude, tanto frente aos candidatos como aos alunos, é simples, natural, de certo modo ingênua, no sentido de não ser preconcebido.

Meu interêsse por um ou outro candidato poderá ser maior ou menor, mas não é pré-determinado não obstante suceda que ao cabo de algum tempo estabeleça melhores relações com alguns dêles, via de regra com os mais capacitados. Sem dúvida minha relação afetiva com o candidato ou aluno é tanto melhor quanto maior é o seu desejo de se tornar psiquiatra, sendo mais fácil entender-me com aqueles que sobressaem por suas aptidões psicológicas e capacidade de trabalho. Senso de responsabilidade, seriedade de propósitos e disponibilidade de entregar-se ao estudo da psiquiatria são outros elementos que pesam bastante na balança. Como é óbvio, observo as possibilidades afetivas que o aluno ou candidato é capaz de estabelecer, de modo geral, bem como me interesso pelo reconhecimento de suas perturbações neuróticas, tendo em vista que as mesmas não sejam utilizadas com o fim de racionalizar dificuldades no trabalho, mas consideradas como algo que deverá ser modificado na personalidade, mediante tratamento, conforme os casos.

Assim por exemplo, em alguns casos, embora o rendimento fôsse baixo, interessei-me por êles, orientando-os em suas observações e leituras. Em pouco tempo melhoraram muito e tem tôdas as possibilidades de melhorarem ainda mais. Êste interêsse de minha parte foi devido ao fato de sentir, não digo saber pròpriamente, que se tratava de pessoas honestas, inteligentes, interessadas e com boas características afetivas. Mais tarde êstes alunos relataram-me espontâneamente que suas dificuldades e escasso rendimento no curso foram devidas à desconfiança comigo as quais, num contato reiterado, foram sendo vencidas paulatinamente.

Resumindo: penso, até surgir algo mais adequado, que na prática, o melhor meio de seleção de candidatos para

os cursos de pós-graduação em clínica psiquiátrica é o estágio no serviço psiquiátrico onde o professor e candidato vão se conhecendo, e terão oportunidades de estabelecer relações afetivas adequadas para a realização de um trabalho em conjunto.

Consideração especial merece, no que se refere a seleção, o fato de candidatos interessados na formação psiquiátrica estarem em tratamento psicanalítico ou em psicoterapia analítica de grupo. Poder-se-ia pensar terem vantagens tais candidatos, no que diz respeito ao aproveitamento no curso, porque tem muitas oportunidades de resolverem conflitos que dificultam seu aprendizado.

Efetivamente, como era de se esperar, assim sucede na maioria dos casos: aproveitam muito, tanto no sentido teórico como no prático, saem-se muito bem nas provas e em pouco tempo estão capacitados para atenderem adequadamente seus pacientes.

Outros alunos, entretanto, apesar do tratamento a que se submetem, seguem no curso com dificuldades, o aprendizado é cheio de tropeços, não se relacionam com os pacientes como era de se esperar, etc.

Do exposto, verifica-se que o simples fato de um médico estar em tratamento psicanalítico ou em psicoterapia analítica de grupo, não significa necessàriamente que venha ter sucesso no aprendizado de clínica psiquiátrica, fato que por certo guarda relação com as dificuldades que terá em seu tratamento.

Finalmente, uma impressão sumária dos resultados dos cursos. Do ponto de vista da formação, a maioria dos resultados já foram citados no decorrer do trabalho: os alunos tornam-se mais orientados nos estudos e leituras da especialidade e sentem-se mais calmos para examinar, observar e compreender os doentes, assim como mais seguros nas medidas, urgentes e do dia a dia, a serem tomadas em cada caso. Do ponto de vista pessoal, o aproveitamento dos alunos não foi menor. Alguns tornaram-se menos inibidos, mais alegres e confiantes, outros mais sérios, com menos mêdo à responsabilidade e à crítica, mais tolerantes consigo mesmo e com as demais pessoas. Isso se deve, em parte, a que cada participante termina sendo aceito pelos colegas e professor, funcionando o curso como um grupo familiar e, de certo modo, como um grupo terapêutico, onde são revisados, em certa medida, as relações afetivas estabelecidas. Por outro lado, tiveram ocasião de constatar que foram capazes de realizar tarefas árduas, que se lhes afiguravam impossíveis ou difíceis de vencer sòzinhos. O fato de que tenham vencido — muitas vêzes passando por depressões — determina efeitos positivos que contribuem para torná-los mais maduros. A convivência com o doente mental também poderá ter conseqüências úteis: se ela sempre nos deprime porque vemos nêle refletidos os nossos próprios conflitos e fraqueza, serve também para diminuir a onipotência infantil, fazendo-nos mais compreensíveis e humanos, o que representa um progresso no sentido do amadurecimento emocional.

Pertencendo os alunos do curso a um grupo, a um grupo de estudo e de trabalho, sentem-se também definidos socialmente — são como uma peça bem delimitada da engrenagem social em que vivem — são médicos que estão se preparando para o exercício de uma especialidade — situação que é fonte tambem de segurança emocional.

Acredito que duas coisas são de máxima importância na vida de uma pessoa, para sua saúde mental: a resolução dos seus problemas afetivos ou seja a possibilidade de se relacionar bem com as outras pessoas e o êxito satisfatório no trabalho, na escôlha e no bom exercício da profissão. De momento, fico contente em pensar — porque constitui um estímulo para seguir ensinando — que êstes cursos contribuiram, de algum modo, para êstes dois aspectos fundamentais da vida dos alunos, e que êstes já estão tentando fazer o mesmo com seus pacientes. E o resto o futuro nos dirá.