

Este exemplar corresponde à versão final da Tese de Doutorado do médico Neury José Botega, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, em 27 de Novembro de 1989.

Prof. Dr. Roosevelt M. S. Cassorla
Orientador

Neury José Botega

NO HOSPITAL GERAL:

**LIDANDO COM O PSÍQUICO,
ENCAMINHANDO AO PSIQUIATRA**

*Tese de Doutorado apresentada à
Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas.*

Orientador:

Prof. Dr. Roosevelt Moisés Smeke Cassorla

CAMPINAS - 1989

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA CENTRAL - UNICAMP

B657n Botega, Neury José
No Hospital geral : lidando com o psíquico,
encaminhando ao psiquiatra / Neury José Botega
-- Campinas : N.J. Botega, 1989.
271p.

Tese (doutorado) - Faculdade de Ciências
Médicas - Universidade Estadual de Campinas.
Orientador: Roosevelt Moisés Smeke
Cassorla.

1. Psicologia médica - Relações médico-
-paciente. I. Título.

19. CDD- 616.890 23

Índice para catálogo sistemático:

1. Psicologia médica : Relações médico-paciente
616.890 23

*Aos meus pais,
Güerino e Édila
A Marilda*

AGRADECIMENTOS

Agradeço, inicialmente, a meus familiares pelo apoio e incentivo que sempre me dedicaram. Aos professores Noedy Godoy Pereira, que me ensinou a ler e a escrever, e a Terceu Vicentin e Maria Duarte Moreira Rangel, que me mostraram o quanto isso era belo.

O Prof. Dr. Maurício Knobel, como mestre e chefe do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, sempre acolheu e incentivou meus ideais profissionais. O empréstimo gentil de diversos livros e a adequação de suas sugestões foram muito importantes na execução deste trabalho. O mesmo apoio recebi do Prof. Dr. Dorgival Caetano, chefe do departamento, quando iniciei esta pesquisa, a quem também quero agradecer.

O orientador desta tese, o Prof. Dr. Roosevelt Moisés Smeke Cassorla, teve a sensibilidade de, captando minhas necessidades, deixar-me, num momento, livre para pesquisar, para, depois, sentar-se ao meu lado e, diligente, discutir parágrafo por parágrafo dos manuscritos. A esse orientador amigo, meu muito obrigado. A Prof^ª Dr^ª Raquel Vilela Fávero fez sugestões valiosas que, acredito, em muito enriqueceram o texto, e o Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato nunca falhou quando solicitei sua ajuda.

Os amigos Paulo Dalgalarondo, Mário Eduardo Costa Pereira e João Baptista Laurito Júnior em várias ocasiões assumiram prontamente algumas de minhas atividades de assistência e ensino, a fim de que eu concluísse a redação da tese. A eles agradeço, por tantas idéias compartilhadas e pela amizade sincera. Minha gratidão, também, a Rubens Romano Maciel, pelos diversos artigos que gentilmente me emprestou.

Vários colegas do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da UNICAMP foram e continuam a ser meus mestres. Em especial quero

lembrar os nomes dos Professores Doutores Isac Germano Karniol, Lídia Straus, Mara Aparecida Alves Cabral e Wolgrand Alves Vilela. Um agradecimento saudosos a Esteban Zabarain, pelo muito que me ensinou.

Agradeço à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) pela bolsa de estudo que garantiu o início de minha pós-graduação, aos Profs. Drs. Joel Sales Giglio e Luiz Alberto Magna pela orientação, incentivo e facilidades junto à Comissão de Pós-graduação da faculdade; também a Maria Auxiliadora Rigonato e equipe, que se esmeraram na digitação e impressão deste trabalho.

Aos médicos residentes de Psiquiatria que trabalharam comigo em interconsultas e aos colegas participantes deste estudo devo a origem de muitas das idéias que aqui expressei. A eles, meu muito obrigado.

ÍNDICE

página

Lista de Tabelas e Figuras	01
Resumo	03
Abstract	05
Introdução	07

1ª parte: Temas Introdutórios, objetivos e Metodologia

Capítulo I. Lidando com o psíquico	11
--	----

I.1 - A psiquiatria no hospital geral	11
I.2 - Casos psiquiátricos: reconhecer, classificar, denominar	17
I.3 - Frequência de distúrbios mentais na população atendida por médicos não psiquiatras	27
I.4 - Redefinição de papéis e procura de identidade	36

Capítulo II. Encaminhando ao psiquiatra	42
II.1 - Encaminhamentos e diagnósticos psiquiátricos	43
II.2 - A oportunidade, o momento e os fatores	48
II.2.1 . Fatores relacionados a condições clínicas dos pacientes	50
II.2.2 . Fatores relacionados a dados sócio-demográficos dos pacientes	53
II.2.3 . Fatores relacionados ao meio social e aos serviços psiquiátricos	55
II.3 - Procurando razões entre os médicos	57
II.4 - Visão compreensiva dos encaminhamentos	62
Capítulo III. Objetivos	66
Capítulo IV. Metodologia	71
IV.1 - A escolha de um método	71
IV.2 - A construção do instrumento	78
IV.3 - Participantes do estudo	81

IV.4 - A entrevista operacionalizada	83
IV.5 - Limites e imperfeições	87
IV.6 - Organização e apresentação dos dados	90

2ª parte: Resultados e Comentários, Conclusão,
Referências Bibliográficas.

Capítulo V. Sobre as entrevistas	94
--	----

Capítulo VI. Dificuldades dos médicos: a instituição	100
--	-----

VI.1 - "Essa estrutura joga você contra o paciente e vice-versa" ..	100
---	-----

VI.2 - Espaço social e psicológico do médico	107
--	-----

VI.2.1 . A importância e o significado do tempo	110
---	-----

VI.2.2 . O esquema de rodízio	112
-------------------------------------	-----

Capítulo VII. Dificuldades dos médicos: o paciente e a doença	116
---	-----

VII.1 - "Não têm condições nem de comprar, nem de fazer uso adequadamente"	116
VII.2 - "Um tipo de paciente que atrapalha um pouco mais"	121
VII.2.1 . De acordo com a especialidade	121
VII.2.2 . Com transtornos psiquiátricos	122
VII.2.3 . Com patologias graves e lesões deformantes	123
VII.2.4 . Que não cumprem o tratamento	125
VII.3 - Procura-se uma queixa principal... ..	127
VII.4 - ...Encontra-se um médico angustiado	130
VII.5 - "Difícil ser médico"	133
VII.6 - "E veio consultar-se pra conversar"	140
VII.7 - "Vamos deixar para a próxima consulta"	146
Capítulo VIII. A palavra do médico e seus sentidos	151
VIII.1 - Pessoa nervosa	152
VIII.2 - Pessoa deprimida	156
VIII.3 - Distúrbios de comportamento	158
VIII.4 - Pessoa histérica	161
VIII.5 - Pessoa poliqueixosa	164
VIII.6 - Pessoa hipocondríaca	167
VIII.7 - Pessoa que somatiza	169
VIII.8 - Função simbólica e construção do real	173

VIII.9 - F.P.T., N.B.U., D.N.V.	176
VIII.10 - Rotular o pobre e a mulher	178
VIII.11 - Queixar-se com o corpo	180
Capítulo IX. Encaminhamento e relação médico-paciente	184
IX.1 - O paciente identificado	184
IX.2 - "Não tenho critérios, tenho dificuldades"	188
IX.3 - "Não tem nada. Então: manda pro psiquiatra"	193
IX.4 - "Me livre, passei a bola"	194
IX.5 - "Jogar a bomba"	197
IX.6 - Crise de confiança	199
Capítulo X. Encaminhamento e funcionamento institucional	204
X.1 - Encaminhamentos e serviços de triagem	204
X.2 - Encaminhamentos e superespecialização	208
X.3 - Encaminhamentos e esquemas de rodízio	210
X.4 - Encaminhamentos, escolha pessoal e responsabilidade	212
X.5 - Encaminhamentos e relações grupais	216

Capítulo XI. Encaminhamento e relação médico-médico	221
XI.1 - Preconceito e medo da loucura	221
XI.2 - Algumas críticas	226
XI.3 - Alguns elogios	233
XI.4 - "Encaminhar e ser uma coisa besta"	235
XI.5 - "Confiar e ficar evitante"	238
Capítulo XII. Conclusão	241
Referências Bibliográficas	251

Lista de Tabelas e Figuras

página

Tabela 1. Estudos nacionais que mediram a frequência de distúrbios mentais entre pacientes atendidos em postos de saúde e ambulatórios de clínica geral.	31
Tabela 2. Estudos descritivos realizados no Brasil relacionados a encaminhamentos ao psiquiatra de pacientes internados em hospitais gerais universitários.	46
Tabela 3. Número de docentes e residentes pertencentes a departamentos da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP e número de participantes do estudo.	82
Figura 1. Três áreas da assistência médica geral	21
Figura 2. Possibilidades relacionadas aos distúrbios mentais na população quanto a seu reconhecimento, diagnóstico e encaminhamento ao psiquiatra	30

**Figura 3. Níveis de atenção a pessoas com distúrbios psiquiátricos
que procuram assistência médica.48**

**Figura 4. Relação entre encaminhamentos ao psiquiatra, capacidade resolutiva
quantitativa e capacidade resolutiva qualitativa dos serviços assisten-
ciais da instituição. 207**

RESUMO

O psiquiatra pode ser útil em inúmeras situações clínicas encontradas no hospital geral, mas ainda não está claro o processo envolvido nos encaminhamentos que ele recebe, quais as razões e motivações que os médicos têm para fazê-los ou não.

Uma entrevista semi-estruturada foi realizada com 50 médicos do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas com o objetivo de descrever e compreender (1) dificuldades no relacionamento com pacientes, principalmente aqueles da esfera emocional, (2) os sentidos possíveis dos termos utilizados para nomeá-los, (3) o que decidem tratar, o que decidem encaminhar ao psiquiatra, bem como (4) o *modus operandi* do encaminhamento no âmbito de um hospital geral universitário.

A maioria das dificuldades relatadas ligou-se a aspectos institucionais, como a grande demanda de pacientes, a demora, a falta de recursos materiais, o pouco tempo destinado a cada consulta, e ao tipo de paciente atendido; seu universo existencial, os problemas de vida que trazem, muitas vezes cifrados numa linguagem corporal de difícil tradução. O médico insere-se de modo conflituado na instituição, ora pressionado, ora gratificado por um conjunto de normas e rotinas. Quando tem sua capacidade de curar abalada, sente-se atingido em sua auto-estima e pode acusar a impotência "da instituição" ou "do paciente", defendendo-se de sua frustração.

Os termos psiquiátricos utilizados pelos médicos consolidam-se como instrumentos naturais de compreensão e de orientação de conduta. Seus sentidos foram adaptados a novas necessidades e valores e não permanecem claros na mente de quem os utiliza. Deles se faz uma idéia rasa, restrita ao

imediatamente perceptível ou àquilo que incomoda. A rotulação é utilizada para diminuir a angústia e tentar controlar situações desviantes. Mecanismos projetivos estão presentes tanto na idéia que se faz de uma pessoa, quanto no termo escolhido para nomeá-la. Às vezes, quem está "nervoso" é o médico.

Antes de se basearem unicamente em critérios clínicos, os encaminhamentos ao psiquiatra surgem como resultado de conflitos do médico ou do funcionamento institucional. Alguns necessitam ser elaborados, devendo o médico superar resistências ao encaminhamento. Outros são automáticos: devido a pressões institucionais, ou porque algo tocou profundamente no médico, que encaminha, de imediato, sua angústia e responsabilidade para fora de si, sem se dar conta das motivações que nortearam sua decisão.

Nas instituições os encaminhamentos fazem parte de uma rotina impessoal, reforçando a cumplicidade no anonimato (vários profissionais atendendo o paciente, sem que alguém se responsabilize pelo tratamento), e dificultando a busca de encaixes entre profissionais e pacientes. Encaminhamentos servem tanto para aumentar as defesas daqueles que prestam assistência, quanto para denunciá-las e iniciar a procura de uma nova adaptação da equipe em sua tarefa assistencial.

O psiquiatra pode ser aguardado com expectativa e idealização, a fim de reparar danos que os médicos sentem que impõem periodicamente a seus pacientes. Pode ser também um elemento que provoca hostilidade, ciúmes e inveja. O encaminhamento é utilizado de diferentes maneiras, e do psiquiatra, em cada situação, esperam-se coisas distintas, onde influem aspectos transferenciais e contratransferenciais da tríade paciente-médico-especialista.

ABSTRACT

“At the General Hospital: Dealing with the Psyche, Referring to the Psychiatrist”

The psychiatrist can be of use in unnumerable clinical situations found in the general hospital, but it still is not clear as to the process by which the psychiatrist attracts referrals and the reasons and motivations that doctors have for referring or not.

A semi-structured interview was carried out on 50 doctors from the teaching hospital of the Universidade Estadual de Campinas with the objective of describing and understand (1) difficulties in the relationship with patients, (2) the possible meanings of the terms used to name them, (3) exactly what they decide to treat, what they decide to refer to the psychiatrist as well as (4) the “modus operandi” of referrals in the context of a university general hospital.

The majority of related difficulties was linked to institutional aspects such as the great number of patients, the waiting, the lack of material resources, the short time available for each consultation and to the kind of patient: his existential universe, the life problems he presents, often coded in a body language which is difficult to translate. The doctor finds himself in a conflicting position in the institution: on the one hand pressurized, on the other gratified by a set o rules and routines. When his ability to cure is affected, his self-steem is shaken and he may blame the “institution” or the “patient”, thus defending himself from his frustration.

The psychiatric terms used by doctors are ratified as natural tools of understanding and conduct. Their meanings have been adapted to new needs and values and they are not clear in the mind of the doctors interviewed. Thus the resulting comprehension is superficial, restricted to what is immediately perceptible or what causes discomfort. Labelling is used to conceal anxiety and to try to control deviant situations. Projective mechanisms are present not only in the idea that is formed of a person but also in the term chosen to name him. Sometimes it is the doctor himself who is "nervous".

Rather than being based purely on clinical criteria, the referrals to the psychiatrist emerge as a result either of the doctor's conflicts or of the functioning of the institution. Some referrals need to be worked through in order for the doctor to overcome his resistance. Others are automatic: owing to institutional pressure or because something moved him deeply, the doctor directs his anguish and responsibility outside himself, without realizing the motives that lead him to do so.

In institutions, the referrals are part of an impersonal routine, reinforcing collusion in anonymity, obstructing the net of identifications and the search for empathy between professionals and patients. Referrals serve to keep up the defenses of those who give assistance or to expose them as well as to begin the search for a new adaptation of the staff in their assistential task.

High hopes and idealizations are pinned on the psychiatrist, who is expected to repair for the damage that doctors feel they periodically inflict on their patients. He can also be an element that provokes hostility, jealousy and envy. Referral is used in a variety of ways and different things are expected of the psychiatrist, all influenced by transference and countertransference aspects of the patient-doctor-specialist triad.

INTRODUÇÃO

Toda investigação tem sua história, e o que vale ser dito do presente estudo é que ele tenta reatar o elo entre o pesquisador e as primeiras motivações do psiquiatra iniciante. Percebo como, já na época da residência médica, meu interesse voltou-se para as dificuldades dos médicos não-psiquiatras, ao lidarem com aspectos psíquicos de seus pacientes, bem como para as nuances presentes nos encaminhamentos ao psiquiatra.

Estar dando aulas para médicos residentes e alunos da graduação, o atendimento ambulatorial, a prática de interconsultas e grupos de discussão médico-psicológica, tudo isso conduziu-me ao reencontro com as primeiras idéias para uma investigação no campo da Psicologia Médica, agora atualizadas e fortalecidas pela prática profissional.

Os capítulos I e II, introdutórios, trazem uma revisão bibliográfica, e, antecedendo os resultados e comentários, algumas concepções pessoais que nortearam o presente estudo. Tomamos como pressuposição certa regularidade na estrutura e dinâmica do que iria ser estudado, e os objetivos da pesquisa se apresentam no capítulo III. Foi preciso, também, encontrar uma metodologia; aquela que, segundo nosso entender, melhor se aplicaria aos objetivos da pesquisa e ao jeito de ser do investigador. Chegamos ao método clínico, entrevistando médicos. O capítulo IV não é, em essência, a defesa epistemológica do método. Antes disso, é uma reflexão que fazemos sobre o instrumento adotado para pesquisar.

Na segunda parte, os resultados e comentários vêm agrupados nos capítulos de V a XI, e a conclusão, no capítulo XII. Esta foi a maneira encontrada para expor a extensão e variedade do material obtido nas entrevistas.

A fala e o comportamento dos médicos incitam-nos a várias questões,

para aprofundamentos em diversos campos das ciências humanas. Detivemos nossa análise nas possibilidades de um psiquiatra clínico, orientado dinamicamente. Procuramos focalizar alguns processos psicológicos subjacentes às dificuldades do médico em sua interação com o paciente, com o psiquiatra e consigo próprio. Buscamos as relações existentes entre variáveis psicológicas individuais e comportamentos enquadrados à rotina de um hospital geral universitário, em especial à rotina de encaminhar pacientes ao psiquiatra. É uma visão compreensiva, que tenta clarear alguns significados de atitudes e sentimentos dos médicos.

PRIMEIRA PARTE

Temas Introdutórios:

Capítulos I, II

Objetivos:

Capítulo III

Metodologia:

Capítulo IV

CAPÍTULO PRIMEIRO

I. Lidando com o psíquico	11
I.1 - A psiquiatria no hospital geral	11
I.2 - Casos psiquiátricos: reconhecer, classificar, denominar	17
I.3 - Frequência de distúrbios mentais na população atendida por médicos não-psiquiatras	27
I.4 - Redefinição de papéis e procura de identidade	36

I. LIDANDO COM O PSÍQUICO

I.1 A PSIQUIATRIA NO HOSPITAL GERAL

Sob um ponto de vista histórico, o presente estudo é decorrente das conseqüências surgidas com a saída dos psiquiatras de suas funções tradicionais para trabalharem ao lado de médicos de outras especialidades. De forma sintética, procuraremos localizar a trajetória da psiquiatria, partindo de sua base asilar, até chegarmos ao hospital geral da atualidade.

A partir de fins do século XVIII, uma série de condicionantes fez surgir os asilos, onde seriam confinados os doentes e seus psiquiatras. No Brasil, os primeiros nosocômios e regulamentos da assistência aos doentes mentais só vieram com o Império. O primeiro grande hospital psiquiátrico — Hospício Pedro II — foi inaugurado em 1852, no Rio de Janeiro. Até o período imperial os doentes mentais não recebiam qualquer assistência. Confundidos com mendigos e criminosos, eram mantidos em cadeias públicas, ou alojados em porões e quartos-fortes das “casas de misericórdia” (UCHÔA, 1981).

Os grandes triunfos conseguidos no século XIX nos campos da anatomia patológica, microbiologia e bioquímica resultaram em uma orientação estritamente organicista da medicina, o que aumentou seu grau de especialização e diminuiu sua preocupação com os aspectos psicossociais do doente.

No início do século XX as descobertas de Freud, Pavlov e Cannon abriram caminho para a volta da abordagem psicológica na prática e pesquisa médicas. Desvendando o sentido inconsciente dos sintomas, ou medindo a importância das emoções no funcionamento corporal, viu-se o desenvolvimento de um modelo psicológico e neuro-fisiológico de unidade do homem (WITTKOWER, 1977).

O movimento psicossomático, nascido na Alemanha e Áustria, logo floresceu nos Estados Unidos com vasta produção teórica em torno das relações entre o psíquico, o social e o biológico na determinação da saúde e da doença. Foi um movimento reformista contra a visão reducionista do século XIX, quando este explicava a saúde e a doença sem levar em conta os atributos que tornam o homem humano (LIPOWSKI, 1977).

Entretanto, após um grande entusiasmo inicial, os médicos perderam a esperança de que fosse encontrada uma formulação exclusivamente psicológica para a etiologia e tratamento de muitas "doenças psicossomáticas". As elaborações teóricas não se materializaram na prática médica, e o foco da psicossomática mudou da observação clínica para a pesquisa básica, notadamente para os mecanismos neuro-endócrinos envolvidos na regulação visceral. Ao mesmo tempo, várias contribuições oriundas da psicanálise foram se incorporando à teoria e à prática da medicina.

O movimento psicossomático, podemos ver hoje, teve um profundo impacto na prática médica, possibilitando a aproximação psicodinâmica do médico em sua relação com o doente. Contribuiu também para a entrada da psiquiatria no hospital geral. Desenvolveu-se a chamada Psiquiatria de Ligação e Consultoria (Consultation-Liaison Psychiatry), considerada por LIPOWSKI (1986) como uma sub-especialidade da psiquiatria que se ocupa da assistência, ensino e pesquisa nas fronteiras entre a psiquiatria e medicina. Ligação, nesse sentido, implica um contato regular com uma enfermagem ou outro serviço do hospital, seus pacientes e equipe assistencial, evitando-se cometer alguns erros do passado recente: observação cuidadosa do paciente, ao invés de adivinhações inspiradas, coletar elementos diagnósticos de todas as fontes possíveis, ter conhecimentos sólidos de medicina, mas sem tentar competir com o médico assistente, evitar o

jargão psiquiátrico, flexibilidade na escolha do tratamento (LIPOWSKI, 1986, referindo-se aos conselhos emitidos em 1929 por George W. Henry, um dos pioneiros da psiquiatria praticada em hospital geral).

O estabelecimento da psiquiatria no hospital geral deu-se num momento em que, enriquecida por importantes contribuições da psicanálise, ciências sociais e do comportamento, passava a atuar de modo operativo em vasta gama de serviços comunitários, tanto no campo assistencial, quanto na formação de pessoal. FERRARI, LUCHINA & LUCHINA (1977) listaram alguns fatores que influíram no retorno dos psiquiatras ao hospital geral: a introdução e uso de numerosas drogas que podem causar transtornos psicológicos, tais como os corticóides; a utilização de técnicas instrumentais e cirúrgicas complicadas, com pré e pós-operatórios tumultuados para o paciente (cirurgias cardíacas, UTI); a admissão cada vez mais freqüente nos hospitais de pacientes que necessitam de acompanhamento conjunto (tentativas de suicídio, problemas geriátricos, alcoolismo); uma tendência a se considerar mais o aspecto psicossocial dos pacientes; equipes multidisciplinares com o psiquiatra "humanizando" o atendimento; os descobrimentos incessantes da área psicológica, bem como a melhor formação e exigência dos pacientes; o psiquiatra trabalhando com a equipe médica para lidar com o *stress* provocado pelo trabalho hospitalar e com as ansiedades interpessoais do grupo; a presença de residentes convivendo mais com o paciente, sabendo mais a seu respeito, mas não sabendo como lidar com situações de conflito e ansiedade. Outros fatores poderiam ser arrolados para explicar tal fenômeno, tais como o advento dos psicofármacos, permitindo um controle eficaz da sintomatologia psicótica e o movimento de saúde mental comunitária, desenvolvido principalmente nos Estados Unidos e Grã-Bretanha.

A Psiquiatria de Hospital Geral desenvolveu-se principalmente nos Estados Unidos a partir dos anos 30, com o surgimento das unidades psiquiátricas no hospital geral (UPHG), e cresceu muito no pós-guerra, quando os hospitais gerais norte-americanos passaram a abrigar muitos ex-combatentes com distúrbios psiquiátricos. Em 1974 o National Institute of Mental Health deu prioridade à formação de psiquiatras especializados em consultoria e à instalação de várias UPHG (OKEN, 1983). Em 1984 havia 1358 hospitais gerais norte-americanos com UPHG e 869 com serviço de consul-

toria e ligação (LIPOWSKI, 1986).

As informações extraídas de dois estudos nacionais, resumidas a seguir, sugerem que no Brasil a presença da Psiquiatria em hospitais gerais está limitada a poucos hospitais universitários ou públicos:

As primeiras UPHG, segundo BRASIL, M. A. Alves (1982) surgiram no país no ano de 1954: no Hospital das Clínicas da Universidade Federal da Bahia e no Hospital dos Comerciários, em São Paulo; e em 1956, no Hospital Pedro II, ligado à Universidade Federal de Pernambuco. O referido autor, a fim de avaliar em que medida a psiquiatria vem se estabelecendo em hospitais gerais, enviou um questionário às 75 escolas de medicina existentes no país. Entre as 48 (64%) que responderam, apenas 8 faculdades (16,6(considerados para a constituição de uma UPHG (unidade de internação, ambulatório e serviço de interconsulta).

Uma enquete nacional, por nós realizada em 1988 junto às 23 Residências Médicas em Psiquiatria reconhecidas pelo Conselho Nacional de Residência Médica, proporcionou dados referentes a 20 dessas instituições: 60% possuem leitos psiquiátricos no hospital geral, 65% contam com psiquiatra no pronto-socorro geral, em 50% delas o ambulatório de psiquiatria funciona junto a outras especialidades, 90% possuem serviço de interconsulta psiquiátrica. Ao considerarmos o mesmo critério citado para a constituição de uma UPHG, observamos que em apenas 7 (35%) existem UPHG. Estágios programados em interconsulta para residentes de psiquiatria encontram-se em 55% das Residências (BOTEGA, 1989).

O Hospital das Clínicas da UNICAMP, onde se realizou a presente investigação, é um hospital geral universitário de 348 leitos, com um volume de 15.040 internações e 301.758 consultas ambulatoriais em 1988, localizado na segunda região mais populosa do estado de São Paulo. Anexo ao HC-UNICAMP está o Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher (CAISM), um hospital de 147 leitos, cujo atendimento concentra-se em partos, patologias obstétricas e ginecológicas.

Inicialmente a ligação entre os psiquiatras da Faculdade de Ciências

Médicas da UNICAMP, e nossos colegas médicos já se via, em parte, prejudicada pela distância que separava a sede do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria do prédio da Santa Casa de Misericórdia, onde funcionava nosso hospital-escola. Até 1976 o departamento esteve sediado na Cruzada das Senhoras Católicas, à rua Dr. Quirino, sete quadras longe da Santa Casa. Em 1977 foi para um imóvel situado na rua 14 de dezembro, mais perto, e 1978 mudou para a rua José Theodoro de Lima, agora a duas quadras do hospital.

É bem possível que essa curiosa aproximação geográfica tenha se dado em decorrência da aproximação que, aos poucos, foi se estabelecendo entre clínicos e psiquiatras: alguns docentes da Psiquiatria participavam ativamente de atividades teórico-práticas nos ambulatórios e enfermarias da Clínica Médica (CASSORLA, 1983; TURATO, 1983). O internato passou a ser integrado à Tocoginecologia e à Pediatria, e a residência médica em Psiquiatria passou a ser muito disputada pelos alunos da escola que, uma vez aprovados, entrosavam-se mais facilmente com seus professores e colegas não-psiquiatras. No curso de pós-graduação, a matéria "Grupos Balint"¹ passou a ser cada vez mais freqüentada (CASSORLA, 1983, 1989).

Todos esses bons resultados da aproximação com certeza pesaram na luta que se travou para a obtenção de leitos psiquiátricos no hospital geral. Segundo informação do Prof. Dr. Maurício Knobel, "após um ano de gestões e negociações intensas", conseguiram-se, em 1980, quatro leitos masculinos em antiga sala de aula, anexa à Primeira Enfermaria de Clínica Médica, apenas para internação de "pacientes deprimidos, que não atrapalhassem..."

Uma carta enviada à chefia do departamento em 1983 pelos seus residentes, através da Associação dos Médicos Residentes da UNICAMP, mostra algumas dificuldades existentes nesse período, para um relacionamento

¹Grupos Balint: esses grupos são constituídos por médicos generalistas e especialistas não-psiquiatras que se reúnem semanalmente para discutir seus casos clínicos, com a participação de um psicanalista com formação médica. O enfoque é dado aos aspectos emocionais da relação médico-paciente. A técnica foi criada e desenvolvida por Michael Balint, na Inglaterra (BALINT, 1973).

mais integrado entre psiquiatria e medicina:

“Falta em nosso hospital (Santa Casa) uma enfermaria de psiquiatria integrada ao serviço que justifique, inclusive, um atendimento de pronto-socorro psiquiátrico. Os quatro leitos, masculinos somente, que possuímos, diante das características de nossa enfermaria e carência de enfermagem especializada, não podem receber pacientes agudos (delirantes, agitados, tentativa de suicídio, etc).

(...)

Pedimos aos colegas de outras áreas um maior comprometimento com o paciente que encaminham para a psiquiatria. Rotular de psiquiátrico, eximindo-se da necessidade de acompanhá-lo, ou de discutir o caso conosco, não nos parece uma atitude ética. A integração de nossos conhecimentos ajuda nossos pacientes e nossa formação”.

O ano de 1986 trouxe a administração do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria para a área do novo Hospital das Clínicas, no *campus* universitário. Em fins do segundo semestre desse mesmo ano inaugurou-se a Enfermaria de Psiquiatria, atualmente com 18 leitos, e passamos a contar com um residente e um docente vinte e quatro horas por dia no pronto-socorro. Nessa mesma época estruturou-se um Serviço de Interconsultas, e o programa de Residência passou a incluir, agora de forma sistematizada, atividades teóricas e práticas dentro do campo da Psiquiatria de Ligação e Consultoria (PEREIRA & BOTEGA, 1988).

1.2 CASOS PSIQUIÁTRICOS: RECONHECER, CLASSIFICAR, DENOMINAR

Em centros de saúde, ambulatórios e hospitais gerais, o psiquiatra viu mudar seu campo de atuação. Passou a conviver com problemas que não mais se confinavam ao campo restrito da sintomatologia psiquiátrica, e a viver, junto com seus colegas clínicos e cirurgiões, as dificuldades de bem detectar e tratar aqueles pacientes da prática geral que necessitam de uma abordagem psicológica.

Vejam algumas situações da prática médica retiradas de pedidos de interconsulta psiquiátrica em nosso hospital:

“Poliqueixoso, ansiedade muito grande. Solicito atendimento breve.”

“Paciente com incoordenação de idéias e visível déficit mental. Peço avaliação. (Obs.: paciente parece pressionada a dar a criança logo ao nascimento). Solicito esclarecimento diagnóstico para decidirmos se tem indicação de seguir no alto-risco ou mesmo laquear a paciente.”

“Paciente com insuficiência arterial periférica, com membro inferior direito amputado há dois anos. Inúmeras cirurgias de revascularização para membro inferior esquerdo. Operado de trombose mesentérica há 3 anos. Paciente atualmente perdendo a perna esquerda. Mesmo assim não consegue parar de fumar.”

Solicito avaliação e conduta em vista da necessidade de parar de fumar, por terem sido esgotadas as possibilidades terapêuticas. Obrigado."

"Paciente bastante ansioso. Não consegue dormir, pensando nos seus problemas. O próprio paciente pediu a interconsulta. Não se trata de caso urgente. Desde já agradeço. Atenciosamente."

"Urgente: avaliação psiquiátrica para laqueadura."

"Tentativa de suicídio com tiro em ouvido direito. Paciente encontra-se traqueostomizado, com pneumonia e mastoidite."

"Ansiedade + obesidade extrema + problemas de relacionamento familiar + incredibilidade religiosa. Receberá alta amanhã."

"Paciente internada numerosas vezes por abscessos de repetição. Investigação imunológica normal. Chegou-se a suspeitar que alguns abscessos eram por ela produzidos (auto-inoculação, já teve mais ou menos 20 intracatches que "saíram." Solicito avaliação do caso."

"Paciente 15 anos grávida 6 meses, com pielonefrite, blenorragia e suspeita de endocardite. Paciente fugiu de casa com rapaz há 1 ano, este é delinquente, atualmente preso por assalto. Tem alteração emocional importante. Peço avaliação e conduta."

"Hy ?"

“Paciente com adenocarcinoma de pulmão, insistindo em alta hospitalar. Entretanto no momento não tem condições de alta, e a família não assume a alta pedida. Não consigo mais conversar com a paciente que está se jogando no chão e refere que vai fugir ou pular no “buraco” do hospital.”

“Paciente com câncer de mama avançado com metástases no pulmão e no fígado, em mau estado geral, com muita dor. Paciente em estado terminal.”

“Paciente submetido a transplante renal há 3 meses. Após o transplante apresentando alterações do humor, com períodos de choro e de profunda irritabilidade. Em uso de corticóide.”

“Paciente fez tentativa de suicídio há 15 anos ingerindo ácido muriático e desenvolveu estenose cáustica de esôfago. Tem indicação cirúrgica, mas solicitamos prognóstico quanto as novas tentativas suicidas. Gratos.”

Todos esses exemplos foram reconhecidos como “casos psiquiátricos”, uma vez que foram encaminhados ao psiquiatra, e nos dão uma idéia inicial da diversidade do campo no qual o profissional de saúde mental é chamado para atuar.

Alterações da conduta podem refletir conflitos psicológicos nem sempre consideráveis como verdadeiras doenças mentais. Não se trata, como lembra KNOBEL (1973), de desconhecermos as enfermidades mentais graves decorrentes de condições orgânicas, as psicoses e os transtornos psiconeuróticos sérios que aprendemos a reconhecer e a classificar, mas sim de nos defrontarmos com o que podemos sentir como psicopatológico e o que se entende como tal na realidade científica atual: “chegou-se a con-

trovérias tão sérias, que se pode falar de um *modo de viver anormal ou desviado da norma habitual*" (p.220). Um "desvio da norma" que pode ocorrer em épocas de crises psicossociais, por exemplo, motivando a busca de atendimento médico (BARSKY, 1981).

Indo além do conceito de enfermidade, poderíamos pensar naqueles indivíduos que não se encontram propriamente doentes, mas que se beneficiariam de ajuda psicológica. HOUPY & COLS., (1980), por exemplo, examinam o problema do estilo de vida, relacionando-o com riscos para a saúde. Lembram que das seis principais causas de morte nos Estados Unidos, cinco são relacionadas ao estilo de vida (doenças cardíovasculares, câncer, acidentes, diabetes mellitus e cirrose hepática). Referem-se, então, a "síndromes combinadas", (correspondentes às áreas de intersecção na figura 1) para ilustrar a interdependência entre morbidade psiquiátrica, doenças orgânicas e estilo de vida, enfatizando o papel que profissionais de saúde mental podem ter, por exemplo, na prevenção dos problemas acarretados pelo fumo, obesidade, alcoolismo e drogadição.

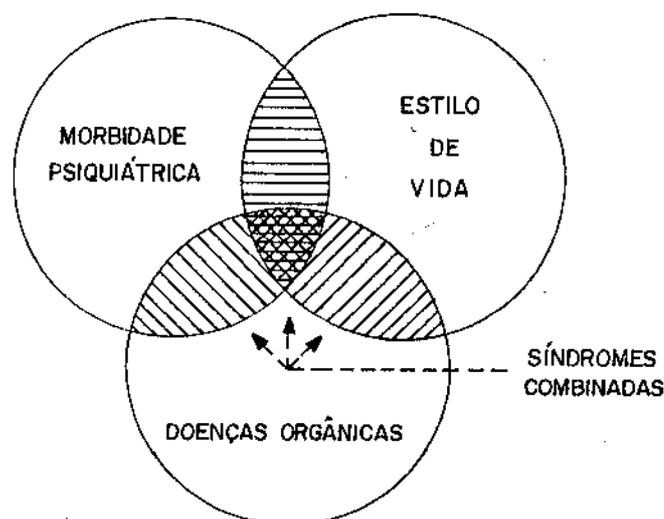


Figura 1 - Três áreas de assistência médica geral, que se unem na formação de síndromes combinadas e que demandam atuação de profissionais de saúde mental (HOUPY E COLS., 1980).

Colocadas ao lado das grandes doenças psiquiátricas, seria ingênuo considerar essas síndromes combinadas como simples problemas da vida, uma vez que interferem profundamente com as atividades rotineiras dos pacientes, correspondem a grande parcela das pessoas que lotam os serviços de assistência médica e comumente são responsáveis por considerável porção das preocupações dos médicos em seu dia-a-dia.

Entretanto, a utilização de métodos epidemiológicos pôs em evidência a elevada proporção de distúrbios mentais não detectados pelo médico, quando no mesmo local, período e com os mesmos pacientes, a frequência do reconhecimento por parte do médico é comparada com as frequências obtidas através de questionários e entrevistas psiquiátricas padronizadas (KESSLER & COLS., 1985).

Um estudo neste sentido foi empreendido por MARI (1986), na cidade de São Paulo, em dois centros de saúde e em um ambulatório de hospital geral. Demonstrou-se que os médicos desses serviços não identificaram de 27% a 79% daqueles pacientes avaliados como portadores de distúrbios mentais através do questionário e da entrevista psiquiátrica utilizados. A variação destas taxas, segundo o autor, deve estar ligada a diferenças entre pacientes, médicos e características dos serviços onde os dados foram colhidos.

SCHWAB & BROWN (1968), por exemplo, chamaram a atenção para dois tipos de situação onde os médicos podem não reconhecer a presença de distúrbios mentais em seus pacientes: a diferença de classe social entre médico e paciente (melhor condição sócio-econômico-cultural associa-se a maior número de diagnósticos formais) e a aceitação por parte do médico da negação da ansiedade que um paciente pode estar fazendo.

Existe, também, uma distância entre o reconhecimento de distúrbios mentais e o registro do diagnóstico correspondente. Idealmente, na presença de distúrbios emocionais ou de sintomatologia psiquiátrica, os médicos deveriam registrar o diagnóstico, da mesma forma que o fazem para problemas orgânicos. Mas não é isso o que acontece. As diferenças entre reconhecimento, diagnóstico e tratamento, quando a consulta é realizada devido a problemas mentais, ou devido a problemas orgânicos, são evidentes (JENKS, 1985).

Pesquisando a frequência de distúrbios mentais no setor de clínica de adultos em um centro de saúde de Salvador, SANTANA (1977) encontrou 15% das primeiras consultas com diagnóstico psiquiátrico e 6% de consultas em que um psicofármaco foi prescrito sem o correspondente diagnóstico. Depreende-se que alguns sintomas foram manejados com psicofármacos, ainda que um diagnóstico psiquiátrico não tivesse sido registrado.

A observação precedente conduz a algumas possibilidades, entre as quais: 1- os diagnósticos psiquiátricos podem ser feitos, mas não são passados para o prontuário dos pacientes; 2- o médico pode detectar alguns sintomas mentais, sem conseguir fazer um diagnóstico; 3- alguns sintomas seriam considerados benignos o bastante, ou sem importância, a ponto de

merecerem um diagnóstico; 4- ou esses sintomas, no juízo dos médicos, estariam fazendo parte natural do quadro sintomatológico de certas condições orgânicas, como, por exemplo, algumas doenças crônicas, e, portanto, não diferenciados em um quadro mental particular; 5- a consignação de um diagnóstico psiquiátrico não mudaria a conduta do médico, nem sua expectativa quanto a evolução desses pacientes.

É diagnosticar como? Pois ainda que se reconheçam os esforços para o aprimoramento da fidedignidade dos diagnósticos em Psiquiatria, através de aspectos descritivos, critérios diagnósticos específicos e de um sistema multiaxial de avaliação dos pacientes (SPITZER & FLEISS, 1974), não podemos afirmar que as modernas nosografias possibilitam diagnosticar corretamente os distúrbios mentais na prática geral.

As classificações multiaxiais, como é o caso do DSM-III² separam vários aspectos importantes da condição do paciente, considerando, além do diagnóstico sintomatológico, características da personalidade, seu grau de adaptação e seu estado físico, além de fatores psicossociais relacionados à doença. Pedem avaliação e formulação para cada um desses aspectos separadamente. Segundo SKODOL & SPITZER (1982), o diagnóstico assim obtido faz mais justiça à complexidade da avaliação efetuada e é mais fidedigno, ao contrário da Classificação Internacional de Doenças (CID-9), cujo glossário, menos específico, abre espaço para interpretações e diagnósticos equivocados (W.H.O., 1978).

Se essas classificações são valiosas para o especialista, que empreende uma avaliação em profundidade do paciente a ele encaminhado, de pouca utilidade são para os médicos em geral, que têm uma visão mais horizontal da vida de seus pacientes, através de vários retornos à consulta, ou, na pior das hipóteses, poucas condições têm (tempo, interesse, formação, etc.) para considerar a sintomatologia psiquiátrica com mais cuidado. Antes, o rigor do DSM-III atrapalharia. Não convida ao uso.

²O Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3ª edição, DSM-III, desenvolvido em 1980 pela American Psychiatric Association, tornou-se a classificação oficial dos distúrbios mentais nos Estados Unidos e é utilizado mundialmente em pesquisas psiquiátricas.

A julgar por alguns trabalhos publicados, os próprios psiquiatras que vão a postos de saúde, ambulatórios ou enfermarias gerais, para investigações ou trabalho conjunto, também não conseguem um consenso a respeito do que vem a ser um "caso psiquiátrico". Ou, achado este, como encaixá-lo em nosografias geralmente construídas a partir de pacientes psiquiátricos internados, ou de ambulatórios de saúde mental. Surgem, então, algumas tentativas de denominações pouco esclarecedoras, como "*psychiatrically ill*", referindo-se a pacientes detectados como casos psiquiátricos numa enfermaria (MAGUIRE & COLS., 1974). Ou cria-se uma categoria: "outros problemas pessoais", ao lado de psicoses, neuroses, alcoolismo e drogadição, para se referir a pessoas com "problemas profissionais, matrimoniais e outros problemas pessoais" (HULL, 1979).

Segundo JENKS (1985), em certas pesquisas seria mais útil tratar o reconhecimento de um "caso psiquiátrico" mais como um constructo para o qual temos várias espécies de evidências, ao invés de vários sinônimos para as mesmas entidades.

As dificuldades dos médicos em lidar com o psíquico, é bom lembrar, antecedem as classificações psiquiátricas mais recentes. O que talvez ocorra é que os médicos lidam com muitos pacientes com distúrbios mentais sem saber exatamente como diagnosticá-los, ou com quais termos descrevê-los. Os médicos não escolhem os sistemas clássicos de descrição dos transtornos mentais. Reconhecem certos comportamentos que consideram desviantes e a eles atribuem um nome, fora dos sistemas de categorias diagnósticas existentes. Usam vocábulos psiquiátricos com um sentido novo, estranho às definições clássicas. Criam palavras novas... Como se o terno que a psiquiatria oferecera ao médico geral para se defrontar com as situações do dia-a-dia não lhe tivesse caído bem.

Em nosso meio, a utilização de termos como "píssico", "piti", "poli-queixoso" vem a indicar que o paciente foi reconhecido como um problema, mas que não foi encontrado um lugar definido para ele dentro do discurso médico. Assim, o rótulo coloca o "problema" fora da área de competência do médico assistente, para que este último continue a se sentir competente naquilo que decide fazer: lidar apenas com o corpo. Veja-se, por exemplo,

um comentário de RAMADAM (1988) a respeito de “peripaque”:

“...sua origem e classificação nebulosa lhe conferem elasticidade ampla, capaz de conter, abrigar e incluir todas as modificações e sintomas de identidade duvidosa, excluídos, por isso, do fastoso banquete do discurso médico. É, portanto, um vocábulo ambíguo, a duplicidade é sua estrela: apesar de excluído e marginal, abrange em sua magnitude, mais do que muitos vocábulos médicos sacramentados. É impreciso e ambíguo, mas suficientemente amplo e receptivo para conter as angústias de médicos apressados ou de pacientes sofredores de entidades clínicas mal definidas.” (p.21)

Os rótulos simplificam as coisas exageradamente. Referir-se a um “poliqueixoso que tem umas dores gastro-intestinais esquisitas” ou a uma “histerica que teve um tremendo peripaque”, forçando o cancelamento da cirurgia, pode ser acompanhado por um: “Ah! Já sei...” debochado do interlocutor, o que encerra, de imediato, qualquer tentativa de compreensão daquilo que o paciente comunica através de sua conduta. Rótulos funcionam como pseudo-diagnósticos, marcam o fim da avaliação clínica, apóiam a alta e desencadeiam o encaminhamento ao psiquiatra.

Podemos especular sobre a ausência de um vocabulário aceitável e útil clinicamente para descrever características psiquiátricas. Mas, por trás da rotulação também encontramos a manifestação e reforço de um modelo biomédico de doença, entendido este último como aquele que, invariavelmente, liga a doença somente à patologia orgânica. As variáveis psicossociais, comumente, passam a ser irrelevantes, não sendo sistematicamente reconhecidas nem registradas.

Nos prontuários dos pacientes, o espaço descrevendo características psicossociais é proporcionalmente menor. Pouco mais se escreve além das condições físicas e investigação diagnóstica. E o rótulo "D.N.V." (distonia neuro-vegetativa) é encontrado com frequência nesses registros (SANTANA, 1977; TURATO, 1985).

Quando se trata de passar para o papel o que captaram nesses pacientes, os médicos fazem o que podem. Nos encaminhamentos ao psiquiatra é comum o uso de expressões vagas, tais como "nervosismo", "emocionalmente alterado" ou "paciente poliqueixoso", denotando a dificuldade dos médicos ao se referirem a transtornos psiquiátricos. E quando se encontram expressões do domínio psiquiátrico-psicanalítico, não se sabe, ao certo, quais os sentidos dados às palavras utilizadas: "histeria", "somatização" significam a mesma coisa para psiquiatras, psicanalistas e médicos em geral? Possivelmente, não.

O novo vocabulário é uma tentativa de assimilação, subversão às condições anteriores, com um novo manejo do meio social. O que circunscreve essas mudanças de sentido é a linguagem, que arrasta os novos casos detectados através de um fluxo de associações, projetando-os num espaço simbólico (MOSCOVICI, 1978). É ainda através dessa linguagem que se constrói, concretamente, o comportamento do médico em relação aos pacientes reconhecidos e denominados como casos psiquiátricos. As palavras utilizadas, portanto, entram na, e orientam rotinas, mas pouco se sabe a respeito de seus possíveis significados e papel na comunicação e no comportamento dos médicos.

Certos termos que se repetem nos encaminhamentos são palavras-chave que constituem uma espécie de eixo ao redor do qual se concretizam dificuldades dos médicos em incorporar e lidar com o psicossocial. Uma investigação que devolvesse aos médicos esses termos comumente empregados, pedindo-lhes que fizessem associações em torno dessas palavras, poderia resgatar algo que se automatizou na linguagem e que permanece desconhecido quanto a seus sentidos.

I.3 FREQUÊNCIA DE DISTÚRBIOS MENTAIS NA POPULAÇÃO ATENDIDA POR MÉDICOS NÃO-PSIQUIATRAS

Comumente elevadas, as frequências de distúrbios psiquiátricos encontrados nos locais de atendimento médico geral variam muito, como variam os métodos e características dos serviços onde foram determinadas. A diversidade também se encontra no estabelecimento das categorias diagnósticas selecionadas para representar a população tomada como portadora desses distúrbios, o que dificulta sobremaneira um trabalho de síntese.

A quase totalidade dos artigos publicados tem origem norte-americana ou inglesa. É notória a escassez de dados referentes a nosso país, onde só recentemente estudos mais elaborados de frequência de distúrbios mentais na população atendida por médicos não-psiquiatras têm se desenvolvido.

Uma revisão dos estudos norte-americanos realizados entre 1955 e 1978 indica que de 4% a 88% dos pacientes atendidos em assistência médica geral manifestam distúrbios psiquiátricos dignos de atenção. Essas frequências baixam, quando as pesquisas consideram com mais rigor critérios diagnósticos e características da assistência prestada. Assim, com a Classificação Internacional de Doenças (CID-9), chegou-se a taxas de 4-6%. Já a investigação de "problemas psiquiátricos significativos" ou de "distúrbios mentais ou emocionais significativos" resultou taxas de morbidade entre 5% e 20% (HOUPTE COLS., 1980).

Muitos estudos de prevalência de distúrbios mentais na população atendida foram realizados na Inglaterra, onde os médicos da atenção primária são também responsáveis pelo diagnóstico, encaminhamento e seguimento de pacientes psiquiátricos de sua comunidade. Grande parte desses trabalhos baseia-se no conceito de "morbidade conspícua" (*conspicuous psychiatric morbidity*). Entende-se por esta expressão a proporção de pacientes reconhecidos pelo médico de atenção primária como portadores de

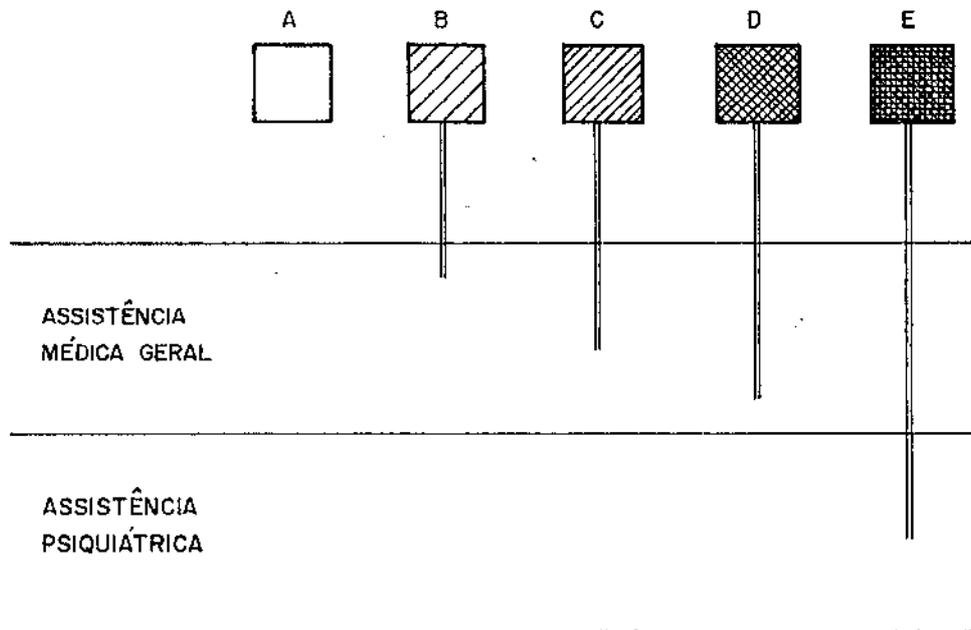
distúrbios mentais. Operacionalmente, "caso psiquiátrico" passa a ser qualquer indivíduo cujos sintomas, distúrbios de comportamento ou desconforto levam-no a procurar consulta médica e na qual um diagnóstico psiquiátrico é feito pelo médico que o atendeu (SHEPHERD, 1974).

O Instituto de Psiquiatria da Universidade de Londres vem estudando desde o final da década de 50 os problemas mentais na população e como os médicos generalistas provêem assistência psiquiátrica a seus pacientes. Alguns dos principais achados dos epidemiologistas ingleses, listados por SHEPHERD (1974), podem assim ser resumidos:

- (a) de 15.000 pacientes, durante um período de doze meses, aproximadamente 14% consultam seu médico, pelo menos uma vez ao ano, por condições diagnosticadas como inteiramente ou principalmente de natureza psiquiátrica.
- (b) a maioria desses pacientes seria diagnosticada, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças, como portadora de transtornos neuróticos ou da personalidade, o que coloca esses distúrbios entre os mais comuns da prática médica.
- (c) os contornos demográficos, sociais e diagnósticos desta população são completamente diferentes daqueles apresentados por populações hospitalares.
- (d) uma grande proporção dessas pessoas sofrem de problemas crônicos que, após seguimento permanecem praticamente inalterados.
- (e) os distúrbios emocionais estão associados a uma alta demanda de serviços médicos. Os pacientes com transtornos psiquiátricos procuram consultas médicas mais freqüentemente, manifestam taxas de morbidade geral mais elevadas e têm mais doenças em geral por pessoa do que o restante da população atendida por médicos.

- (f) cerca de apenas 1 em cada 20 pacientes identificados como casos psiquiátricos é encaminhado para algum serviço de saúde mental, embora os médicos gerais reconheçam sua insatisfação com o tratamento que eles próprios podem oferecer.

A figura 2, idealizada por COOPER & MORGAN (1973), esboça as possibilidades relacionadas aos distúrbios mentais na população, quanto a seu reconhecimento, diagnóstico e encaminhamento da assistência médica geral para a assistência psiquiátrica.



- (A) sem contato médico, doença mental não detectada.
- (B) acesso ao cuidado médico geral, porém a doença mental não é reconhecida.
- (C) a doença mental é tratada pelo médico geral, mas sem definição diagnóstica.
- (D) a doença mental é diagnosticada e tratada pelo médico geral.
- (E) o paciente é encaminhado ao psiquiatra.

Figura 2 - Possibilidades relacionadas aos distúrbios mentais na população, quanto a seu reconhecimento, diagnóstico e encaminhamento ao psiquiatra (COOPER & MORGAN, 1973).

A frequência de distúrbios mentais em postos de saúde e ambulatórios de clínica geral no Brasil pode ser observada em três estudos, resumidos na tabela 1. SANTANA (1977) fez um estudo retrospectivo; além de 15% de diagnósticos psiquiátricos nos prontuários, encontrou 6% com prescrição de psicofármacos, mas sem diagnóstico. BUSNELLO & COLS. (1983) e MARI (1986) valeram-se de questionários e entrevistas psiquiátricas padronizadas.

Estudo	SANTANA (1977)*	BUSNELLO (1983)** & COLS.	MARI (1986)**
Local	Salvador	Porto Alegre	São Paulo
Amostra	208	242	260
Frequência de distúrbios mentais	15,0%	55,4%	52,3%

Tabela 1 - Estudos nacionais que mediram a frequência de distúrbios mentais entre pacientes atendidos em postos de saúde e ambulatórios de clínica geral.

* Estudo retrospectivo

** Estudos baseados em questionários e entrevistas psiquiátricas padronizadas.

No Hospital das Clínicas da UNICAMP, a convivência de um docente de psiquiatria com alunos de medicina que estavam estagiando em um ambulatório geral de adultos fornece uma idéia aproximada da freqüência de distúrbios mentais naquele serviço. TURATO (1985) relata que, dentre os 900 atendimentos efetuados, foi procurado para supervisionar 170 casos (18,9%) percebidos pelos alunos como portadores de algum tipo de distúrbio mental. Houve predomínio de transtornos neuróticos e da personalidade, seguidos por disfunções psicofisiológicas e reações de ajustamento. O autor destaca a existência de distúrbios com características facilmente detectadas: traços histéricos, hipocondríacos e depressivos, ao contrário de problemas referentes à vida sexual, "psicossomáticos", alcoolismo, menos percebidos pelos alunos. Além disso, foram identificados, em termos relativos, mais transtornos psiquiátricos nas faixas adolescente e de meia idade. Para o autor, encontrar-se-iam aí reflexos do tipo de orientação, de aspectos de identificação e de dificuldades sentidas pelos alunos de medicina frente aos pacientes.

A determinação da freqüência de distúrbios mentais em pacientes internados em hospitais gerais também tem sido objeto de diversos estudos. MAGUIRE & COLS. (1974), utilizando questionários e entrevistas padronizados, detectam 23% de pacientes com distúrbios psiquiátricos entre 230 admissões hospitalares, excluindo-se tentativas de suicídio e aqueles pacientes que estavam indispostos demais para participar do estudo.

STEINBERG & COLS. (1980) encontraram uma maneira original de estimar a morbidade psiquiátrica em duas enfermarias de um hospital geral: um dos investigadores reunia-se regularmente com os enfermeiros dessas unidades para revisão dos prontuários dos pacientes internados, identificando aqueles com "distúrbios emocionais mais graves". Encontrou-se que o número total de pacientes necessitando de avaliação psiquiátrica representou 20,8% das admissões. No entanto, o psiquiatra tinha sido solicitado para atender a apenas 2,7% do total, ou, dito de outra forma, atendeu a apenas 1 em cada 8 pacientes considerados portadores de distúrbios emocionais.

Em um trabalho clássico de revisão, LIPOWSKI (1967) afirma que a

freqüência da morbidade psiquiátrica em áreas não-psiquiátricas de hospitais gerais não é conhecida com certeza, mas que há algumas evidências de que 30-60% dos pacientes internados e 50-60% dos pacientes ambulatoriais sofrem de problemas psíquicos ou de doenças psiquiátricas de gravidade suficiente para criar problemas para o profissional de saúde.

No Brasil, segundo SANTANA & COLS. (1988) os estudos epidemiológicos realizados entre pacientes internados em hospitais gerais focalizaram mais a freqüência de alcoolismo, com números que variaram entre 1,8% e 58%.

LIPOWSKI (1967) esboça uma classificação geral dos problemas diagnósticos que o psiquiatra encontra no hospital geral, resumida a seguir:

- (a) **apresentação psicológica de uma doença orgânica.** Por exemplo: feocromocitoma produzindo crises de ansiedade semelhantes àquelas devidas a distúrbios psicogênicos.
- (b) **complicações psicológicas de uma doença orgânica.** Por exemplo: Síndromes orgânico-cerebrais devidas ao acometimento cerebral pelo vírus da AIDS, ou devidas a uso de corticóides.
- (c) **reações psicológicas a doenças orgânicas.** Por exemplo: depressão após receber um diagnóstico de doença grave.
- (d) **apresentação somática de distúrbios psiquiátricos.** Por exemplo: dor psicogênica.
- (e) **distúrbios "psicossomáticos".** Por exemplo: úlcera péptica.

O autor citado reconhece a dificuldade de se fazer a distinção precisa

entre complicação e reação psicológica a doenças; os distúrbios psicossomáticos seriam responsáveis por pequena proporção de casos, "psicossomático" tendo se tornado em termo errôneo e com um significado vago.

Acrescentaríamos que a classificação didática de Lipowski, segundo nossa experiência, não esgota o campo diagnóstico com o qual o psiquiatra se defronta no hospital geral, ainda que levemos em conta apenas a problemática do paciente. Suas reações psicológicas, por exemplo, são mais devidas a situação de doente, que envolve perda da identidade e privacidade pessoal, afastamento da família, preocupações financeiras, conflitos com a equipe assistencial e com o atendimento oferecido pela instituição. Os diagnósticos, nesses casos, precisam ser situacionais.

Quando lidamos com situações tão fronteiriças aos conceitos de saúde e doença, doença e reação (ou distúrbios, transtornos, "problemas"...); quando estamos preocupados com a interação do orgânico, dos agentes externos, do psicológico e do meio socio-cultural na produção das enfermidades, fica patente a necessidade de critérios mais refinados para se definir o que é um "caso psiquiátrico", bem como as formas de se lidar com ele.

O que se pode observar, afinal, é que o conceito de "caso psiquiátrico" tem se limitado na maioria das vezes a um paciente identificado. Ao longo desta investigação veremos como a noção de "caso" não se esgota na identificação de um paciente como tal, veremos como o reconhecimento de algo psicologicamente anormal ocorre numa relação, numa situação. Isso é muito mais amplo, requer diagnósticos situacionais, exige outra metodologia, mais por recursos compreensivos do que por descrição do que se passa exclusivamente com um paciente.

Feitas essas ressalvas, os números apresentados até aqui levantam a seguinte questão: se são tantos os pacientes atendidos pelos médicos na prática geral que possuem distúrbios psiquiátricos, não se pode conceber um sistema de atendimento psiquiátrico que dê conta de toda essa demanda. Espera-se que os médicos não-psiquiatras, principalmente aqueles que trabalham em atenção primária, reconheçam mais e possam lidar melhor com os aspectos psicossociais de seus pacientes. Essa orientação pode ser en-

contrada em nível de planejamento federal e estadual. Propõem-se, entre várias medidas, a utilização de procedimentos que integrem ao sistema de saúde recursos não estritamente psiquiátricos, como:

“...generalistas treinados para atender, com grau de resolutividade significativo, a casos psiquiátricos, tanto a nível de emergência, como em acompanhamento ambulatorial. A equipe multiprofissional de Saúde Mental participaria deste trabalho através de supervisão e orientação sistemáticas.” (INAMPS, 1983, p.14)

“...médicos generalistas deverão ser reciclados e treinados em psicopatologia e psicofarmacologia com prioridade nas regiões onde não houver psiquiatra (...) para dar atendimento ou proceder o encaminhamento de portadores de doença mental quando necessário, além de reciclar os profissionais dos ambulatórios e hospitais gerais.” (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SÃO PAULO, 1987, p.11)

Idéias como as precedentes já vêm de há muito tempo. A consecução desse ideal, entretanto, é difícil, pois, politicamente, não avançamos além dos planos. E é preciso lembrar que num país como o nosso deve-se estar atento a qualquer tendência de psiquiatrização de problemas de ordem econômica e social que conduzam os pacientes aos serviços de saúde. Pois pode-se muito bem rotulá-los de “psiquiátricos”, deslocando-se questões político-econômicas para o plano unicamente psicológico e individual. Lembrar que o inverso também pode ocorrer, enxergando-se apenas o social

onde existe a presença concomitante de um distúrbio psiquiátrico que deve ser considerado.

Outro ponto a ser levantado é que são bem conhecidas as dificuldades e resistências que muitos médicos têm para lidar com aspectos psicológicos de seus pacientes. As contribuições de BALINT (1973) nesse sentido foram largamente baseadas em investigações clínicas realizadas com médicos gerais ingleses, trabalhando em atenção primária. Haveria a esse respeito diferença de comportamento entre os médicos que trabalham em um hospital geral universitário brasileiro? É um dos objetivos a que nos dispomos no presente estudo: conhecer as dificuldades relatadas por esses médicos, quais são as estratégias por eles utilizadas ao lidarem com aspectos psicossociais dos pacientes que procuram nossa instituição, o que decidem tratar, o que decidem encaminhar ao psiquiatra. Além do mais, é principalmente no hospital geral onde tem se dado a formação dos médicos que, futuramente, vão reproduzir na atenção primária a ideologia e estratégias aprendidas de seus professores.

1.4 REDEFINIÇÃO DE PAPÉIS E PROCURA DE IDENTIDADE

A presença da psiquiatria nos hospitais gerais trouxe vantagens para pacientes e médicos, psiquiatras ou não. Clínicos e pesquisadores passaram a atentar para os aspectos psiquiátricos da doença física e para o componente psíquico das doenças e dos tratamentos clínicos e cirúrgicos. A medicina pode se beneficiar de novas idéias, como, por exemplo, o ideal comunitário de assistência e prevenção, a participação da família no tratamento, o papel terapêutico de cada elemento da equipe assistencial, grupos operativos de caráter multidisciplinar, etc.

A psiquiatria, por sua vez, precisou desenvolver novas técnicas de trabalho em diferentes serviços institucionais, tendo o seu ensino se voltado para o âmbito do hospital geral, com um perfil diferente de patologias e mudança de visão do relacionamento entre aspectos psíquicos, biológicos e sociais. Nos últimos anos tem havido considerável desenvolvimento nos campos de alternativas assistenciais, do ensino para médicos e estudantes e de pesquisas na interface entre psiquiatria e medicina (GREENHILL, 1979; COHEN-COLE & COLS., 1986; LIPOWSKI, 1986).

A Psiquiatria de Ligação tem procurado restabelecer a comunicação e cooperação. Mas as mudanças não vêm sem obstáculos, e muitos desses obstáculos, provavelmente, estariam refletindo dificuldades de relação entre psiquiatras e médicos não-psiquiatras. Uma nova convivência implica redefinições de papéis e procura de identidade:

“Por um lado o médico e o exercício profissional atravessam uma profunda crise, tanto de sua identidade como de sua ideologia e de seus esquemas tradicionais, insuficientes para fazer frente a situações cada vez mais complexas e opressoras. Por sua vez, o psiquiatra chega ao hospital com uma nova psiquiatria, renovada sua identidade, seu esquema referencial e sua ideologia. Está agora muito mais próximo das ciências sociais que da medicina, nutriu-se com as contribuições da psicanálise e da psicologia social e, dono de um instrumento fundamentalmente compreensivo, se reintroduz no hospital geral com um potencial terapêutico muito operante, sem o qual o psiquiatra clássico não podia operar eficazmente. Se antes o médico e o psiquiatra compartilhavam um esquema referencial comum, ainda que operativamente estivessem separados, agora convergem em um contexto comum, mas com ideologias mais claramente diferenciáveis.” (FERRARI & COLS. 1977, pp. 33-34)

MELLO FILHO (1983) vê na crise de identidade por que passam os médicos a atuação de diferentes fatores, entre os quais: a fragmentação e a superespecialização da medicina, a despersonalização da assistência médica, o desprestígio da classe, com descenso no *status* pessoal e social. O médico, com tudo isso, teria perdido seu “impacto como pessoa” sobre o paciente, sentindo-se dependente de seus colegas especialistas em termos profissionais e econômicos. Segundo o autor, estaria faltando nos dias de hoje a “solidez”, ideológica e prática do médico de antigamente. Observa-se, atualmente, um entrelaçamento de posições doutrinárias dentro da medicina, e o médico não deixa de se envolver pessoalmente nesses conflitos.

“Como reage o médico a este estado de coisas? De modo geral, emocionalmente, sentindo-se frustrado em suas aspirações, injustiçado pela sociedade e desrespeitado pelo paciente. (...) Assim, à espera de um paciente, geralmente em crise pela própria realidade da sua doença, está um outro ser também em crise, latente ou manifesta. Crise que o médico precisa conter para tratar a outra, do paciente.” (MELLO FILHO, 1983, p.90)

É nesse momento que o psiquiatra aproxima-se do médico geral, lidando com problemas psicológicos no doente comum, tradicionalmente “não-psiquiátrico”. Por extensão, vai mostrando ao médico, como pessoa, os conflitos que podem interferir em sua vida, em seu relacionamento com os doentes. Mas determinados médicos, opondo e isolando seus papéis aos papéis de enfermos, não aceitam a possibilidade de estarem eles próprios com problemas e necessitando de ajuda. Ao tomarem consciência dessa realidade, podem se sentir ameaçados em sua identidade profissional, sendo esta última um “amalgama identidade-papel (HOIRISCH, 1976). Por isso, não raramente, a presença do psiquiatra fora de seus ambientes tradicionais

de trabalho e as decorrências de sua ação podem provocar em seus colegas médicos reações de hostilidade, de forma franca ou velada.

Por seu lado, o psiquiatra descobriu que trabalhar no hospital geral é bem diferente que trabalhar nos hospícios. Encontra-se de novo, dentro da medicina, revivendo angústias do tempo da graduação despertadas pelas doenças orgânicas. Tem que se enfrentar com situações novas, cuja solução geralmente não depende tão somente de medidas técnicas. Seu alvo deixou de ser o paciente apenas, mas a equipe médica, a instituição, buscando uma atuação na formação teórica e prática do profissionais de saúde. O *papel social* que o psiquiatra assume nesse novo local, em termos de atividades e atitudes que dele são esperadas, ainda não está bem claro. Sabe-se que pode ser útil, mas sua função é demonstrar que isso pode ser feito, e de que maneira.

Falamos em papel do psiquiatra. Ainda que não possamos nos aprofundar no tema, emprestamos da Sociologia a idéia de que "cada pessoa seria definível como um feixe de papéis: é pai, motorista, cidadão, pedestre, comunicador, amigo, etc.. A pessoa encontra tais papéis já mais ou menos estabelecidos na sociedade, dando a imagem de uma rotina diária, onde não se inventa a todo momento um comportamento novo" (DEMO, 1980, pp. 66 - 67). Há um contexto que regula a formação desses papéis, através de normas e valores dominantes no meio social, bem como por gratificações e sanções que o indivíduo recebe. A cada papel corresponde uma *expectativa*, um modo já esperado de comportamento.

Muitos defensores da Psiquiatria de Ligação têm enfatizado que o caminho para uma convergência entre médicos e psiquiatras estaria no cuidado com o paciente, e não exclusivamente nas teorias ou pesquisas (KRAKOWSKI, 1975; MITCHELL, 1985). Também não há evidências de que a psiquiatria nos hospitais torne os médicos mais sensíveis. Eles querem é saber o que fazer com seus pacientes, e não sobre os problemas da equipe médica ou da dinâmica da enfermagem (KARASU & COLS., 1977; LIPOWISKI, 1983).

Na realidade, no hospital geral ainda permanece obscura a relação en-

tre necessidades (vistas pelos psiquiatras) e demanda (solicitação de seus serviços). Nem sempre as necessidades são expressadas, e pode haver chamados para atividades não baseadas em uma prioridade. A esse respeito, segundo SENSKY (1986), as tarefas do psiquiatra relacionam-se a suas respostas a demandas vindas do paciente ou de outro elemento da instituição, enquanto que seu papel representa as necessidades de atuação psiquiátrica que são percebidas pela equipe assistencial. Há, portanto, uma necessidade de medir a atitude dos médicos em relação aos serviços psiquiátricos, bem como de se aumentar o conhecimento a respeito daquilo que cada um quer do outro e o que cada um pode dar.

Neste estudo estaremos abordando essa nova convivência entre o psiquiatra e seus colegas de outras especialidades, no ambiente de um hospital geral universitário, interessados, notadamente, nas representações que se fazem em torno do psíquico, do psiquiatra e de seu trabalho. Para tanto, sondaremos as dificuldades relatadas pelos médicos em lidar com o psíquico, o vocabulário de que se valem para descrevê-lo e o processo de encaminhamento de pacientes ao psiquiatra.

CAPÍTULO SEGUNDO

II. Encaminhando ao psiquiatra	42
II.1 - Encaminhamentos e diagnósticos psiquiátricos	43
II.2 - A oportunidade, o momento e os fatores	48
II.2.1 . Fatores relacionados a condições clínicas dos pacientes	50
II.2.2 . Fatores relacionados a dados sócio-demográficos dos pacientes	53
II.2.3 . Fatores relacionados ao meio social e aos serviços psiquiátricos	55
II.3 - Procurando razões entre os médicos	57
II.4 - Visão compreensiva dos encaminhamentos	62

II. ENCAMINHANDO AO PSIQUIATRA

Ao longo desta investigação estaremos considerando como encaminhamento ao psiquiatra qualquer situação em que um médico ou estudante de medicina resolveu pedir ajuda deste profissional, quer transferindo-lhe um paciente, quer solicitando uma interconsulta. Encaminhamento, portanto, será nosso nome genérico, embora termos como consulta, interconsulta, consultoria psiquiátrica e psiquiatria de ligação possam ser usados com sentidos diversos, segundo os pontos de vista de diferentes autores (FERRARI & COLS., 1977; CAPLAN, 1980; COHEN-COLE & COLS., 1982; SENSKY, 1986).

Poder-se-ia objetar que *encaminhar um paciente...* nem sempre seria a expressão mais adequada. Poderíamos pensar em opções como sugerir, indicar, referir. Mas adotaremos o verbo *encaminhar* pois, além de ser o mais corrente, seus sentidos não se distanciam do que, aqui, estaremos estudando, quais sejam: mostrar o caminho a, guiar, dirigir, orientar, conduzir pelos meios competentes, dispor-se, resolver-se (FERREIRA, 1975).

De quando em quando, outros profissionais, médicos ou não, são chamados para atuar e participar da relação médico-paciente. Não só o psiquiatra é lembrado em situações de crise. Entretanto, supomos que chamar ou encaminhar ao psiquiatra pode ser uma decisão difícil, e é possível que nada exista de comum entre encaminhar um doente a um especialista da saúde mental e enviar um doente a um especialista de outras áreas. Estes teriam seu limite de ação circunscrito, a nível técnico, não excedendo a competência particular e específica do médico. O psiquiatra ou psicólogo, ao contrário, não se contentariam com um parecer ou ação limitada, colocando em questão a própria relação do médico com seu paciente (BENSAID, 1977).

“Um exame psiquiátrico cabal não pode omitir nenhuma das relações humanas importantes do paciente, incluídas as que tem com seu médico; isto é, para dizê-lo de um modo um pouco exagerado, o psiquiatra não só examinará o paciente, como também, e em considerável proporção, o próprio médico. (...) Este tipo de ameaça se acha presente – até certo ponto – com independência da natureza da especialidade, mas em nenhuma esfera reveste-se de tanta gravidade como no campo psiquiátrico” (BALINT, 1973, p. 96).

Entre o médico que encaminha e o psiquiatra geralmente existem importantes e substanciais diferenças quanto a critérios de saúde, ideologias, linguagem técnica, modelo de ação, objetivos e enquadre (FERRARI & COLS., 1977). Além disso, outro fator que dificulta o encaminhamento relaciona-se ao receio do médico de que paciente e familiares reajam negativamente à indicação de um psiquiatra, tendo-se em vista os preconceitos existentes em torno das doenças mentais e da prática psiquiátrica.

II.1 ENCAMINHAMENTOS E DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS

As taxas de encaminhamento a que chegaram inúmeros estudos devem ser vistas com cautela. Os cálculos guardam diferenças na natureza do numerador (total de encaminhamentos?, de consultas psiquiátricas efetivamente realizadas?, consultas ou pacientes?) e do denominador (população sob risco, população atendida, pacientes com distúrbios psiquiátricos...). Referem-se a diferentes períodos de tempo e a diferentes condições de atendimento médico.

HOUPT & COLS. (1980) reuniram diversas taxas de encaminhamentos à Psiquiatria de diversos serviços ambulatoriais de assistência médica: nos Estados Unidos ficaram entre 0,1% e 1,3% do total de pacientes atendidos. Na Inglaterra os encaminhamentos feitos por médicos generalistas ao psiquiatra estiveram entre 0,5% e 1,5% dos pacientes atendidos. Não sabemos ao certo como se comportam esses números no Brasil. No entanto, como ilustrou o estudo de TURATO (1985) a presença de um psiquiatra junto a acadêmicos de medicina estimulou o encaminhamento de pacientes (7,3%) ao ambulatório de psiquiatria.

Quanto ao diagnóstico, a maioria dos encaminhamentos aos ambulatórios de psiquiatria poderia se ajustar nos grupos de transtornos não-psicóticos, notadamente os estados ansiosos e depressivos, distúrbios da personalidade, reações de ajustamento, juntamente com queixas somáticas funcionais (TURATO, 1985; BOTEGA & COLS., 1988). São pacientes que, em sua maioria, dirigem-se ao hospital geral com queixas somáticas diante das quais o clínico nada encontra de orgânico (SAMPAIO, 1956; LUCENA & COLS., 1978).

Se esses pacientes são difíceis para o clínico, também o são para o psiquiatra: são comumente evitados nos ambulatórios de psiquiatria, respondem por um alto índice de abandono de tratamento e têm uma evolução pobre (HOPKINS & COOPER, 1969; NOVACK & LANDAU, 1985; BOTEGA & COLS., 1988).

Não existe uma palavra final quanto à evolução desses pacientes, quando são encaminhados ao psiquiatra, ou quando permanecem com seus médicos. Não se sabe como comparar o progresso de um paciente encaminhado a um ambulatório de psiquiatria com o progresso de um outro, em condições clínicas semelhantes, tratado pelo seu próprio médico. Além disso, cada médico, psiquiatra ou não, tem suas preferências e facilidades pessoais quanto ao tipo de pacientes que se dispõe a tratar, o que interfere de maneira importante nos resultados clínicos obtidos (KAESER & COOPER, 1971).

Quanto a pacientes internados, LIPOWSKI & WOLSTON (1981) rela-

tam que aproximadamente 4% dos pacientes admitidos são encaminhados ao psiquiatra. Desse modo, mesmo aceitando-se as estimativas mais conservadoras de morbidade psiquiátrica nessa população (por volta de 20%), apenas 1 em cada 5 pacientes com distúrbios mentais passaria por avaliação psiquiátrica.

Em mais da metade das vezes, solicita-se o psiquiatra para que auxilie no manejo do paciente internado. Algumas situações que envolvem problemas desse tipo são: comportamento do paciente maciçamente perturbado, recusa em cooperar, convalescença demorada, efeitos colaterais psiquiátricos de drogas, paciente com história psiquiátrica e seleção e preparação de pacientes, entre outras (LIPOWSKI, 1967).

No Brasil, as taxas de encaminhamento de pacientes internados para interconsulta psiquiátrica devem ser mais baixas do que a relatada por Lipowski, conforme sugerem os dados de três estudos realizados em hospitais universitários, resumidos na tabela 2:

Autor	KERR - CORREA & SILVA, 1985	MILLAN & COLS., 1986	MAGDALENO JR. & BOTEGA, 1990
Local	HC - Botucatu (UNESP)	HC - São Paulo (USP)	HC - Campinas (UNICAMP)
Período	2 anos	1 ano	1 ano
Número de encaminhamentos	131	339	191
Taxa geral de encaminhamento	0,1 à 2,4% (variação mensal)	1,1%	2,1%
Principais diagnósticos psiquiátricos	<ul style="list-style-type: none"> . neurose/reaç. viven. anormal . alcoolismo + delirium tremens . quadros orgânicos cerebrais . reação exógena aguda 	<ul style="list-style-type: none"> . psicoses orgânicas transitórias . oligofrenia . reação de ajustamento depressiva . transtornos de personalidade 	<ul style="list-style-type: none"> . reações de ajustamento . quadros psicóticos orgânicos . transtornos neuróticos . transtornos de personalidade

Tabela 2 - Estudos descritivos realizados no Brasil relacionados a encaminhamentos ao psiquiatra de pacientes internados em hospitais gerais universitários.

A investigação conduzida no Hospital das Clínicas da UNICAMP confirma a frequência elevada de depressão e quadros psicóticos orgânicos em pacientes internados encaminhados ao psiquiatra (23,0% e 18,8% do total de encaminhamentos, respectivamente). Geralmente são problemas subdiagnosticados pelo médico não-psiquiatra que interferem sobremaneira na evolução dos pacientes. Na maioria das vezes, o psiquiatra foi chamado para avaliar o quadro mental de um paciente, colaborar no diagnóstico diferencial entre etiologia orgânica ou psíquica, auxiliar em casos de tentativas de suicídio e para acompanhar pacientes submetidos a procedimentos traumáticos, como amputações e grandes cirurgias. Deparou-se, por outro lado, com dificuldades para encontrar uma classificação que pudesse expressar a variedade de situações “diagnosticadas” numa interconsulta. Em pelo menos 10% dos pacientes vistos não se detectaram alterações mentais patológicas, e em 15,2% das vezes julgamos que o principal motivo para solicitação de interconsulta foi um desajuste na relação médico-paciente (MAGDALENO JR. & BOTEGA, 1990).

A figura 3 resume o percurso de pessoas com distúrbios psiquiátricos que procuram o médico geral, desde o atendimento em ambulatórios até a interconsulta psiquiátrica para o paciente internado no hospital geral. As frequências referem-se a números nacionais disponíveis. Segundo SENSKY (1986) há uma passagem do paciente por diferentes níveis, através de “filtros seletivos”, cada um desses com características próprias. A elucidação de cada etapa desse modelo é de extrema importância para definirmos níveis de problemas e de atuação dos profissionais.

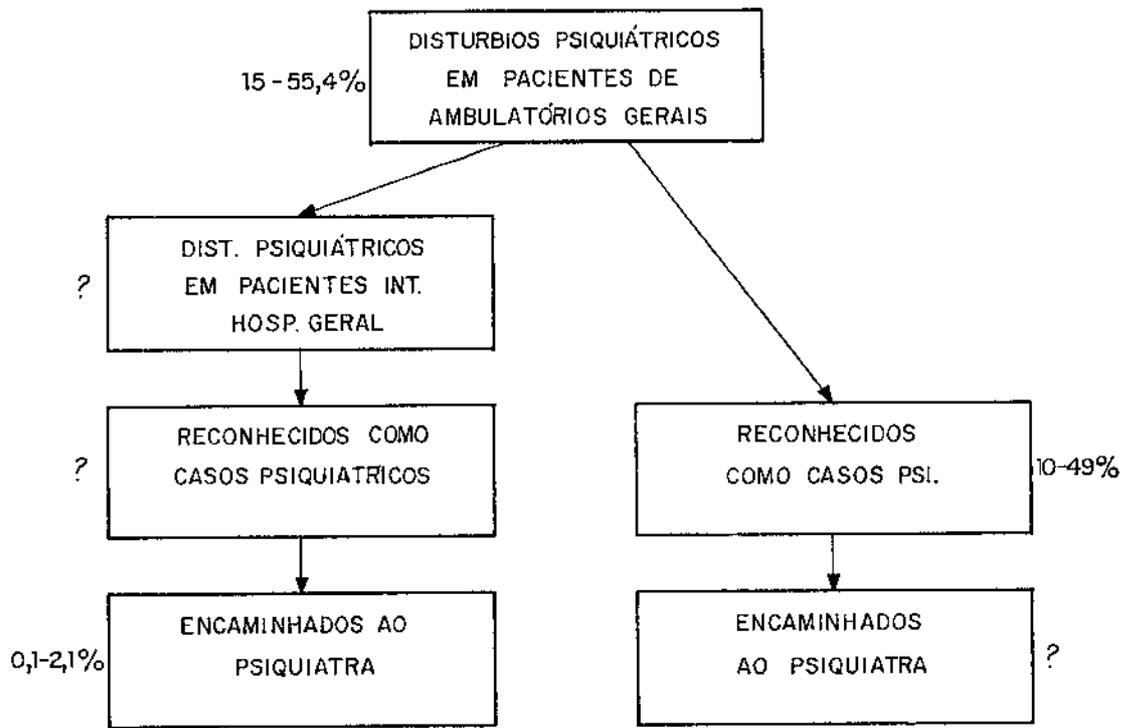


Figura 3 - Níveis de atenção a pessoas com distúrbios psiquiátricos que procuram assistência médica. As porcentagens referem-se às frequências de distúrbios detectadas em estudos nacionais.

II.2 A OPORTUNIDADE, OS MOMENTOS E OS FATORES

Ainda que não haja razões para acreditarmos que todo paciente com distúrbio mental deva ser avaliado por um especialista, é fato comumente aceito, pelo menos por psiquiatras, que a proporção de pacientes encaminhados é muito pequena, bem aquém das estimativas de frequência de distúrbios mentais entre as pessoas atendidas em diversos setores da assistência médica (SHEPHERD & COLS., 1966; LIPOWSKI, 1967; PRITCHARD, 1972).

A distância observada entre o número de encaminhamentos e o total de pacientes que, supostamente, se beneficiariam do tratamento psiquiátrico levou muitos pesquisadores a questionar por que alguns pacientes são encaminhados, e outros, que podem estar em condições tão ou mais graves, não são. Uma vez que o médico tenha reconhecido alguns pacientes com distúrbios mentais, quem será, e quem não será encaminhado? Quais os diferentes fatores que interferem nessa decisão?

LUDKE (1982), realizando um estudo de encaminhamentos a oncologistas, reuniu alguns desses fatores, o que pode nos dar idéia da extensão do campo de pesquisa:

- (a) **Fatores relacionados à qualidade técnica da assistência:** avaliação mais minuciosa do paciente, estadiamento acurado, eficiência do tratamento e reabilitação, informações mais completas para o paciente e familiares, taxas de cura, de complicações e de mortalidade.
- (b) **Fatores relacionados aos pacientes:** custo acarretado pelo tratamento (viagens, alimentação, perda salarial, etc.) extensão do rompimento com a vida familiar, expectativas do paciente e qualidade de vida, o desejo (implícito ou explícito) do paciente e familiares pelo encaminhamento, preferência do paciente pelo especialista e seu nível de satisfação (ou dos familiares) com os eventuais contatos anteriores com o especialista.
- (c) **Fatores relacionados aos médicos:** diminuição de honorários com a perda do paciente, benefícios pessoais que o médico recebe com o encaminhamento (conhecimentos, reciprocidade nos encaminhamentos), satisfação com encaminhamentos anteriores. idéia de que encaminhar é admitir falha, atitude da comunidade médica local quanto a encaminhamentos e quanto ao especialista, qualidade da contra-referência, atitude pessoal em relação ao colega e a sua especialidade.

A ordenação de fatores preponderantes no encaminhamento tem interessado a diversos pesquisadores no sentido da adoção de medidas administrativas, para melhor orientar a ação dos profissionais e o fluxo de pacientes. Passaremos a revisar trabalhos que procuraram estudar grupos de fatores envolvidos no encaminhamento ao psiquiatra.

II.2.1 FATORES RELACIONADOS A CONDIÇÕES CLÍNICAS DOS PACIENTES:

DAVIES (1964) comenta sobre a considerável proporção de pacientes que necessitam de consulta psiquiátrica e que não são encaminhados. Por outro lado, boa parte dos encaminhados não tem problemas graves o bastante para serem admitidos nos ambulatórios de psiquiatria (DAVIES, 1964; BOTEGA & COLS., 1988), e um estudo de KESSEL & SHEPHERD (1962) em um subúrbio londrino mostrou que os pacientes neuróticos encaminhados ao hospital psiquiátricos pelos médicos generalistas não diferiam clinicamente da maioria daqueles não encaminhados. Os encaminhamentos não seguiam critérios clínicos válidos, e a gravidade da doença era responsável por apenas parte das razões que os médicos pareciam considerar nesses casos. KESSEL (1963) recomendou que os critérios clínicos para o encaminhamento deveriam estar ligados à natureza neurótica dos distúrbios, à gravidade da doença e à má resposta ao tratamento inicialmente instituído. Mas isso não esgotou o assunto e vários trabalhos seguiram formulando a mesma pergunta: quem acaba chegando ao psiquiatra?

Com o intuito de avaliar a influência de fatores clínicos no encaminhamento, PRITCHARD (1972) realizou um estudo retrospectivo com todos

os pacientes cujo boletim de alta do London Hospital, durante o ano de 1968, contivesse um diagnóstico psiquiátrico. Obteve, assim, 252 pacientes, dos quais 83 (32,5%) haviam sido encaminhados ao psiquiatra. Comparou, então, esses últimos com aqueles diagnosticados como casos psiquiátricos, mas não encaminhados. Pacientes com tentativa de suicídio tiveram a maior taxa de encaminhamento. Taxas de encaminhamento elevadas também foram obtidas para pacientes com psicose funcionais, depressão e distúrbios da personalidade. As menores taxas foram para distúrbios orgânico-cerebrais, estados de ansiedade e alcoolismo.

Taxas de encaminhamento mais altas são encontradas entre psicóticos ou entre pacientes cujo comportamento implique riscos para si ou para os outros ao seu redor. Dos 93 médicos entrevistados por HULL (1979) 64% responderam que encaminham todos os seus pacientes psicóticos ao psiquiatra.

Uma enquete realizada por FAUMAN (1981) entre médicos de um hospital geral mostrou que o serviço considerado como de maior utilidade, dentre os prestados pela interconsulta psiquiátrica, é o de atendimento de emergência para pacientes agitados, psicóticos ou violentos. O autor lembra a elevada frequência de distúrbios orgânico-cerebrais entre pacientes agitados e violentos, mas, segundo sua opinião, na ausência de problemas de manejo, os médicos pouco encaminham aqueles pacientes com distúrbios de comportamento assentados sobre base orgânica. Segundo PRITCHARD (1972), quanto mais um problema orgânico está envolvido no distúrbio psiquiátrico, menor a probabilidade do paciente ser encaminhado. Talvez nesses casos, quando a fisiologia cerebral encontra-se afetada, o médico assumira a totalidade do tratamento por não estar convencido da ajuda que o psiquiatra possa prestar.

O relativo consenso que podemos encontrar quanto à importância de um diagnóstico de psicose e tentativas de suicídio no sentido de desencadear encaminhamentos contrasta com a tendência dos médicos a manterem consigo grande parte dos pacientes neuróticos (notadamente com ansiedade), alcoolistas e com distúrbios psicossomáticos.

PRITCHARD (1972) considera que grande parte dos casos de ansiedade são encarados pelos médicos como secundários a problemas físicos, manejados com tranquilizantes. Sugere, ainda, que os poucos encaminhamentos de alcoolistas estariam relacionados ao fato de esses pacientes comumente negarem sua necessidade de ajuda, desincentivando o médico a solicitar a consulta psiquiátrica. E os clássicos "pacientes psicossomáticos" pouco seriam encaminhados, revelando a descrença dos médicos na capacidade do psiquiatra manejar esses problemas (LIPOWSKI, 1967).

Procurando sintetizar o peso que as categorias diagnósticas têm no encaminhamento, FAUMAN (1983) conclui que os médicos estariam propensos a encaminhar apenas os problemas psiquiátricos menos freqüentes e os de manejo mais difícil, como, por exemplo, psicoses e tentativas de suicídio, tratando eles próprios os distúrbios mais comuns.

Dentro de uma mesma categoria diagnóstica observa-se que o grau de exteriorização de sintomas, principalmente os que interferem na rotina da equipe assistencial, é um fator que pesa no encaminhamento. Assim, como lembram WILSON & MEYER (1965), o paciente deprimido, mais calado, de comportamento discreto chama menos a atenção de médicos e enfermeiros, uma vez que ele não atrapalha a rotina da equipe. Diferente, se ele manifestar idéias de suicídio ou negar-se a continuar o tratamento.

SCHWAB & COLS., (1965) acreditam que há uma maior probabilidade do paciente ser encaminhado ao psiquiatra quando ele traz uma história de piora em uma doença crônica, em combinação com acontecimentos adversos em seu passado e vida familiar insatisfatória. O mesmo ocorre entre pacientes internados que têm uma história incluindo internações psiquiátricas progressas, ainda que no momento do exame clínico estejam em boas condições mentais. Talvez nesses últimos casos apareça o receio de que o paciente possa "agitar na enfermaria".

SCHWAB & COLS., (1965) afirmam que aqueles pacientes encaminhados ao psiquiatra geralmente diferem dos outros por manifestarem mais abertamente sua ansiedade, por usarem menos mecanismo de negação, por maior desejo de receberem ajuda e pela sua capacidade de comunicar suas

dificuldades psicológicas.

II.2.2 FATORES RELACIONADOS A DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS DOS PACIENTES:

Outro grupo de fatores comumente pesquisado refere-se a características demográficas dos pacientes. Nesses casos, os trabalhos comparam certos dados (idade, sexo, estado civil, raça) de um conjunto de pacientes encaminhados com uma amostra da população de pacientes não encaminhada ao psiquiatra.

Os resultados a que se chegou não são muito animadores para quem procura sintetizar algo que possa ser considerado confiável. Mudam, às vezes chocam-se, de trabalho para trabalho, provavelmente refletindo variações metodológicas e diferenças entre os diversos locais pesquisados.

PAYSON & COLS., (1961), citados por LIPOWSKI (1967), observaram que algumas características sócio-demográficas favorecem encaminhamentos: pacientes de classes sociais mais altas, de meia-idade, mulheres com baixo nível de instrução, e homens de nível educacional elevado com ocupações pouco valorizadas socialmente.

HOPKINS & COOPER (1969) consideram que, em relação à prevalência de distúrbios mentais na população, há uma tendência para a seleção de homens, de pessoas jovens e solteiras para o encaminhamento ao psiquiatra.

KESSEL & SHEPHERD (1962) observaram que a prevalência de neuroses na população geral aumenta com a idade até chegar aos adultos jovens,

mantendo-se estável em faixas etárias subseqüentes. Mas nos hospitais psiquiátricos (ambulatorios e enfermarias) a prevalência de neurose diminui após um pico na faixa do adulto jovem. Isso, segundo os autores, indicaria uma forma de seleção, beneficiando o encaminhamento de pessoas mais jovens.

BUSTAMENTE & FORD, (1981) encontraram taxas de encaminhamento proporcionalmente mais baixas de pacientes idosos, viúvos e pertencentes a minorias raciais (negros e latino-americanos) em um hospital norte-americano. Lembram que os médicos em treinamento nesse local eram principalmente brancos e anglo-saxões, o que pode ter gerado dificuldades em estabelecer *rapport* com pacientes de diferentes idades, raças e culturas.

Alguns autores sugeriram que os encaminhamentos de pacientes mais jovens ao psiquiatra podem estar ligados ao fato de serem efetuados por médicos que são, na maioria das vezes, igualmente jovens (SCHAWAB & BROWN, 1968; TURATO, 1985).

Já RAWNSLEY & LOUDON (1962) afirmam que as variações substanciais entre as taxas de encaminhamento nas diversas regiões (serviços) por eles estudadas são conseqüências das diferenças sócio-demográficas da população sob o risco. Em outras palavras, não encontraram diferenças significativas quanto a idade, sexo, estado civil, ocupação, local de nascimento ou nível de instrução entre o grupo de pessoas encaminhadas ao psiquiatra e o grupo não encaminhado. Os autores concluem que a principal fonte de variação nas taxas de encaminhamento não deve ser buscada entre os pacientes. Deve, antes, ser creditada às diferenças existentes entre os médicos.

Ao estudar o efeito da idade nas taxas de encaminhamento, PRITCHARD (1972) observou que as variações encontradas podem estar em grande parte ligadas às diferentes distribuições de certas categorias diagnósticas entre as diversas faixas etárias. Por exemplo: a baixa taxa de encaminhamento de mulheres idosas no hospital inglês pesquisando poderia ser devida à grande proporção de distúrbios orgânico-cerebrais e à ausência

de tentativa de suicídio nesta faixa etária. Por outro lado, houve muitos encaminhamentos de pacientes jovens do sexo masculino, um grupo em que 28% tinham distúrbios de personalidade, dos quais metade havia tentado suicídio. A exclusão de várias categorias diagnósticas, notadamente as tentativas de suicídio, reduziu as diferenças entre as taxas de encaminhamento nas diversas faixas de idade para um nível não significativo estatisticamente.

Um achado como este alerta-nos sobre o perigo de se afirmar que uma característica sócio-demográfica em particular, como idade ou sexo, possa atuar, de modo independente, na decisão de encaminhar ou não ao psiquiatra. É um cuidado que deve ser tomado, quando se procura medir, através do tratamento estatístico de dados, alguns fatores que, supostamente, influiriam na decisão do médico ao encaminhar.

II.2.3 FATORES RELACIONADOS AO MEIO SOCIAL E AOS SERVIÇOS PSIQUIÁTRICOS

Na ausência de critérios clínicos bem estabelecidos, os diferentes pesos dados a fatores não-clínicos é que parecem influir na decisão de se encaminhar ou não casos ao psiquiatra. Pois não se encaminha só pelo diagnóstico, mas pelo que a problemática trazida pelo paciente desperta no médico.

RAWNSLEY & LOUDON (1962) destacaram a importância de alguns fatores não-clínicos, como a pressão dos familiares e/ou do paciente, falta de apoio emocional da família, e a opinião do médico de que o paciente acha mais aceitável a idéia de ter "problemas de nervos", quando isto lhe é dito pelo psiquiatra.

Para KAESER & COOPER (1971), haveria uma espécie de “pressão social” que interfere na decisão de encaminhar alguém ao psiquiatra: pressão de familiares, do próprio paciente, diminuição em sua capacidade de trabalho, problemas sociais e distúrbios da conduta. Assim, alguns médicos acabariam influenciados pelas “deixas” dos familiares ou do paciente em relação ao encaminhamento. O encaminhamento ficaria, então, dependente das atitudes prevalentes na população em relação a certas doenças e comportamentos, a médicos em geral e ao psiquiatra em particular.

SHAFFER & HOLLOMAN (1985) analisam a importância dos estímulos e restrições ao encaminhamento baseados em questões econômicas e de *merchandise*. Pode haver por parte de certas associações de saúde incentivos para não encaminhar, ou encaminhar para o especialista que cobre menos. Os autores comentam situações curiosas encontradas nos Estados Unidos, como a de um grupo de especialistas de uma cidade filiados a uma sociedade que premia os médicos que lhes encaminham pacientes, através de consultas grátis, jantares, descontos em compras, etc. Relatam também que pacientes podem processar seu médico e o consultor por ele indicado, quando o tratamento não surte efeito. As companhias de seguro, por sua vez, ficam procurando qual dos dois médicos tem a maior cobertura.

Pelo que sabemos, em nosso meio algumas sociedades de assistência médica não incluem tratamentos psicoterápicos e limitam o número de consultas com o psiquiatra. Por outro lado, observamos que a baixa condição sócio-econômica de muitas pessoas que buscam assistência médica na rede pública freqüentemente desencadeia encaminhamentos. Portadoras ou não de algum distúrbio mental detectado pelo médico, são encaminhadas ao psiquiatra, visando-se, geralmente, a uma internação. A internação nesses casos pode ser efetuada mais por caráter custodial, não é terapêutica, em muito contribuindo para a cronificação dos pacientes. É uma solução que não deixa de ir ao encontro dos interesses de donos de muitos hospitais psiquiátricos.

Outro fator relaciona-se à disponibilidade de serviços psiquiátricos, bem como a maneira como esses se inserem na assistência médica geral. Vários autores relataram o crescimento no número de encaminhamentos, após a es-

truturação de serviços psiquiátricos que se integraram de fato na assistência, mantendo um posicionamento aberto e de cooperação com outros profissionais da saúde (LIPOWSKI, 1983; MELLO FILHO, 1983).

Na decisão de encaminhar também influi o grau de ligação que o médico possa ter com elementos da equipe psiquiátrica, quer seja uma ligação de caráter pessoal, quer pelas atividades realizadas conjuntamente por seus serviços. Isso ficou evidente no levantamento que fizemos no HC - UNICAMP, onde grande número de pedidos de interconsulta vieram da Enfermaria Geral de Adultos, local onde realizamos periodicamente grupos Balint com alunos, residentes e docentes. Ou da Enfermaria de Ortopedia e Traumatologia, onde um dos integrantes de nosso grupo desenvolveu um trabalho junto a pacientes amputados e equipe assistencial (MAGDALENO JR. & BOTEGA, 1990).

II.3 PROCURANDO RAZÕES ENTRE OS MÉDICOS

Idade, personalidade, especialidade, tipo de treino e prática são alguns dos fatores concernentes à pessoa do médico que supostamente interferem no reconhecimento de problemas psiquiátricos nos pacientes e na decisão de encaminhá-los ao psiquiatra.

Médicos mais velhos, segundo achado de MEZEY & KELLETT (1971) reconheceriam menos os problemas psiquiátricos de seus pacientes. Os jovens reconheceriam mais (MOWBRAY & COLS., 1961), encaminhariam mais, embora também sejam maiores suas queixas de falta de *rapport* com o psiquiatra (MEZEY & KELLETT, 1971).

Diversos estudos apontam diferenças entre as especialidades médicas quanto à percepção do componente psicológico dos problemas de seus pacientes. A maneira de se encarar o trabalho do psiquiatra, bem como o número e tipo de encaminhamentos parecem igualmente diferir entre os especialistas.

Clínicos e cirurgiões geralmente são tomados como paradigmas. Os primeiros se dispoem mais a tratar distúrbios psiquiátricos, como depressão, ataques de ansiedade e transtornos psicossomáticos (FAUMAN, 1983). Valorizam e pedem mais interconsultas psiquiátricas (FAUMAN, 1981; MILLAN & COLS., 1986).

Cirurgiões reportam menor freqüência de depressão, síndrome orgânico-cerebral e transtornos psicossomáticos entre seus pacientes (FAUMAN, 1981). Atenderiam menos pacientes desse tipo, ou teriam maior dificuldade para identificá-los? Quando comparado ao clínico, o cirurgião estaria menos atento aos aspectos psicológicos de seus pacientes e dá menos valor à consulta psiquiátrica. Distintamente dos clínicos, os cirurgiões tendem a não considerar casos de agitação psicomotora como emergência psiquiátrica. Por outro lado, situações em que o paciente não adere às regras hospitalares são vistas como emergenciais (FAUMAN, 1981).

Mas não nos parece prudente basear a discussão sobre os fatores médicos atuantes no encaminhamento ao psiquiatra unicamente nas características da clientela que ocorre a determinado especialista, no tipo de prática e preocupação profissionais deste, ou mesmo numa visão estereotipada das diferentes especialidades médicas. Além disso, acreditamos que as tentativas de relacionar características pessoais dos médicos, através de instrumentos quantitativos, com sua maneira de lidar e encaminhar pacientes ao psiquiatra têm proporcionado resultados controversos e inconsistentes sob o ponto de vista metodológico.

Segundo MENDELSON & MEYER (1961), a tolerância do médico frente a um distúrbio de comportamento é algo individual. A consulta psiquiátrica seria quase sempre evitada, pelo menos até o ponto em que o paciente perturbe seriamente seu tratamento ou provoque considerável

grau de incerteza em seu médico.

De acordo com CUMMINS & COLS. (1981), cada médico teria um “limiar de encaminhamento” diferente, ou seja, um nível pessoal (influenciado por seu treino, experiência, tolerância à incerteza, senso de autonomia e interesse) a partir do qual o estímulo da consulta desencadearia o encaminhamento. A investigação conduzida para testar esta hipótese não conseguiu chegar a muito, pois, como bem reconheceram os autores, não foi possível isolar e quantificar todas as variáveis que estariam atuando durante a consulta. Um fracasso metodológico previsível, a nosso ver, quando se tenta abordar uma situação tão dinâmica quanto a consulta médica, reduzindo-a a variáveis numéricas testáveis matematicamente.

Metodologicamente, não nos encontramos, aí, num campo fácil. Assim, quando se cogita que o interesse e atitude positiva dos médicos em relação à psiquiatria aumentam a detecção de problemas mentais e o número de encaminhamentos (MOWBRAY & COLS., 1961; HULL, 1979), várias pesquisas lançam-se sobre definições operacionais, construção e validação de escalas e métodos cada vez mais sofisticados de análise de dados. Mas “interesse em psiquiatria”, como lembram KAESER & COOPER (1971), é um “conceito vago que engloba fatores fracamente relacionados, tais como, pós-graduação ou treinamento na área de saúde mental, preocupação com as dificuldades emocionais dos pacientes, segurança em lidar com distúrbios mentais agudos, propensão a uma atitude psicoterápica e opiniões sobre os serviços locais de saúde mental” (p.321).

Estudos baseados em questionários e entrevistas com médicos comumente revelam uma variada gama de atitudes individuais em relação à doença mental e aos serviços de assistência psiquiátrica. Variam as opiniões sobre a psiquiatria e sobre o valor do encaminhamento a esse profissional.

MEZEY & KELLET (1971) enviaram um questionário a 106 médicos ingleses a fim de identificar as razões para não se encaminhar um paciente ao psiquiatra. “O paciente não gostaria de ser encaminhado”: foi esta a razão apontada por 45% dos médicos. As razões seguintes referiram-se às “desvantagens de um paciente ser rotulado como caso psiquiátrico” (21,2%),

à “falta de serviços psiquiátricos facilmente disponíveis” (20%), ao “sentimento de que o tratamento de pacientes neuróticos é tarefa de qualquer médico” (19%) é a “falta de uma relação satisfatória com o psiquiatra” (18%). Resultados semelhantes a esses foram encontrados em outros estudos realizados, por exemplo, na Grã-Bretanha (SHEPHERD & COLS., 1966; FAHY & COLS., 1974) e Espanha (AYUSO & CALVÉ, 1976).

Em oposição, a quase totalidade dos 93 médicos norte-americanos entrevistados por HULL (1979) concordaram com a proposição de que “nos últimos tempos os pacientes estão menos preocupados ou temerosos diante da sugestão de procurarem um psiquiatra” e “não hesitariam no encaminhamento por ser desvantajoso para o paciente receber um rótulo”. Diferenças entre países?, na maneira de se colocarem as perguntas? No mesmo país (E.U.A), metodologia diferente levou a resultados distintos:

STEINBERG & COLS., (1980) estudaram casos considerados pela enfermagem como problemáticos sob o ponto de vista psicológico, para os quais os médicos assistentes não haviam solicitado interconsulta psiquiátrica. Segundo a análise dos autores, em 60% dos casos a interconsulta não foi solicitada porque os sintomas psiquiátricos foram negados ou minimizados, ou por não se acreditar no benefício da intervenção do psiquiatra. Em 24% dos casos houve um temor de que a interconsulta provocaria complicações, quer aborrecendo o paciente, quer dificultando sua relação posterior com o médico. Por meio de discussões com os médicos assistentes e outros membros da equipe, os autores puderam fazer inferências sobre os motivos subjacentes a cada caso de não solicitação de interconsulta. Estiveram entre os mais comuns: antipatia pela psiquiatria, a crença de que o psiquiatra traz aborrecimentos para o paciente, negação da ansiedade e depressão nos pacientes, descrença no tratamento psiquiátrico e medo de se aproximar dos problemas psicológicos de outra pessoa, notadamente daqueles com doença terminal.

Na esfera institucional, são comuns as queixas dos médicos quanto ao tempo que o paciente tem que aguardar para ser atendido, insatisfação com o tipo de tratamento fornecido ao paciente nos ambulatórios, demora na contra-referência e falta de um contato mais próximo com o psiquiatra

(LANGSLEY, 1982; MITCHELL, 1985).

Com a aproximação da psiquiatria da prática médica geral, as opiniões e interesse dos médicos generalistas em relação à *imagem* do psiquiatra, sua prática e sua ideologia passaram a ser sondadas com muito empenho. Entendemos aqui, por *imagem*, uma organização complexa de juízos de valor ou de avaliação, reflexo interno de uma realidade externa, espécie de “sensações mentais” que os objetos e as pessoas deixam em nós. Para DEMO (1980), as imagens funcionam como uma tela seletiva que serve para receber novas mensagens, controlando a percepção e a interpretação destas, reforçando o sentido de continuidade do meio ambiente e das expectativas individuais e coletivas.

O psiquiatra nem sempre é visto com bons olhos. McCUE (1982), por exemplo, faz um relato interessante de como um internista vê o psiquiatra: as histórias são menos completas que as dele (do internista), ninguém quer assumir o paciente após a alta, nunca consegue falar com o psiquiatra em seu consultório. Quando consegue, às vezes é obrigado a se contentar simplesmente com um “inicie 50 mg de amitriptilina”, com o que não consegue concordar.

Segundo ESCANDE (1979), investigações que se ocupam da imagem do psiquiatra entre os médicos em geral são animadas por várias motivações: “para melhor se explicar a incompreensão de muitos generalistas, para confortar o narcisismo afetado dos pesquisadores, ou mesmo para descobrir as causas das ambigüidades que complicam a relação generalista psiquiatra” (p.59).

O referido autor, após revisão de vários estudos, principalmente franceses, afirma que os médicos generalistas não têm uma representação única da imagem do psiquiatra, senão múltiplas representações fragmentárias que correspondem a outras tantas facetas do psiquiatra relativas a sua prática, sua eficácia, suas modalidades de comunicação, terapêutica e instituições.

Avaliados por diversos métodos, as imagens que os médicos têm em relação ao psiquiatra variam, compreensivelmente, a cada sujeito, a cada

região e tipo de serviços estudados. O que se poderia comparar, nesse campo, dos especialistas que trabalham num hospital terciário de um grande centro urbano com as concepções dos médicos generalistas de uma pequena cidade numa região distante?

Não temos conhecimento de estudos realizados em nosso meio que tivessem estudado a imagem do psiquiatra e de sua prática junto a médicos de um hospital geral. Acreditamos ser esse um passo importante dentro de uma investigação que se proponha compreender o processo de encaminhamento como um todo, e, mais especificamente, fatores pessoais relacionados à decisão de encaminhar ou não alguém ao psiquiatra.

II.4 VISÃO COMPREENSIVA DOS ENCAMINHAMENTOS

Na realidade pouco se sabe a respeito de como o processo de encaminhamento se opera, e como se interrelacionam médico, paciente, familiares e especialista em determinadas situações. E a importância relativa desses elementos pode mudar para cada um dos pacientes encaminhados. Essa evidência deu ensejo a vários estudos para se examinarem os fatores que influem na tomada de decisão do médico ao encaminhar alguém ao especialista.

Não acreditamos que investigações largamente baseadas em variáveis quantitativas possam abarcar e explicar todo o dinamismo atuante em cada situação de encaminhamento médico ao psiquiatra. Isso enfatiza a necessidade de o psiquiatra que trabalha em ambulatórios e hospitais gerais se preocupar com as circunstâncias do encaminhamento e motivações

do médico que o efetua, de estudar não só os problemas dos pacientes, mas as razões conscientes e inconscientes que seus colegas médicos têm para encaminhá-los ou não.

Se formos além da questão de números e diagnósticos, encontraremos no encaminhamento ao psiquiatra um caminho para a compreensão de muitos aspectos da relação que se estabelece entre médicos, pacientes, especialistas e instituição, como também da relação do médico consigo próprio.

Encaminhamentos ao psiquiatra contêm mais do que olhos apressados podem ver. Um antropólogo social, por exemplo, ficaria tentado a conceber a totalidade do processo de encaminhamento como um ritual de cura que se tornou parte integrante de nossa cultura. Visto assim, o encaminhamento ao especialista preencheria um propósito social, independente dos aspectos racionais nele envolvidos (KIEV, citado por KAESER & COOPER, 1971).

Encaminhamentos são parte de um contínuo fluxo de pacientes para dentro e para fora da vida de um médico, e esse movimento é importante para lhe dar um sentido de identidade e para suas defesas contra a ansiedade. Os médicos valem-se do encaminhamento de diferentes maneiras, por vários motivos, e isso influi no momento de se escolher para quem determinada pessoa será encaminhada (BOURNE, 1976).

Recebendo, ou fazendo encaminhamentos, o médico vai definindo o que quer e do que pode (suporta) tratar. Quando manda um paciente ao psiquiatra, supostamente já está definido um "caso psiquiátrico". Mas lembremos que a questão de se definir quem é sadio e quem é doente envolve muitas ambigüidades e é ativamente negociada entre quem tem os sintomas e seu médico, dentro de vários contextos: cultural, econômico, familiar e institucional. O anormal, portanto, deve ser avaliado nessa relação estabelecida entre tantos fatores, e o diagnóstico de um "caso encaminhado" não deve se limitar ao paciente-caso, deve ser situacional.

BALINT (1973) toma as dificuldades que levam o médico a pedir ajuda ao especialista sob um ponto de vista psicológico, considerando-as como crises de confiança que surgem na relação médico-paciente. Podem estar

abaladas a confiança do médico em si mesmo, ou a do paciente em seu médico. Para o autor, no encaminhamento ao especialista encontrar-se-ia a repetição da relação mestre-aluno, onde o médico é tomado por sentimentos de respeito e admiração por um lado, de hostilidade e inveja por outro.

No campo institucional, FERRARI & COLS., (1977) lembram que a tarefa dos serviços de psiquiatria em hospitais gerais orientou-se inicialmente “para fora”, quer fazendo seleção e distribuição de pacientes para hospitais psiquiátricos, quer através de atendimento ambulatorial. Com a ação da interconsulta, a tarefa do psiquiatra voltou-se “para dentro” da instituição, assistindo a assistência, auxiliando o médico.

A própria “filosofia” do que, no princípio, era entendido como uma consulta comum orientada para o paciente, envolvendo pouco ou nenhum contato com a equipe de saúde, mudou muito. Considera-se que os pedidos de interconsulta aparecem em situações de conflito não suficientemente explicitados, implicando, em maior ou menor grau, o paciente, seu médico e a instituição onde se encontram. Através de um *diagnóstico situacional* levam-se em conta tanto as dificuldades da relação médico-paciente, quanto os aspectos da instituição (com suas normas explícitas e implícitas) que interferem no modo de adoecer e na assistência aos enfermos.

A interconsulta passou a ser entendida como uma relação triádica, envolvendo aspectos transferenciais e contratransferenciais do paciente, de seu médico e do especialista chamado em consulta. MARTINS (1984) pontua como no, campo dinâmico da interconsulta, esses aspectos podem ser utilizados pelo consultor como instrumento de avaliação e de orientação da ação. MELLO FILHO (1983) alerta para o que pode estar oculto sob a “neutralidade” das palavras que solicitam o parecer psiquiátrico: não apenas uma falta de capacidade técnica do médico para lidar com problemas psicológicos de seus pacientes, mas também, freqüentemente, dificuldades de caráter contratransferencial.

Situações que desencadeiam a solicitação de avaliação psiquiátrica dentro do espaço institucional trazem, também, elementos da organização da equipe de profissionais e da instituição que interferem sobremaneira na ta-

refa assistencial. Pode-se detectar uma série de mecanismos psicológicos subjacentes ao funcionamento da equipe, como problemas de ciúme, rivalidade, competição, bem como aspectos positivos de identificação, respeito e coesão grupal (MELLO FILHO, 1983). Por meio dos pedidos de interconsultas pode-se, assim, fazer uma leitura analítica da instituição. "Cada interconsulta é uma verdadeira radiografia institucional, que revela aspectos não explicitados de seu funcionamento e organização" (FERRARI, LUCHINA & LUCHINA, 1979, p.26).

O estudo dos encaminhamentos ao psiquiatra dentro de um referencial compreensivo amplia nossa visão de vários aspectos que atuam na assistência médica, abrindo um novo campo de investigação de interesse multidisciplinar.

CAPÍTULO TERCEIRO

III. Objetivos	66
----------------------	----

III. OBJETIVOS

No capítulo I, reunimos algumas evidências que apontam o alto grau de morbidade psiquiátrica na população que busca os ambulatórios e hospitais gerais. Talvez morbidade nem seja a melhor palavra para definir a variedade de situações em que um profissional de saúde mental, trabalhando nesses locais, pode atuar. Tal fato nem sempre é reconhecido por muitos médicos, que, ou dão menos importância aos problemas que fogem da área somática, ou então, sentem-se pouco à vontade para lidar com aspectos psiquiátricos de seus pacientes. Abrem-se várias possibilidades de trabalho conjunto, mas não podemos afirmar que sempre haja concordância entre os anseios dos psiquiatras e dos médicos não psiquiatras.

Sabe-se que o psiquiatra pode ser útil, mas ainda é necessário encontrar o melhor caminho para isso e apresentarem-se os resultados. O contorno de seu novo campo de ação deve ser delineado após conhecermos as dificuldades dos médicos, compartilharem-se experiências e compreendermos os conflitos decorrentes dessa nova convivência. Há que se buscar uma linguagem comum, a começar pelos termos que usamos para descrever grande parte dos pacientes que procuram a instituição assistencial, bem como compreender os diferentes sentidos que adquirem no vocabulário médico termos cunhados pelas ciências psicológicas. Para sabermos o que o psiquiatra pode fazer, o que dele é esperado, é bom que, antes, tratemos de conhecer o que os médicos fazem sem precisar dele, descobrir o que está acontecendo por trás das rotinas do hospital, como lidam os médicos com certos pacientes que, às vezes, mantêm em comum, ou que, no mínimo, entram na instituição pela mesma porta.

Vimos que uma atitude possível dos médicos diante de pacientes com problemas psicossociais é rotular e encaminhá-los ao psiquiatra. Outras

vezes, não: os médicos mantêm consigo casos tão ou mais graves do que outros que são encaminhados. Pouco se sabe a respeito de como o processo de encaminhamento se opera, e como se interrelacionam aspectos do médico, do paciente e da instituição onde ele acontece.

Ao longo do capítulo II percorremos diversos caminhos tomados por pesquisadores ao tentarem isolar grupos de fatores, medindo-lhes a importância, no encaminhamento ao psiquiatra. As diferentes saídas metodológicas para se aproximar do problema puderam oferecer apenas resultados inquietantes. Investigado um grupo de fatores, resta a força imponderável do que ficou fora dos limites da investigação. Ao final de cada leitura sempre fica a impressão de que há uma combinação de condições relacionadas ao paciente, ao médico e ao tipo de atendimento que exercem ações variáveis em cada situação considerada. Ou seja, a riqueza do dinamismo atuante em cada situação desaconselha métodos reducionistas.

Entender o dinamismo do processo de encaminhamento é um fator importante na execução do serviço, na superação de resistências e idiosincrasias ao trabalho do psiquiatra. A própria avaliação da eficiência de um serviço pede antes que entendamos esse processo pelo qual o psiquiatra atrai ou não encaminhamentos. Esse entendimento passa pelo estudo da imagem do psiquiatra junto a seus colegas médicos, pois as resistências podem estar dirigidas contra ele; passa também pelo dimensionamento da distância entre expectativas e serviços evidentemente possíveis de serem prestados pelo psiquiatra no hospital geral.

Outra necessidade é que possam ser conhecidas, além da problemática de um paciente identificado, as razões e motivações para o encaminhamento, procedendo-se a um diagnóstico situacional. Para isso temos que ir até o médico e conhecer não somente situações de encaminhamento, mas o que ele não encaminha, decidindo tratar sozinho. Pois nem todas as dificuldades são encaminhadas, e o que chegarmos a concluir apenas com casos efetivamente recebidos pelo psiquiatra poderá estar distorcido por vícios na amostra de encaminhamentos.

Tendo-se em vista as considerações anteriores, na presente investigação

teremos por objetivos:

1. Descrever e compreender dificuldades dos médicos não-psiquiatras de um hospital geral de ensino, principalmente na esfera emocional, ao lidarem com situações e pacientes do dia-a-dia.
2. Procurar os sentidos possíveis de certos termos usados pelos médicos não-psiquiatras, ao se referirem a pacientes com problemas psiquiátricos.
3. Detectar e compreender situações em que os médicos decidem encaminhar seus pacientes a um psiquiatra.
4. Compreender o *modus operandi* do processo de encaminhamento ao psiquiatra que ocorre no contexto de um hospital geral de ensino.

CAPÍTULO QUARTO

IV. Metodologia	71
IV.1 - A escolha de um método	71
IV.2 - A construção do instrumento	78
IV.3 - Participantes do estudo	81
IV.4 - A entrevista operacionalizada	83
IV.5 - Limites e imperfeições	87
IV.6 - Organização e apresentação dos dados	90

IV. METODOLOGIA

IV.1 A ESCOLHA DE UM MÉTODO

A metodologia predominante nas ciências naturais tem sido a abordagem teórico-formal, envolvendo *observação* (técnica empírica), formulação e teste de *hipóteses* (experimentação) e a construção de uma teoria, conduzindo a *leis*. A ciência, em termos clássicos, tem como finalidade: descrição, explicação, predição e controle dos fenômenos naturais. Segundo BACHRACH (1975), ela “parte da afirmação básica de que os eventos na natureza (incluindo o comportamento) são ordenados, obedecem a leis e de que o objetivo de um cientista é buscar a ordem e a similaridade” (p.25).

A observação, nesse sentido, é a pedra fundamental da ciência: observação que possa ser repetida, em condições experimentais controladas, com resultados replicáveis e sem a interferência do investigador. Para um conhecimento objetivo dos fatos naturais, o estudioso deveria se abster de participar do cenário, excluindo-se do campo de observação. Idealmente, nem pensamento deveria existir durante a coleta de dados, a fim de não os distorcer. Nem pensamento, nem afeto, um mal maior.

Em seus primórdios, a psicologia não se distanciou desse modelo. Seus investigadores do final do século XIX e primeiros decênios deste esforçavam-se por torná-la o mais objetiva possível, aproximando-a das chamadas ciências naturais. O método experimental em psicologia consistia em oferecer ao indivíduo-objeto, colocado em condições definidas, determinados

estímulos ou excitações, registrando-se, então, suas reações: “não só o *quanto*, mas também o *quando* e o *como* dos efeitos observados”, segundo NOBRE DE MELO (1981, p.31), referindo-se à chamada Psicologia dos Estados da Consciência, de Wilhelm Wundt.

Tal método só foi considerado adequado ao estudo de processos psicológicos elementares e reações psicofisiológicas. Segundo VYGOTSKY (1984), o próprio Wundt reconheceu que sua metodologia não permitia o estudo de funções corticais superiores. Acrescentaríamos que um método pautado na descrição e explicação de fenômenos circunscritos à percepção não poderia revelar as relações de significação subjacentes aos fenômenos psicológicos. Além disso, o estudo da vida mental não pode se limitar ao que está consciente.

O interesse da psiquiatria nessa época estava voltado para as perturbações mentais graves, notadamente para as psicoses. “As neuroses, isto é, as desarmonias praticamente limitadas aos sofrimentos íntimos, aos sentimentos (e por isso mesmo de muito menor exteriorização), eram relegadas ao plano secundário” (PERESTRELLO, 1982, p.22). Faltava, pois, metodologia que aproximasse o homem desse “sofrimento íntimo”, menos exteriorizado, um objeto que, digamos assim, encontrava-se menos acessível àqueles investigadores e instrumentos.

Quando comecei a me interessar pelas dificuldades dos médicos ao lidarem com problemas emocionais de seus pacientes (ou pela relação médico-paciente), procurava esse elemento (objeto) sutil, escondido: a vivência do psíquico, o sentimento, bem como as diferentes maneiras de se lidar com isso. Com tal finalidade em mente, a observação de variáveis escassas, quantificáveis através de escalas, questionários e outros instrumentos, tratamento estatístico dos dados, etc., seriam de valor limitado. Por outro lado, a observação direta de alguns colegas médicos na situação de contato com seus pacientes, embora interessante, seria custoso, se não impossível. Além do mais, lá estaria eu (observador), e minha metodologia, interagindo, roubando dos fatos sua “naturalidade”. Haveria então, de chegar a uma metodologia que, antes de propiciar qualquer verdade absoluta, estivesse em consonância com o jeito de ser do investigador e que permitisse

descobrir os conflitos e motivações inconscientes que dão sentido à conduta humana.

No início do século, o objeto já estava presente, dado. A psicologia de então prendia-se à observação e à classificação de fenômenos da consciência, dentro de um modelo explicativo-causal. Dentro do referencial teórico utilizado, não se prestava ao estudo de objetos que não estivessem presentes, claramente perceptíveis ao observador.

PASTERNAC (1987) observa, acertadamente a nosso ver, que a aplicação de um método da ciência biológica aos fenômenos psicológicos produziu resultados não científicos e ideológicos, se, se pretender fazê-los passar por uma explicação e compreensão do psíquico.

Tal situação modificou-se substancialmente com as idéias nascidas da Psicologia Compreensiva, entendida esta como desenvolvimento do método fenomenológico, e com o advento da Psicanálise:

JASPERS (1979) defendeu a Psicologia Compreensiva, ao mesmo tempo em que manifestou um cuidado meticuloso com a metodologia utilizada. Procurou delimitar o espaço onde se moveria, a fim de apreender e descrever a vivência psíquica a partir da expressão individual, compreendendo-a. Opõe-se ao preconceito proveniente das ciências exatas, vigente na psicologia da época, de que tão somente constatações quantitativas eram investigações científicas e de que as qualitativas sempre seriam subjetivas e arbitrárias.

“Só se queria admitir como objeto de investigação o que se pudesse perceber com os sentidos. De fato são muito valiosas as investigações dos fenômenos do rendimento e da produção somática. Não obstante, só se pode chegar ao psíquico, representando-o diretamente. Pois é sempre algo qualitativamente específico. Exceto na expressão, nunca se pode percebê-lo de maneira diretamente sensível. Isso é evidente. Essa evidência

traz como consequência que toda psicopatologia, desejosa de ater-se exclusivamente ao que é acessível aos sentidos, será necessariamente uma psicologia sem o psíquico” (JASPERS, 1979, p.33).

Encontramos, ainda, no referido texto, o autor preocupado com a construção de um objeto de estudo, ao declarar que a “alma”, em si, não pode ser considerada objeto; e passa a refletir sobre a necessidade de torná-la objeto através daquilo em que ela se mostra perceptível: nos fenômenos somáticos, no comportamento, ações, na linguagem, nas obras, nas vivências. Mas adverte: “sem dúvida podemos tornar a alma objetiva através de imagens e comparações. De fato, porém, continuará sendo o horizonte (*das Umgreifende*) que não se torna objeto, mas a partir do qual todos os fatos particulares objetivados nos apresentam” (p. 21).

Para a psicologia compreensiva ou “humanista” o estudo da conduta humana requer “um método não estatístico, senão qualitativo, intuitivo e artístico” (LAGACHE, 1985, p.24).

Partindo de suas investigações iniciais com pacientes histéricas, Freud se aproximou (e nos aproximou) desse objeto, localizando-o no inconsciente dinâmico. A operacionalização de conceitos como “associação livre”, “atos falhos”, “resistência” e “transferência”, bem como a “análise dos sonhos”, em muito enriqueceram o método da observação clínica (FREUD, 1916-17).

Ainda que estivesse seu criador preocupado, inicialmente, em mantê-la dentro do âmbito das ciências naturais, obedecendo a critérios explicativo-causais, a psicanálise trouxe um método novo para se compreender o comportamento humano, um “modo de pensar psicanalítico”. Não se trataria mais de descrever e classificar sinais e sintomas tão somente, mas sim de dar-lhes um significado que iria além do manifesto, compreendê-los.

A esse respeito, PERESTRELLO (1982), recorrendo a Dilthey, lembra que nas ciências humanas são mais importantes as relações de sentido e

significado. Enquanto nas ciências naturais os fenômenos são captados pela percepção sensorial, nas ciências humanas o mundo é apreensível pela “percepção interna” e reflexão:

“...quando se estuda o homem como ser biológico, sob o ângulo naturalista, *explicamo-lo*, e quando sob o ângulo das ciências culturais, *compreendemo-lo*. As relações de significado são relações *compreensíveis*, sem explicações causais; e em Psicologia, para se compreender, há de existir uma relação de *empatia*, uma relação humana, na qual haja ressonância das vivências do *Outro*. Assim, para que se estabeleça o *encontro* eficaz, é preciso haver uma *convivência* e, até certo ponto, simpatia, empregada esta palavra em seu sentido etimológico (sofrer com). O homem não será, então, estudado como uma coisa, um objeto. Não é ao *ser-objeto* que desejamos chegar, mas ao *ser-sujeito*.” (pp. 46-47)

Fui, assim, levado pela minha vivência, e respaldado pelas idéias precedentes, me aproximando do método clínico para conhecer um pouco mais dos médicos ao lidarem com problemas emocionais em seus pacientes ao encaminharem para um psiquiatra, etc.

Entendemos por método clínico em psicologia a aplicação de uma série de recursos estabelecidos sobre bases teóricas e práticas, que visam a objetivos diagnósticos e à produção de conhecimentos científicos: anamnese, observação, aplicação de testes psicológicos, entrevista com o paciente, sendo esta última um instrumento fundamental do método (TRINCA, 1984).

Por meio de uma entrevista, poderia, então, solicitar aos médicos que eles próprios se constituíssem em seus observadores. Haveria, ainda, um

detalhe peculiar (e capital na escolha do método): pelo fato de os entrevistados me conhecerem como psiquiatra, a relação que mantivessem comigo (e tudo o que acontecesse no contexto da entrevista) não deixaria de ser uma medida de como se relacionavam com o psíquico, neles e/ou na prática médica.

“...as condições naturais da conduta humana são as condições humanas... Toda conduta se dá sempre num contexto de vínculos e relações humanas, e a entrevista não é uma distorção das pretendidas condições naturais e sim o contrário: a entrevista é a situação ‘natural’ em que se dá o fenômeno que precisamente nos interessa estudar: o fenômeno psicológico. Desta maneira o enfoque ontológico e gnosiológico coincidem e são a mesma coisa.” (BLEGER, 1980, p. 19)

Com tal metodologia, poderia navegar pelo intersubjetivismo das entrevistas sem desprezar o emocional, não me tornando um observador distante e frio. Meus sentimentos e emoções não seriam um produto espúrio da investigação; seriam, ao contrário, dados de valor.

A contingência (e porque não, também, necessidade do pesquisador?) de se exigir respeito com o emocional não se encontra apenas no campo da investigação psicológica. Da mesma forma, em outras áreas das ciências humanas uma série de elementos subjetivos surgem justamente do aspecto relacional embutido na pesquisa.

Por exemplo, em um artigo onde procura olhar criticamente as rotinas de pesquisa em Antropologia, MATTA (1978) descortina um “outro lado” do ofício do etnólogo e a necessidade de valorizá-lo:

“Seria possível dizer que o elemento que se insinua no trabalho de campo é o sentimento e a emoção. Estes seriam, para parafrasear Lévi-Strauss, os hóspedes não convidados da situação etnológica. E tudo indica que tal intrusão da subjetividade e da carga afetiva que vem com ela, dentro da rotina intelectualizada da pesquisa antropológica, é um dado sistemático da situação (...) Tais relatos parecem sugerir, dentre os muitos temas que elaboram, a fantástica surpresa do antropólogo diante de um verdadeiro assalto pelas emoções.” (p. 6)

Ao longo do referido artigo, o autor contrapõe-se à inclusão desse material “num lado obscuro do ofício” do antropólogo, às custas de um “provável temor infantil de revelar o quanto vai de subjetivo nas pesquisas de campo”. Permite-se, então, revelar, com sabor, trechos do diário que escrevera durante uma pesquisa de campo entre os índios Apinayé, confessando-se, igualmente a outros colegas, “de algum modo envolvido e capaz de envolver seu informante” (p. 7).

IV.2 A CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO

Elaborou-se uma entrevista semi-estruturada, contendo dez questões abertas:

- 01 Sexo, ano da graduação em Medicina, especialidade.
- 02 Quais as principais dificuldades em relação aos pacientes que você atende diariamente?... emocionais?
- 03 Como você lida com esses problemas?
- 04 Dentre esses pacientes, quem você encaminha para um profissional de saúde mental?
- 05 Para psicólogo ou psiquiatra? Você vê diferença?
- 06 Qual foi o último caso encaminhado?
- 07 Quais as dificuldades no relacionamento com o psiquiatra, como você o vê?
- 08 O que você sente quando atende pacientes com problemas emocionais?
- 09 Há uma lista de termos que os médicos costumam usar. Na sua opinião, o que eles querem dizer, o que é mais marcante em uma:

pessoa nervosa	pessoa hipocondríaca
pessoa deprimida	pessoa histérica
pessoa que somatiza	pessoa poliqueixosa
distúrbio de comportamento	
- 10 Há alguma coisa a mais que você gostaria de comentar em relação ao assunto da entrevista?

Esta não foi a forma nem a sequência das questões testadas previamente com seis médicos (3 docentes e 3 residentes) no estudo-piloto. Nos próximos parágrafos procurarei sintetizar como se chegou a elas:

Meu envolvimento com cursos de Psicologia Médica na graduação, a coordenação de grupos Balint com alunos, docentes e residentes, bem como a atuação no Serviço de Interconsultas do hospital, colocaram-me diante das dificuldades do médico com o “psicológico”. Pude observar, entrelaçadas, suas necessidades e suas barreiras ao falarem sobre o assunto. Isso propiciou-me as idéias (e um jeito) do que (e como) perguntar.

Cuidei para que a ordem das questões fosse “aquecendo” aos poucos o tema da entrevista. Assim foi que, no estudo piloto, a questão nº 2 era: “quais as principais *dificuldades emocionais* que você sente diante dos pacientes que atende diariamente?”. E não deu muito certo. A opção por: “Quais as principais *dificuldades* em relação aos pacientes...” revelou-se melhor e foi adotada. A retirada do termo “emocionais” do lado de “dificuldades” permitiu que o entrevistado fosse se abrindo devagar, falando de coisas “de fora”, inicialmente. Ficou para o fim da resposta a minha insinuação quanto a “...*dificuldades emocionais*”.

O verbo “lidar” (questão 3) foi um achado valioso. Substituíu “tratar”, este último com conotação mais específica, lembrando mais o procedimento estritamente terapêutico. “Como você *lida*...” permitiu estender a conversa, conhecer melhor as atitudes tomadas pelos médicos em certas ocasiões.

O estudo-piloto tirou “psiquiatra” da questão 4 e colocou “um profissional de saúde mental”, tendo em vista a presença crescente de psicólogos na instituição. A questão 5 veio em consequência dessa modificação.

Algumas perguntas conservaram seu caráter amplo (questões 7 e 8, por exemplo). Visavam mais a sondar, esboçar um perfil, contribuir para um conjunto.

A inclusão da questão 9 (lista de termos psiquiátricos comumente usados pelo médico) está ligada a um levantamento realizado anteriormente

por este autor sobre o que se encontra escrito nos encaminhamentos ao psiquiatra. Após examinar 196 cartas de encaminhamento de pacientes ao Ambulatório de Psiquiatria de Adultos e 64 pedidos de interconsultas psiquiátrica para pacientes internados no HC-UNICAMP, ao longo de sete meses de 1986, chegou-se a uma lista de termos mais utilizados nesses encaminhamentos.

A elaboração da questão 9 considerou a freqüência com que certos termos apareceram nos encaminhamentos e a suposta dificuldade dos entrevistados em delimitar-lhes o conceito. A lista teve que ser restringida, a fim de não se alongar demais o tempo de entrevista.

No estudo-piloto a lista de termos foi precedida pela seguinte pergunta: "O que é mais marcante em...?" A reação dos seis entrevistados denotou certa apreensão, possivelmente por se sentirem argüidos. Procuramos, então, alterar a forma de expor a questão, justificando um pouco mais a origem da lista de termos, sugerindo ao entrevistado que falasse sobre "o que os médicos querem dizer" ao utilizá-los. Esta modificação facilitou as respostas e desincentivou tentativas de "teorização" sobre os termos. Nesse sentido, ao finalizar a entrevista, pedíamos aos médicos que se abstivessem de comentá-la com seus colegas (estes poderiam "se preparar" para responder às questões, indo buscar definições nos livros).

As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas. O trabalho de campo estendeu-se de julho a outubro de 1987.

IV.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

O método clínico teve sua origem no “estudo de caso”, no qual um paciente era avaliado profundamente “em seu leito” (*clinos = leito*). O conceito de clínico desenvolveu-se, compreendendo hoje a totalidade da condição existencial do indivíduo. Investigações que utilizam o método clínico podem estudar um ou vários indivíduos, sem a preocupação em determinar se a pessoa, ou o conjunto de pessoas relacionadas é representativo da totalidade da população. Dá-se mais importância à individualidade que à generalização.

Na presente investigação “emprestamos” do método estatístico a maneira de definir os participantes: 20 médicos docentes e 30 médicos residentes foram sorteados entre os 191 docentes e 146 residentes dos departamentos de cirurgia, clínica médica, neurologia, oftalmo-otorrinolaringologia, ortopedia e tocoginecologia, da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, de acordo com listagem de junho de 1987. Embora tal procedimento pudesse conduzir a algo próximo de uma amostragem proporcional, não nos ocupamos com a representatividade desta em relação à população total de médicos docentes e residentes.

Os departamentos selecionados são responsáveis pelos serviços que atendem a maioria dos pacientes adultos que procuram o Hospital das Clínicas da UNICAMP. A tabela 3 traz, para cada departamento, o número total de docentes e residentes e o número de participantes do estudo:

Número de Docentes e Residentes	Docentes		Residentes	
	Departamento	Estudo	Departamento	Estudo
Cirurgia	38	04	26	05
Clínica Médica	76	07	50	10
Neurologia	12	02	13	03
Oftalmo- Otorrinolaringologia	18	02	20	04
Ortopedia	09	01	09	02
Tocoginecologia	38	04	28	06
Total	191	20	146	30

Tabela 3 - Número de docentes e residentes pertencentes a departamentos da Faculdade de Ciências Médicas da - UNICAMP e números de participantes do estudo.

IV.4 A ENTREVISTA OPERACIONALIZADA

A inclusão deste item deve-se à necessidade de definir cientificamente o que entendemos por entrevista, enquanto instrumento de investigação psicológica.

BLEGER (1980) afirma que a entrevista é operacionalizável. Seria ela para o psicólogo, o que o tubo de ensaio é para o químico:

“... a ‘arte da entrevista’ foi reduzida em função de uma sistematização das variáveis, e é esta sistematização que possibilita um maior rigor em sua aplicação e resultados. (...) O estudo científico da entrevista (a pesquisa do instrumento) tem reduzido sua proporção de arte e incrementado sua operacionalidade e utilização como técnica científica” (p.13).

Quanto a o que observar, BLEGER (1980), enfatiza a tentativa de se abarcar o *comportamento total* do indivíduo. Refere-se a esse comportamento total como um todo o que recolhemos aplicando nossa função de *escutar*, porém também nossa função de *vivenciar* e *observar* em todo o curso da relação estabelecida durante a entrevista.

Ao longo deste estudo, mantive-me atento a todos os detalhes do contexto das entrevistas, procurando encontrar nos dados brutos o máximo de significação: desde o momento em que me apresentava aos médicos, expondo-lhes meus objetivos, solicitando um horário para conversarmos.

Depois, atento a seus titubeios, brincadeiras, gestos, consciente que estava de que a natureza puramente verbal de suas respostas refletiam apenas parte de seu comportamento real... Até os momentos finais, com os desabaços, a lembrança de um paciente difícil, ou com a solicitação de informação sobre psicoterapia. É essa observação clínica da conduta dos entrevistados que permite a formulação de hipóteses, bem como sua verificação (LAGACHE, 1985).

Chegando ao como proceder, parece-nos imprescindível a passagem pela concepção blegeriana de *campo relacional* da entrevista, no qual, assim se espera, possam aparecer e influir em maior grau as variáveis que dependam do entrevistado. Para tanto, outras variáveis que poderiam interferir no campo relacional devem ser fixadas: local e tempo das entrevistas, atitudes e objetivos do entrevistador. É o que se conhece com o nome de *setting* ou *enquadramento*, que, em si, já é uma espécie de estímulo padronizado oferecido ao entrevistado (BLEGER, 1980).

Em meio à vida atarefada dos médicos não foi uma tarefa fácil a manutenção de um *setting*, em termos de local e tempo de entrevista. Após concordarem em participar do estudo, combinávamos um local e horário. Um local que oferecesse privacidade e um mínimo de silêncio, o que nem sempre nos livrou de interrupções e de dificuldades com a gravação em fita cassete. Tive também que ser flexível quanto ao cumprimento de horário, já que muitos colegas, quando procurados, encontravam-se ocupados. Se avisado, eu esperava ou marcávamos um novo horário. Este último procedimento também foi adotado com os faltosos. A ausência destes no local e horário combinados para a nova entrevista foi um critério de exclusão do estudo. Não me preocupei com a duração das entrevistas, muitas delas se transformariam em "bate-papo", com o gravador desligado. Procurei anotar, logo em seguida, o conteúdo verbal e não-verbal dessas conversas.

Até aqui falou-se do estabelecimento de alguns limites para a realização da entrevista onde não deveria existir *ambigüidade*. Por outro lado, é justamente esta última palavra a que BLEGER (1980) utiliza para nos aconselhar quanto ao que se deve oferecer ao entrevistado, permitindo que o campo da entrevista se configure principalmente pelas variáveis da personalidade

daquele. Questões abertas, respeitando-se o silêncio em alguns momentos, procurando demover as barreiras da comunicação em outros. Uma postura de neutralidade, evitando forçar respostas. Incentivo discreto, deixando-se conduzir, evitando sugestões.

Nesse contexto deve ser esperado o surgimento de fenômenos transferenciais e contra-transferenciais, encontráveis nas várias condições relacionais humanas, incluindo a situação de entrevista.

O fenômeno da transferência está o tempo todo atuando na entrevista, permitindo que o entrevistado atualize com uma figura do presente (entrevistador) sentimentos, atitudes e condutas inconscientes que correspondem a vivências que tivera no passado com figuras primárias, principalmente de seu meio familiar. Assim, durante a entrevista, o entrevistado fornece, em modo relacional, aspectos inconscientes de sua vida, atribuindo papéis ao entrevistador e se comportando em função dos mesmos. Esses aspectos, revelados através da transferência, acabam trazendo uma ampliação da compreensão da estrutura da personalidade e dos conflitos do entrevistado, o que nunca seria alcançado se nos ativéssemos à idéia de que nada ocorre numa entrevista além de questões e respostas objetivas (BLEGER, 1980).

Quanto ao conceito de contratransferência, encontram-se grandes variações, pois alguns entendem por contratransferência “tudo o que, da personalidade do analista, pode intervir no tratamento, e outros limitam a contratransferência aos processos inconscientes que a transferência do analisando provoca no analista” (LAPLANCHE E PONTALIS, 1985, p. 147).

Desde os trabalhos de Freud, duas idéias norteiam a concepção de contratransferência: a) de que esta seria um obstáculo, à análise, incluindo indiossincrasias e componentes patológicos do analista; b) ao mesmo tempo, constituiria um valioso instrumento de pesquisa do inconsciente do paciente e fonte de *insights* na terapia.

As primeiras afirmações quanto ao valor positivo da contra-transferência foram feitas por RACKER (1953) e HEIMANN (1950). “O inconsciente do analista entende o de seu paciente. Esta relação em nível profundo aparece

na superfície sob forma de sentimentos em resposta ao paciente, e que o analista reconhece em sua contratransferência” (HEIMANN, 1950, p. 82).

Nos dias de hoje muitos psicanalistas vêem a contratransferência como um evento normal, natural e interpessoal, numa convergência e integração dos campos intrapsíquico e interpessoal de observação. Deixou-se de esperar a supressão do *self* do terapeuta, que passou a ser visto como co-participante genuíno em um processo de interação (EPSTEIN & FEINER, 1979).

Na concepção de BLEGER (1980), autor em cuja teoria da técnica da entrevista nos baseamos, a contratransferência inclui todos os fenômenos que aparecem como emergentes do campo psicológico da entrevista. Os sentimentos contratransferenciais dependem em alto grau da história pessoal do entrevistador, mas, se aparecem em dado momento da entrevista, é porque existem fatores que agem para que isso aconteça. A contratransferência não é uma percepção em sentido estrito, mas sim um indício de grande significado para a observação e compreensão por parte do entrevistador.

Acredito ter tomado cuidado quanto à análise de meus sentimentos contratransferenciais, através de supervisões contínuas sobre o que ia se passando durante a realização das entrevistas. Não poderia ser diferente, quando se utiliza uma técnica que só pode ser aprendida por experiência, sob orientação e supervisão. Não adiantam os livros somente.

IV.5 LIMITES E IMPERFEIÇÕES

Afirmar a validade científica do método clínico pode significar entrar numa longa polêmica epistemológica sobre o conhecimento do singular, algo aparentemente irreconciliável com uma visão da ciência que exige a generalização das asserções.

Em resposta a esta questão, LAGACHE (1985) sustenta a importância de se aprofundar o conhecimento sobre os casos que constituem um exemplo do que se encontra mais freqüentemente na população, assim como o inverso disso, a generalização, é aplicável, ainda que indiretamente, a casos isolados.

Outra crítica que se faz ao método clínico é que ele iria além da observação da conduta, tentando dar ao observado um sentido, não raramente assentado em motivações inconscientes. KLIMOVSKY (1987) analisa este mesmo aspecto epistemológico presente na interpretação psicanalítica: “uma interpretação é uma espécie de teoria em miniatura a respeito do que há por trás de um fenômeno manifesto.” (p. 270)

O que se procura, afinal, é separar a metodologia científica do que seria uma prática ideológica. O que pensamos a esse respeito é que, além da vivência pessoal, emoção, habilidade e arte, o investigador carrega para a entrevista as concepções da teoria por ele abraçada. Isto é inevitável. Enxergará os fatos segundo um esquema referencial particular, o que ligará, de forma indissociável, método escolhido e dados observados. Assim, o material coletado revelará apenas um aspecto delimitado da realidade, e não a realidade em si, total. Também será pensado segundo uma teoria:

“Tais *pressuposições* são as idéias matrizes, a alma e a existência

do pesquisador. Devem ser aprofundadas e esclarecidas. É necessário admiti-las. Nunca constituem as razões da exatidão de um conhecimento, mas a origem de sua verdade e de seu caráter essencial.” (JASPERS, 1979, p. 34)

Com relação ao objeto a ser estudado: se o homem fosse inanimado, poder-se-ia esperar que ele se comportasse como um relógio (supõe-se que um bom relógio marque a hora certa e que o faça de modo contínuo). Ficaria fácil aferir se sempre estaria medindo, sem variações, o tempo verdadeiro. Talvez não continuaria sendo tão problemático fazer afirmações quanto à validação (se realmente mediu-se aquilo a que se propôs), ou quanto à fidedignidade de um instrumento de medidas (replicação de valores em diferentes lugares, momentos, por vários pesquisadores...).

Veêm-se logo as dificuldades concernentes à validação e à fidedignidade (“replicabilidade”) dos dados obtidos em entrevistas, pois muitos critérios são, “por si próprios não replicáveis e de validade duvidosa, como por exemplo, avaliações de professores, ou diagnósticos psiquiátricos. Além do mais, em grande número de situações, não se dispõe de critérios – uma resposta ‘verdadeira’ simplesmente não existe” (OPPENHEIM, 1966, p. 70). Portanto, o problema é se existe uma resposta *verdadeira* e que seja relativamente *estável*, quando avaliamos sentimentos e atitudes:

“Nosso pensamento em relação à natureza das atitudes tem sido um tanto primitivo. Na maior parte do tempo tendemos a percebê-las como em linhas retas, indo de um polo positivo, passando por um neutro, até chegar a um polo negativo de sentimentos em relação a um objeto ou assunto em questão. (...) Não existem provas, entretanto, de que esse modelo de *continuum* linear seja necessariamente correto, embora ele possa tornar as coisas mais fáceis quando se tenta fazer medições. Pelo que

sabemos, as atitudes podem ser concebidas mais como círculos concêntricos, ou elipses sobrepostas, ou, ainda, como nuvens em formações tridimensionais". (OPPENHEIM, 1966, p. 107)

Além do mais, o fato de estarmos em busca de sentimentos e atitudes dos médicos levou-nos a depositar considerável valor em titubeios, reações imediatas, brincadeiras e expressões faciais que nem sempre eram condizentes com a resposta formal subsequente. Estamos conscientes de que nessas reações momentâneas intervêm muitos fatores, não raramente inalcançáveis pelo investigador em uma análise individual. Mas a repetição dessas atitudes em várias entrevistas permitiu-nos a elaboração de algumas hipóteses gerais.

Segundo KOHUT (1980), em psicologia profunda não podemos demonstrar nossas afirmações com provas advindas da pura observação sensorial do mundo externo, como geralmente acontece na Física e Biologia, por exemplo. Mas esse autor acrescenta que a investigação científica em Psicanálise pode ser válida, pois: "1 - a compreensão empática a respeito da experiência de outros seres humanos é uma capacidade humana tão básica quanto a visão, audição, tato, gustação e olfato, e 2 - a Psicanálise pode superar os obstáculos que se levantam no caminho da compreensão empática, tais como outras ciências dominaram o uso de meios de observação superando obstáculos: os órgãos sensoriais, incluindo sua extensão e refinamento através de instrumentos." (p.107)

A "replicabilidade" dos dados, quando utilizamos o método clínico, fica igualmente prejudicada pois lidamos com opiniões e intuições e não diretamente com fatos; com idéias qualitativas e não quantitativas, a partir de questões abertas, cujas respostas envolvem memória e disposição para falar sobre assuntos embaraçosos, muitas vezes.

Apesar de seus limites e imperfeições, julgamos ser o método clínico aquele que mais tem permitido avançar no campo da Psicologia Médica.

IV.6 ORGANIZAÇÃO E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Após 50 entrevistas com respostas abertas, como organizar e apresentar todo esse material? A utilização de questões com respostas abertas deixa o entrevistado mais livre para se expressar e nos dá mais pistas de como ele pensa. Em contrapartida, torna-se mais difícil comparar respostas, agrupá-las.

Terminadas as entrevistas, a primeira sensação do pesquisador é de ficar perdido na infinitude do material obtido, a despeito de saber, após todo o trabalho, que existem muitos fios condutores que deverão ser explorados. São necessárias várias leituras com o intuito de fazer brotar dos relatos e das circunstâncias das entrevistas o mais geral, sem deixar de reservar espaço e valor para as singularidades. É como um trabalho de escuta analítica, onde um elemento vai sendo relacionado a outro, em busca de um sentido. Um relato pode ser incompreensível até uma nova leitura, ou, então, até relacioná-lo com um próximo. KOHUT (1980) comparou isso ao procedimento de validação utilizado para decifrar hieróglifos: o que pode afiançar a decodificação de determinados fenômenos que, combinados, passam a constituir uma nova mensagem significativa é a possibilidade, que assim se abre, de compreender e interpretar, de modo significativo, uma gama mais ampla de dados.

Passada essa fase inicial de incertezas, consegue-se chegar a um todo compreensível, harmonioso e, espero, fiel ao conjunto das entrevistas. Deixamo-nos guiar pelo pensamento clínico, que, segundo TRINCA (1984), é “a consequência natural da permissão que o psicólogo se concede de usar os recursos de sua mente para avaliar os dados de um caso, e é o que decide, em última instância, sobre a importância e significado dos dados” (p. 20). Organizados segundo a impressão mais forte captada pelo investigador, diferentes relatos podem ser dispostos em tal seqüência, que parecem ser

de uma mesma pessoa – a imagem que ficou do médico que atua em nossa instituição.

Evitamos uma “organização classificatória”, rígida, do material obtido. O fio condutor de um capítulo empresta idéias dos médicos, ou, às vezes, pode vir de uma expressão que, cheia de sentido, indica-nos o que parece ser o melhor caminho.

Para a redação dos resultados e comentários, vali-me do recurso de transcrever trechos do relato dos entrevistados, preservando ao máximo possível o anonimato. A transcrição desses excertos poderá ampliar a visão sobre o tema desta investigação, possibilitando ao leitor novas interpretações do material coletado.

SEGUNDA PARTE

Resultados e Comentários:

Capítulos V, VI, VII, VIII, IX, X, XI

Conclusão:

Capítulo XII

Referências Bibliográficas

CAPÍTULO QUINTO

V. Sobre as entrevistas	94
-------------------------------	----

V. SOBRE AS ENTREVISTAS

Realizamos 50 entrevistas. Vinte foram com médicos docentes (15 homens e 5 mulheres), com 13 anos de profissão, em média (mediana=11). Trinta entrevistas foram com médicos residentes (20 homens e 10 mulheres) com 1,7 anos após a graduação, em média (mediana=2). Houve apenas um caso em que a pessoa sorteada, não comparecendo nas duas vezes em que marcamos o encontro, foi substituída por outra (a próxima, em ordem alfabética, na listagem do departamento).

Em cinco entrevistas, devido a problemas com a gravação, não se obteve uma boa discriminação da fala dos entrevistados. Nesses casos, os únicos em que não foi possível a transcrição fiel dos relatos, procurei registrar o que pude lembrar das entrevistas.

Pode dar um tempo?...Pensar...? Fácil não é...Parar pra pensar... No corre-corre, a gente não tem tempo nem para parar pra pensar no que a gente tá fazendo, né...pela própria circunstância." (40R)³

Durante nossas entrevistas, tendo tempo, muitos médicos se surpreenderam ao pensar em coisas que faziam tão automaticamente. Os quarenta minutos, em média, de cada entrevista, em um local reservado, permitiram

³Cada entrevistado terá um número, seguido de R (=médico residente) ou D (docente).

que cada um, em maior ou menor grau, refletisse sobre alguns procedimentos de rotina do hospital, sobre os pacientes que atende, pensar um pouco em si próprio.

“É isso que cê quer saber, né? A dificuldade que a gente tem para se entender...” (15D)

O entrevistado resumia aqui, de maneira tão simples, seu entendimento em relação a minhas questões. A presença desse “a gente”, tão comum na língua portuguesa, pode condensar muito do que procuraremos clarear neste estudo. “A gente” = eu e o paciente, eu e você me entrevistando, eu e o psiquiatra, eu comigo mesmo... Será que a intenção do entrevistado, ao falar desse jeito, foi tudo isso? Não podemos saber, mas é essa escuta diferenciada que nos permite pensar e tentar compreender o conteúdo das entrevistas.

Ao se lembrarem das dificuldades que a gente tem pra se entender, de casos atendidos e encaminhados ao psiquiatra, alguns entrevistados deixavam de ver o paciente tão somente como objeto científico, reconheciam o outro. Em sua fala, poderiam também sentir-se reconhecidos por mim e se identificar, dessa vez não como médicos simplesmente, mas como alguém que também sofre com o sofrimento do outro:

“Foi um adolescente, 22 anos, universitário, com uma depressão importante. Ele não sabia o que estava acontecendo com ele. Estava se estranhando muito na consulta, chorando. Não consegui conversar com ele, então trabalhei a idéia dele ir pra um psiquiatra. Tá gravando, é? Foi muito uma identificação...”

uma fase depressiva que eu já passei... foi meio óbvia a identificação.” (2D)

“Eu mesmo pensaria muito se fosse encaminhado...” (31R)

“Qualquer um é nervoso, me considero nervosa...” (25R)

“Respondendo, a gente percebe como repele. Por exemplo: alcoólatra...” (45R)

“ O doente tem o direito de escolher o que ele quer. Eu gostaria que fosse assim comigo. Ele tem o direito de querer morrer em casa, com a família.” (24R)

“É uma coisa angustiante. E a gente se identifica, acaba vivendo no lugar dele. Pensar que eu poderia ter nascido ele...” (49R)

Alguns, de início, se assustavam com o gravador, não podiam esconder

certa desconfiança com o que estava acontecendo. Um médico queria que, ao invés de entrevistá-lo, eu falasse com o seu chefe ou com um colega que acabara de chegar de um simpósio de psiquiatria.

“ Você falou meu nome na entrevista.” (47R)

“Ihg! Vai gravar! Desliga um pouco pr’eu pensar...” (40R)

Depois, sem muitos problemas, algumas entrevistas iam ganhando um tom mais confessional. Gravador desligado, a conversa continuava, com desabaços e pedidos de indicação de psicoterapeutas.

“Os pacientes estão cada vez mais agressivos com a gente (...) e eu não consigo dizer não. Tenho problemas com isso, fico insatisfeita com meu trabalho, tenho até pensado em terapia... (sorrindo) Olha! Pode me colocar na sua agenda, viu!” (18D)

(De expansiva passou a gaguejar, insegura, tremendo) *Já que eu te ajudei, me ajuda também...”* (Já tivera a indicação de meu nome como um possível terapeuta). (25R)

A questão que abriu as entrevistas dava margem para o surgimento de dificuldades mais gerais que o médico enfrenta em seu dia-a-dia, ao entrar em contato com seus pacientes. Na maioria das vezes, no decorrer de uma entrevista, observou-se a passagem do que se expressou como a dificuldade do outro (a instituição, o paciente, a família) para o percebido como dificuldade pessoal na relação com pessoas, com a instituição e consigo próprio.

“Realmente, não tenho grandes dificuldades, mas uma sinto que é do próprio paciente, outra minha, outra da instituição. Dele, a maneira como expõe as idéias, o nível cultural do paciente. A minha dificuldade, a abordagem sexual, que não faz parte de nossa rotina (...) algum assunto que surge durante a conversa, um fato de casa... às vezes a gente tenta ouvir, mas no esquema em que trabalhamos...” (29R)

“Uma parte cabe ao paciente: educação e condições sócio-econômicas; parte cabe à instituição, sistema de saúde, e uma certa parte depende até do médico.” (5D)

Aspectos institucionais, do médico e do paciente nem sempre podem ser isolados. Combinam-se deferentemente em cada caso, e a exposição isoladamente desses elementos neste e nos próximos capítulos obedece tão somente a uma necessidade didática.

CAPÍTULO SEXTO

VI. Dificuldades dos médicos: a instituição	100
VI.1 - "Essa estrutura joga você contra o paciente e vice-versa" ..	100
VI.2 - Espaço social e psicológico do médico	107
VI.2.1 . A importância e o significado do tempo	110
VI.2.2 . O esquema de rodízio	112

VI. DIFICULDADES DOS MÉDICOS: A INSTITUIÇÃO

VI.1 "ESSA ESTRUTURA JOGA VOCÊ CONTRA O PACIENTE E VICE-VERSA"

No âmbito institucional, a assistência aos enfermos não se esgota no colóquio íntimo do médico com o paciente. As respostas às necessidades assistenciais da população cada vez mais são reguladas por uma instância supra-clínica, que estabelece uma estrutura fundamental, definindo espaços, tempo, procedimentos de rotina, enfim, uma série de recursos materiais e humanos, bem como normas para o atendimento.

O que mais surgiu nas entrevistas como dificuldades relativas à instituição foi: o excesso de demanda, a demora nas filas de espera para o atendimento, a falta de recursos para diagnóstico e tratamento, o pouco tempo para ouvir o paciente. Dificuldades dessa ordem foram explicitadas por vários docentes e pela quase totalidade dos residentes entrevistados;

"A gente tem idéia da terapêutica, mas... dificuldades com pacientes que não são da região, com transporte e o volume muito grande de pacientes, consulta muito rápida, exames demorados... ." (21R)

**As coisas aqui demoram muito, coisas caras. A gente depende dos outros e de aparelhos. O paciente acha que a gente tá enrolando, mesmo quando tem maior vínculo. Até complica, fica olhando: 'Como é?!...' (49R)*

"Tempo! A gente tem um tempo limitado. Sempre gostei dessa parte da relação médico-paciente, mas chega uma hora que é inviável, não dá, tem que ser meio rápido." (39R)

"Tento às vezes manter algum contato, mas a gente tem que atender super-rápido, fica difícil tirá-lo do box para aprofundar." (25R)

Quando as instituições assistenciais são criadas, sua finalidade primeira é atender às necessidades de assistência da população, oferecendo aos profissionais que nela trabalham os recursos para tanto. Com sacrifícios para a relação que se estabelece entre equipe assistencial e pacientes, toda uma estrutura vai se consolidando para atingir tal ou qual objetivo. Mas, paradoxalmente, os objetivos finais dessas instituições, o bem-estar dos pacientes, a realização de seus profissionais, freqüentemente não são atingidos:

"É engraçado: (um paciente) contou pro interno que estavam enrolando ele desde o começo do ano, até que ele resolveu escrever uma carta pro Sarney, que respondeu, e, depois disso, nós o chamamos. Então, ele concluiu que nós o chamamos por uma

pressão superior. é paciente terminal, deixa ele ficar pensando nisso. Por outro lado... e esse foi um caso de raio-X de tórax! E a gente também não tem vaga, manda pra casa, perde o contato. Outro ponto é que os retornos são muito espaçados. Essa estrutura joga você contra o paciente e vice-versa.” (43R)

Pelo fato de termos entrevistado dois grupos de médicos, um de docentes, outro de residentes, veremos refletidas, ao longo de todo este trabalho, as diferentes maneiras desses dois grupos reagirem frente às dificuldades institucionais. Tomando-se o conjunto das entrevistas, ficam marcados os diferentes papéis que docentes e residentes assumem frente ao paciente, o que certamente acarreta distinções no impacto que os problemas institucionais exercem sobre esses profissionais: um grupo que geralmente supervisiona e vai embora, outro que permanece ao lado do paciente.

Vários docentes entrevistados atendem em consultórios particular. Alguns contrapuseram prática, institucional e prática privada, delineando-lhes as distintas dificuldades:

“Acho que a gente tem que separar o atendimento dos pacientes da universidade e do consultório. Aqueles que vêm aqui porque não têm possibilidade alguma de pagar uma consulta, e então se sujeitam a esperar oito, dez meses para uma consulta. E a grande dificuldade é que são pacientes mexidos, com problemas que se agravam... Problemas mais crônicos do que a gente vê lá fora” (14D).

“Aqui, é o tratamento ser postergado, quer seja pela paciente, quer seja pelo local onde ela possa ter o atendimento. Chegam

com doenças neoplásicas em estado avançado. (...) A nível de consultório, acredito que a maioria dos problemas fica a nível da paciente, como, por exemplo, a paciente que percebe um nódulo na sua mama, e por medo, ou qualquer outra coisa, demora algum tempo para procurar o atendimento” (5D).

Os docentes podem fazer alguns diagnósticos acurados a respeito dos problemas institucionais. Mas guardam certo distanciamento da instituição, o envolvimento com ela é menor do que com o consultório. Seu relato, geralmente, é do especialista, dos problemas da especialidade, e as dificuldades institucionais nem sempre permitem uma prática especializada adequada.

Médicos jovens, os residentes ficam na linha de frente da instituição, e seus relatos, de um modo geral, e mais do que os dos docentes, revelam a preocupação com os problemas institucionais, que são vistos como entraves à sua formação e ao relacionamento com pacientes. Os residentes, como grupo, muitas vezes pareciam se justificar diante do entrevistador (docente). Não deveriam ser responsabilizados por erros advindos de normas institucionais, estavam dando seu máximo.

A seguir, os relatos de dois docentes e de um residente permitem uma aproximação inicial ao problema da diferenciação de papéis na instituição e às decorrências desse fato:

“Quando percebo o problema emocional, peço ao residente ou ao interno para, à tarde, mais tranqüilo, ir conversar com a paciente, pra tentar captar quais são seus problemas” (8D).

“O doente da enfermaria, eu sou e não sou o grande responsável.

Não tenho contato direto. Um doente, quando fica ruim, quem tá ao lado dele é o residente" (15D).

"Instalei a diálise nela. Decidi hoje, eu. Não ia deixar ela ir sozinha. No meu plantão ela não vai morrer. A ordem do chefe da enfermagem era pra não fazer nada. Só que cheguei lá hoje, e a mulher completamente zoró... O plantão é meu, assumi e acabou. Se ela morrer, pelo menos com peso na consciência eu não vou ficar" (41R).

Lembrar que estamos num hospital-escola, uma organização complexa, com um rol de objetivos ampliado, que procura conciliar necessidades de assistência, pesquisa e ensino. Para tanto, uma série de soluções vão sendo testadas, como rodízios de alunos e residentes, criação de serviços de triagem, ambulatórios especializados, equipes multidisciplinares, rotinas de atendimento para dada enfermidade, diferentes ocupações do espaço, etc. E também não é simples conciliar assistência, ensino e pesquisa com os interesses específicos dos diversos grupos que circulam numa instituição: os vários profissionais da equipe assistencial, docentes, residentes, pessoal administrativo, alunos e pacientes.

A velocidade com que as coisas vão acontecendo, aliada ao nosso envolvimento com elas, impede-nos de perceber que um conjunto de normas vão sendo criadas e estruturadas, institucionalizando-se. Terminam por nos envolver, infiltrando-se na relação estabelecida entre médico e paciente. O lugar da assistência e da relação médico-paciente acaba invadido e enfraquecido por outros interesses e necessidades da instituição.

"O exame ginecológico constrange a paciente. Ainda mais uma pessoa estranha, que ela nunca viu na frente, cada dia por um, no hospital-escola... ." (21R)

"O contato fica bastante dificultado não só pela patologia orgânica, mas sobre algum assunto que surge durante a conversa, um fato de casa, às vezes. A gente tenta ouvir, mas no esquema em que trabalhamos é muito difícil." (29R)

Com os pacientes, o que pode resultar é que alguns nunca se encaixarão nos protocolos dos serviços. Ficam errantes pelos ambulatórios do hospital, realizando uma infinidade de exames, engrossando o prontuário e recebendo rótulos diversos. Desassistidos.

Pelo lado do médico, o conjunto de normas protocolares proporciona uma viagem segura, bem sinalizada, através de uma espécie de relação programada com o paciente. Sair da rotina, pegar os atalhos do discurso e da enfermidade de uma pessoa, pode deixar o médico sentindo-se desamparado, desprovido de um referencial normatizador e tranquilizador. Mas, se ele nunca quebra essas regras que a rotina de um grande hospital engendra, se não se vincula às pessoas, acaba tendo que suportar muita frustração, não se sentindo pessoa também. A situação de entrevista freqüentemente permitiu esse tipo de desabafo:

"São poucos os pacientes que eu vi mais de uma vez. E geralmente as que eu vi mais de uma vez, vieram para um procedimento. (38R)

"É aprofundar no aspecto emocional do paciente, levar adiante o caso, fazer um diagnóstico completo e correto. Isso depende muito da demanda. Se a gente tiver tempo, estiver folgado, a gente pode procurar alguma coisa. Como na maioria das vezes a gente trabalha sob pressão, procuro dar só uma triada rápida. Mas não gosto disso. Isso deixa a gente mal." (28R)

Mas houve também, quem lembrasse que em um hospital-escola o contato pode ser mais personalizado que em outros serviços públicos. Ali, o paciente sempre encontraria um residente ou interno dedicado, empenhado em estudar seu problema com atenção. E todos podem sair gratificados por esse aspecto "tradicional" da instituição.

"Geralmente já passaram por vários médicos, e, apesar disso, eles vêm mal informados. Causa certa ansiedade. Chegam desconfiados e convencidos de que não vão ser bem informados outra vez, apesar de que nós na UNICAMP já temos uma tradição de dar tratamento um pouco mais personalizado. É paradoxal isso, mas eu sinto que eles têm mais confiança aqui, que fora." (4D)

VI.2 ESPAÇO SOCIAL E PSICOLÓGICO DO MÉDICO

As organizações institucionais e suas regras configuram o espaço físico social e psicológico onde médico, paciente e enfermidade se relacionam. Na instituição esses elementos estão inseridos dentro de uma organização institucional. O médico, na realidade, regula esse complexo território. Ao mesmo tempo, é apenas uma variável a mais no atendimento ao doente. Sua atuação depende de sua própria inserção conflituada dentro da instituição: “Na instituição, de quem nos sentimos agentes? A quem fundamentalmente se representa? Ao paciente ou à instituição? Qual é nossa última lealdade?” (FERRARI, 1974, p. 56)

De acordo com FERRARI & COLS. (1979) a inserção do profissional na instituição guarda dois aspectos: “por um lado, é ele quem deve implementar normas institucionais para a assistência, e por outro, está sujeito a “obedecer” normas que regulam sua vida profissional” (p. 175).

Pudemos observar, notadamente no relato de médicos mais jovens, como aspectos conflitivos da instituição podem não ser decodificados, confundindo-se com os sentimentos daqueles que ali atuam. Problemas institucionais acabam reforçando a insegurança e sentimento de frustração profissionais. Com uma assistência emperrada, a prática institucional dá um retorno pouco satisfatório a quem necessita ir ganhando confiança em sua capacidade profissional. Sente-se receber menos do que se dá, e o descontentamento gerado por essa situação foi uma constante durante nossas entrevistas. No dia-a-dia, também verificamos como freqüentemente esse descontentamento é transmitido e compartilhado com a população assistida.

Por outro lado, a instituição proporciona alguma estabilidade, reassegura a aprendizagem e permite a criatividade. Há compensações outras, através da participação em pesquisas, publicações científicas, títulos, etc.

E se ela engendra um sem número de normas, a atividade clínica confere certa liberdade de atuação. Em seu trabalho, os médicos tornam-se impregnados por esses aspectos gratificantes da instituição. Se a instituição, na maioria das vezes, aparece como um obstáculo na relação entre médico e paciente, isso não quer dizer que ela não possa ser tomada como um agente que até favorece a formação de vínculo com o paciente. É o que podemos observar no relato seguinte:

“Tenho a impressão que aqui na UNICAMP dá pra criar vínculo. Apesar de ser um volume muito grande, a gente acaba tendo um vínculo maior com o paciente. O vínculo é até maior aqui, eles acabam respeitando mais a gente aqui.” (44R)

Quando várias pessoas se reúnem em um grupo ou instituição, podemos observar vários mecanismos psicológicos que atuam na interação grupal. Segundo idéias psicanalíticas desenvolvidas a partir dos trabalhos de Melanie Klein, desde o início da vida existe uma interação contínua entre fantasias inconscientes infantis e o mundo exterior. Nos grupos, cada sujeito projetará os objetos de suas fantasias inconscientes sobre os demais elementos do grupo, ou sobre aspectos da instituição. Tentará recriar no plano do grupo um padrão semelhante a suas relações interpessoais primitivas (BION, 1970).

O caráter ambíguo da instituição, de um lado protegendo e gratificando seus profissionais, de outro, impedindo-lhes o bom desempenho assistencial, presta-se um paralelo com as relações que a criança empreende com seus pais. Às vezes, a representação da instituição feita pelos seus membros é de uma entidade que os invade, distante e independente, superior e dominadora. A idéia aproxima-se, desse modo, da imago paterna: protetora e castradora. Outras vezes, a idéia assemelha-se à imago materna:

alimentadora e devoradora, que exige sacrifícios (AMADO & GUITTET, 1978).

A realidade institucional vem apoiar, igualmente, mecanismos de identificação e defesa por parte de seus profissionais. As formas e conteúdos do *dar* e do *receber* primitivos repetem-se na situação institucional. Os objetos internos bons são mantidos com o sujeito, ou reforçados pela instituição. Objetos internos maus, que poderiam causar danos, podem ser colocados (projetados) na instituição, para a qual são canalizados sentimentos de frustração e hostilidade. A instituição passa, assim, a ser responsabilizada por muitos conflitos que o médico revive em sua relação com situações clínicas. Por outro lado, a instituição também tem uma função reparatória: permite que as pessoas nela projetem suas partes danificadas e introjetem algo modificado, menos destruído (GRINBERG, LANGER & RODRIGUÉ, 1976).

A instituição será sentida tanto mais onipotente e idealizada, quanto maior for a angústia do médico diante do que ele julga ser seus defeitos, falhas, incapacidade. Mas a instituição não consegue ser tudo o que dela se espera, frustrando os médicos em sua expectativa de dependência, que passam, então, a acusá-la e a se sentirem por ela perseguidos. A constante alternância, por parte dos médicos, de uma situação de dependência para outra de "luta e fuga", por exemplo, denotaria o caráter primitivo e irracional das emoções que cercam suas relações com a representação mental da instituição onde trabalham (BION, 1970).

Outro conceito nascido da psicanálise aplicado a grupos e instituições refere-se à *compulsão à repetição* que, na tentativa de elaboração de conflitos, inconscientes, tende a levar as pessoas a agirem e reagirem sempre de modo semelhante. Na necessidade de repetir vivências primitivas estaria a intenção de controlar os maus objetos internos e reparar os bons que foram atacados. Julgamos válida a advertência de GRINBERG & COLS. (1976) quanto à conotação metafísica do termo "compulsão à repetição", que reservaria às instituições um caráter trágico e inexorável, unicamente baseado em fatores psíquicos. Ainda assim, julgamos que a noção de compulsão à repetição possa ser um fator envolvido em muitas das resistências que as propostas de mudança na instituição levantam. Sabemos das dificul-

dades que se encontram quando se tentam essas mudanças. Seus membros parecem evitar situações novas e desconhecidas, recorrendo a um sistema de normas já conhecidas e seguras, pois muitas dessas normas foram criadas para dar segurança, garantindo-se ao médico a distância dos conflitos pessoais que poderiam ser desencadeados pelo contato com cada paciente.

Em outras palavras, não se trata de negar as diversas condições institucionais cujos determinantes têm origem política, econômica e cultural, aspectos que se interpenetram entre si e com o psicológico. Mas, sob um ponto de vista da psicologia, um conjunto de normas institucionais tem caráter econômico, de defesa. Torna possível ao médico fugir de processos inconscientes que o agitam, através de racionalizações a respeito da impotência "da instituição" para se aprimorar e bem assistir os pacientes.

Para ilustrar o que afirmamos, examinemos dois aspectos muito citados nas entrevistas como entraves institucionais ao atendimento dos pacientes: o pouco tempo e o esquema de rodízio no atendimento, temas aos quais retomaremos no capítulo seguinte.

VI.2.1 A Importância e o Significado do Tempo

"A dificuldade é conseguir com que ele chegue e conte os problemas, expor a problemática dele. Primeiro porque é muito rápido. O paciente não tem tempo de se abrir com você, necessita de alguns contatos pra conseguir colocar a problemática dele." (42R)

Comumente referido como uma limitação imposta pela instituição, o pouco tempo destinado a cada consulta esconde outra faceta: evita-se, assim, lidar com os aspectos psicológicos que surgem na relação com o paciente.

"E quando a gente não vai com a cara do paciente e aí demora a consulta?... (2D)

"A gente se dedica um pouco menos do que deveria. Quando cê tá disposto, tá trabalhando, vai bem. Agora, no dia em que está cansado, deu dois plantões, aí te incomoda um pouco, cê foge um pouco. Sabendo em que quarto ele está (o paciente poliqueizoso), cê passa mais rápido por ali." (34R)

O tempo deve ser gasto com perguntas e respostas, sempre de maneira objetiva. A anamnese dirigida, amplamente exercitada nos primeiros tempos da graduação é tomada como garantia de que todas as condições biológicas concernentes à queixa do indivíduo serão levantadas. Ir direto ao sintoma. Há um esforço para se chegar rapidamente ao diagnóstico, "não comer bola".

O surgimento de aspectos psicossociais na entrevista é visto como um empecilho ao raciocínio clínico, pois precipita reações emocionais no médico. Dar pouco tempo ao paciente é, por isso, uma maneira de proteger-se contra a invasão do emocional. Quando essa invasão acontece, nem sempre se encontra o que fazer. Aspectos contratransferenciais podem colocar o médico em polvorosa, conduzindo-o a atitudes reativas, e impedindo a compreensão do que está ocorrendo no encontro com o paciente.

Dar pouco tempo a certos pacientes, ir direto ao sintoma, fixando-se

num interrogatório, tudo isso pode ser justificado pela idéia de que há muitos pacientes para serem “vistos”, de que há metas institucionais relativas ao número de atendimento que devem ser atingidas, ou que a especificidade de ambulatórios e programas de pesquisa não permitem uma conversa mais solta. E o médico, fugindo da angústia suscitada pelos problemas que os pacientes trazem, pode muito bem se esconder atrás dessas metas e normas institucionais e se tranquilizar: o problema não é dele, médico; é da instituição.

“A gente ouve casos de pacientes que até perderam o emprego por causa da demora. (...) O paciente passa pela triagem, daí a dois meses é marcada uma consulta. Dali, se ele precisa de uma cirurgia, vai para o ambulatório especializado.” (44R)

VI.2.2 O Esquema de Rodízio

Afastando-me um pouco do âmbito das entrevistas, recordo dois exemplos de esquemas de rodízio relatados por alunos, durante reuniões inspiradas na técnica dos grupos Balint. Em certa ocasião, cinco alunos estavam estagiando numa enfermaria onde havia um paciente jovem, portador de neoplasia em estado avançado de evolução. Sua condição era grave, e a morte, uma questão de dias. Angustiados, os alunos decidiram “rodiziar”: cada dia seria um deles que prestaria cuidados ao paciente.

Em outra ocasião, três alunos encarregados de determinado "leito", tiveram que se defrontar com uma paciente muito exigente, que, além de doente crônica, era muito "chata", segundo eles. Não tiveram dúvida: entraram separadamente no quarto, e cada um fazia uma "coisa" diferente dos outros. O primeiro realizava exame físico, o outro desencumbia-se da evolução, e o terceiro dava um certo suporte psicológico aos inúmeros reclamos da paciente. E assim se revezavam a cada dia, alternando suas funções.

São exemplos que falam por si. Nos dois casos descritos os rodízios foram claramente buscados e estabelecidos a fim de se evitar o aprofundamento do contato com os pacientes. Visavam a defender os alunos de situações angustiantes, pois eles não estavam acostumados a lidar com problemas dessa ordem. O período dedicado aos pacientes até poderia ser longo, mas cada um dos alunos dava-lhes pouco de seu tempo!

Em nossa investigação, vários entrevistados queixaram-se do esquema de rodízio, criador de situações desconfortáveis tanto para médicos, quanto para pacientes. Dentro de um mesmo serviço, cada vez que o paciente vem, ele é visto por um médico diferente:

"Existem alguns problemas menores que até poderíamos seguir o paciente, mas não existem esses retornos para nós próprios. Há o retorno pro serviço, mas quando já estamos em outro estágio."
(29R)

Esses revezamentos são normas institucionais que, supostamente, atenderiam à necessidade de fornecer aos estudantes e médicos em treinamento uma visão ampla das patologias. Mas ainda que possam frustrar aqueles que deles participam, muitas vezes tal prática passa a justificar um não

aprofundamento da relação médico-paciente. A questão “pra que aprofundar, se sinto medo e não saberei o que fazer depois?” muda para algo mais fácil de ser aceito: “pra que aprofundar, se, quando este paciente voltar, não serei eu quem irá atendê-lo?”

Vimos até aqui como no relacionamento médico-paciente a instituição funciona como intermediário, regulando o intercâmbio com normas explícitas e implícitas. Se esse caráter intermediário cresce, deixa de ser meio para ser fim. A assistência torna-se entorpecida por processos institucionais, não atendendo às necessidades assistenciais daqueles que buscam a instituição.

Poderíamos mesmo ir além, concebendo o hospital como um “espaço social terapêutico”, uma organização na qual se corporificam numerosas instituições. Justamente por ser um espaço de entrecruzamento institucional, estaria sujeito às múltiplas influências de caráter político, econômico, ideológico, etc. do conjunto social. Surgiria, assim, toda uma estrutura macro-social subjacente às aplicações técnicas, deslindando as implicações que os fatores sócio-político-econômicos têm na evolução de uma enfermidade.

Posto isto, o contato com o paciente passaria a ser compreendido em termos de relações sociais mais amplas, em oposição ao pensamento idealista de soluções isoladas do conhecimento técnico, com sua enunciada e presumida neutralidade (COSTA, 1976). A sociopsicanálise, por exemplo, procurando unir idéias marxistas e psicanalíticas, critica a excessiva psicologização que às vezes se faz sobre os conflitos entre diferentes classes que atuam dentro de uma instituição (MENDEL, 1984).

Ainda que fuja do escopo deste trabalho uma análise das dificuldades enfrentadas pelos médicos e do encaminhamento ao psiquiatra em termos de macro-sistema político-social, é importante esse reconhecimento: os campos do psíquico e do econômico-político estão indissolivelmente ligados. Mudanças profundas no funcionamento institucional não são possíveis, sem que se alterem o conjunto das instituições e a estrutura básica da sociedade onde essas se encontram inseridas.

CAPÍTULO SÉTIMO

VII. Dificuldades dos médicos: o paciente e a doença	116
VII.1 - “Não têm condições nem de comprar, nem de fazer uso adequadamente”	116
VII.2 - “Um tipo de paciente que atrapalha um pouco mais”	121
VII.2.1 . De acordo com a especialidade	121
VII.2.2 . Com transtornos psiquiátricos	122
VII.2.3 . Com patologias graves e lesões deformantes	123
VII.2.4 . Que não cumprem o tratamento	125
VII.3 - Procura-se uma queixa principal	127
VII.4 - ...Encontra-se um médico angustiado	130
VII.5 - “Difícil ser médico...”	133
VII.6 - “E veio consultar-se pra conversar”	140
VII.7 - “Vamos deixar para a próxima consulta”	146

VII. DIFICULDADES DOS MÉDICOS: O PACIENTE E DOENÇA

VII.1 “NÃO TÊM CONDIÇÕES NEM DE COMPRAR, NEM DE FAZER USO ADEQUADAMENTE”

Vários entrevistados referiram-se a dificuldades de lidar com a pessoa de nível sócio-econômico-cultural baixo, com poucas possibilidades de entendimento. Um outro, diferente de si.

“Hoje, por exemplo, senti dificuldade para explicar ao doente como ele deve tomar anti-ácido: a gente não consegue explicar pra ele que é uma, e três horas após a refeição. Então a parte social se torna uma dificuldade grande, às vezes.” (26R)

“Classe sócio-econômica... Se expressar de uma maneira adequada na hora de atender, e na hora de prescrever tem que facilitar muito. É difícil às vezes a pessoa entender. A gente explica, então. E na pós-consulta a enfermagem reexplica...” (31R)

"Talvez o nível sócio-econômico bem inferior de nossa amostragem, no esclarecimento dos pacientes sobre sua patologia. (...) Às vezes não têm condições nem de comprar (remédios), nem de fazer uso adequadamente." (36R)

Alguém que já vem com muitas concepções sobre sua doença, médicos e medicina... Chega desconfiado, desafiando o médico a se fazer entender, a conseguir curá-lo:

Acho que, principalmente, lidar com conceitos pré-estabelecidos que eles já têm. Você tentar mudar esses conceitos que eles já têm sobre a doença, sobre o tratamento... (33R)

"Geralmente já passaram por vários médicos, e, apesar disso, eles vêm mal informados." (4D)

A dificuldade de comunicação é sentida de diferentes maneiras. A partir de diferenças nos recursos de vocabulário que cada um traz, já fica marcada a assimetria do encontro médico-paciente:

"Paciente prolixo, que não sabe referir dados da história, com pobreza de vocabulário, que subestimam um problema importante, que em outro nível social chamaria antes a atenção." (12D)

"Pode falar, né? Tem certos pacientes que a gente tem na enfermaria que, se você o puser numa Suécia, tenho a impressão que vai se formar uma roda em volta: pra ver se é humano, pois só tem vocábulos de uma ou duas sílabas, no máximo." (15D)

Ao lidar com esse tipo de situação o médico se enerva, colocando sob a responsabilidade do paciente o bloqueio na comunicação. Dificuldade do paciente, que precisa "chegar" até o nível do médico:

"Então há uma dificuldade até de comunicação. Então cê fala uma coisa e eles não entendem." (37R)

"A falta de instrução dos pacientes. Assim no sentido que o pessoal não sabe ler, não tem um grau mínimo de cultura. E a própria dificuldade que eu vejo é dos próprios pacientes. Basicamente isso, né, que é os pacientes conseguirem chegar até a gente." (44R)

A energia dispendida com pessoas de nível sócio-econômico-cultural distinto do seu interlocutor parece ser maior, o que é visto pelos médicos como uma das dificuldades em se trabalhar na instituição. No entanto, esforço pessoal e experiência em dialogar podem tornar a comunicação mais viável:

"...têm muita dificuldade de informar. (...) Se tivessem situação financeira melhor o problema estaria resolvido. A gente

precisa realmente se dedicar a esses pacientes. Às vezes a gente realmente veste a camisa e quer resolver o problema e consegue.”
(14D)

“Agora, tem uma coisa: depois de muitos anos de experiência, você começa a interpretar aquilo que o paciente tá querendo te dizer e muita coisa que a princípio era muito difícil, hoje a gente já sabe valorizar, filtrar um pouco mais as coisas.” (15D)

Os obstáculos enfrentados no relacionamento com seus pacientes muitas vezes levam o médico a acusar, defensivamente, aquelas pessoas cujo universo existencial está distante do seu. O mesmo tipo de defesa que, como vimos, é usado quando se responsabiliza exclusivamente a instituição pelo fracasso da relação médico-paciente. Diante das diversas carências da população que procura a instituição, os problemas mais íntimos do indivíduo, justamente naqueles onde médicos e pacientes se aproximariam, são postos num segundo plano, ou mesmo sistematicamente negados.

“Aqui na universidade é muito difícil de se ter um papo, pois cê chega lá na frente e tem quinze pacientes pra ver num tempo de quatro horas. Mas vejo problemas psicossomáticos no consultório, isso é muito comum. O paciente às vezes vem ao médico porque ele tem necessidade de contar um problema, não tem nada orgânico.” (19D)

“Comecei a perceber isso (somatização) principalmente no consultório, que alguns pacientes vêm à procura de alguma doença, alguma patologia bem definida e que talvez sejam alguns problemas, assim... extras.” (44R)

O relato seguinte traz um lembrete: pacientes de um baixo nível sócio-econômico constituem a maior parte da população atendida no Hospital das Clínicas da UNICAMP. Mas às vezes atende-se a “um nível mais alto de paciente”, algo próximo do que costumeiramente se trata por “paciente diferenciado”, aquela pessoa ou mais rica, ou mais exigente, ou mais culta, alguém importante, ou seu parente.

“Não tenho dificuldades em lidar com pessoas do nível do nosso ambulatório aqui, pois, primeiro, eu sempre tive um treino natural, pois eu sou de Minas, e eu ia sempre na fazenda, e tal... Então sempre tive esse contato com as pessoas mais simples, e mesmo durante a graduação. Acho que teria mais dificuldades com um nível mais alto de paciente, pois não tenho esse treinamento.” (39R)

Certa vez, em um grupo Balint, alguns internos comentavam sobre gestantes mais “diferenciadas” que participavam de uma investigação sobre o parto de cócoras, as “cocorentas”. Eram taxativos: “a diferenciada ou é chata, ou está se esforçando pra não ser; é fingida...” Mais tarde reconheciam: “paciente chata é aquela que não se encaixa. Elas (as “cocorentas”) não são chatas. As outras é que são umas coitadas...”

VII.2 "UM TIPO DE PACIENTE QUE ATRAPALHA UM POUCO MAIS"

Neste grupo reunimos relatos de dificuldades em lidar com situações nas quais algum nível de problema já foi detectado e reconhecido como de natureza "estritamente" médica.

VII.2.1 De acordo com a especialidade

Várias situações lembradas ligam-se à especialidade do médico entrevistado, e, é claro, à sua maneira pessoal de reagir frente a elas. Muitos falaram de um paciente genérico, adjetivado apenas pelo tipo de patologia que possui:

"A paciente estéril... o desejo de ter filhos é um problema muito sério pra ela. É uma paciente muito ansiosa, nervosa, preocupada." (7D)

"Tem um tipo de paciente que me atrapalha um pouco mais: os de Pediatria, isso eu noto. Até o pessoal de casa nota, quando

opero adulto ou criança. Fica mais difícil de operar. E os de coluna também. É mais assim o nível de consciência do paciente: os pacientes que a gente vê, assim, que perdeu muito a consciência, que têm uma lesão muito grande, a gente percebe que tão sofrendo, mas não tão sofrendo ao mesmo tempo.”
(40R)

VII.2.2 Com transtornos psiquiátricos

Pacientes com distúrbios psiquiátricos atendidos pelo médico geral também foram espontaneamente citados como problemáticos, trazendo dificuldades para a relação médico-paciente:

“Não sei, viu... Tenho dificuldades mesmo com alcoólatras. Eu não suporto. Já mantenho uma distância. Sinto revolta. Só isso. (41R)

Um subgrupo de pacientes com distúrbios psiquiátricos foi especialmente destacado: os pacientes “somatoformes”, aos quais os médicos se referem geralmente através de rótulos: “poliqueixoso”, “peripaque”, “píssicos”, “DNV”, etc.

"Mais difícil lidar com determinado tipo de mulher de meia-idade, muito ansiosa. Às vezes a gente vê que a paciente não tem nada clinicamente, e ela põe na cabeça que tem. Sintomas digestivos... nem ela mesma sabe explicar direito o que é que é. Poliqueizoso..." (33R)

VII.2.3 Com patologias graves e lesões deformantes

Referindo-se ainda às respostas sobre as dificuldades encontradas em sua prática, alguns médicos falaram sobre as condições que cercam pacientes com patologias graves, principalmente aqueles com neoplasias e com lesões traumáticas deformantes. Quanto à comunicação diagnóstica:

Quando o paciente que tem câncer é mais esclarecido, é mais difícil, pois eles sabem muito bem o que a gente tá querendo falar pra eles, e eu não consigo emitir. E eles têm consciência, é mais difícil... Se ele perguntar se é maligno, eu falo, pois o tratamento é bastante agressivo. Os mais simples aceitam melhor, pois eles não sabem o que significa. e eu não vou esclarecer tudo de cara. Vou aos poucos... (42R)

"Pra esse (com Doença de Chagas), eu não tenho coragem de falar pra ele. Ele até pode sair do meu consultório, ir num outro

e o sujeito falar pra ele. Eu sempre procuro enganar um pouco o doente. Numa idade produtiva... Posso até falar pra família, mas pra ele eu digo que ele tem lá um exame positivo, mas isso não quer dizer que ele tenha a doença, quando é ainda assintomático. Dou o exemplo do Mantoux, tuberculose..." (15D)

"... o doente precisa saber a verdade, independente do rótulo, mas ele precisa ter noção da dimensão do problema: do hoje, do amanhã, do futuro a longo e curto prazo, para que ele possa se programar. Agora, o mundo de se falar a verdade varia muito de doente pra doente. a gente tem que sentir com que tipo de doente a gente tá lidando. Se é uma pessoa extremamente emotiva, ou explosiva, desesperada, e qual é a capacidade de assimilação que ela tem de determinadas verdades... Qual o mito que reside sobre certas coisas que você tem que quebrar, como no caso do câncer." (9D)

"É uma situação de choque. Depende do médico a maneira de transmitir a notícia para o paciente. Você pode transmitir de várias formas, evitar ser drástico. Mas às vezes precisamos ser realistas, quando, após a cirurgia, necrosa e temos que amputar uma perna. Quando o doente chega e a gente amputa, a situação é tão dramática, que o doente até aceita com mais facilidade. Agora, quando o doente acha que conseguiu manter a perna e você vai amputar... É uma relação muito delicada. Eu, particularmente, não gosto de amputar." (11D)

É angustiante, também, ficar entre familiares, paciente, instituição e a própria consciência. Alguns médicos residentes que lidam com essa situação assim se expressaram:

"A maioria dos pacientes é grave. A gente tá acostumado a lidar com a família e com eles mesmos. A dificuldade é mais do médico do que da família (de início). A maioria já chega pensando no pior: ferimento com arma de fogo, trauma de crânio... Já pensam no pior, se vai haver condições de salvar. Mas quando o paciente fica crônico, a dificuldade é passar pra eles que vai haver pouca melhora, de ser claro com eles. Difícil entender que não vai melhorar pouca coisa. Uma loucura: como vão ficar com o paciente em casa, tentam segurar o paciente aqui." (40R)

"Os oncológicos me tocam mais mesmo. A gente fica muito incontente. Acho que é um problema do médico e a gente tem que aceitar isso também. Mas é muito complicado. O doente tem o direito de escolher o que ele quer. Eu gostaria que fosse assim comigo. Ele tem o direito de querer morrer em casa, com a família. E tem família que não aceita isso, despencam os pacientes aqui... Problemas sociais... Acho terrível!" (24R)

VII.2.4 Que Não Cumprem o Tratamento

O paciente que não colabora com um tratamento decisivo que pode salvar sua vida, esse é considerado o pior doente. Deixa o médico sozinho e impotente, sem poder realizar o que tanto se almeja no exercício da medicina: curar, vencer a morte...

"A pessoa custa a acreditar na possibilidade real de que ela vai ser curada. Tenho maior dificuldade com o doente que não entende, ou é um doente passivo, ou um que por mais que você explique ele não aceita que tem determinado problema e foge da orientação médica, ou o omisso. A colaboração do paciente é fundamental. Sempre há um planejamento muito detalhado. Se ele não se incorporar a isso, esse é o pior doente. (...) O doente jovem é um problema mais difícil, é aquele cujo tratamento é mais desconfortável do que a própria doença. O que tem leucemia aguda não foge. Agora, o que tem um linfoma de Hodgkin, é extremamente comum ele fugir, logo após o primeiro esquema terapêutico. Por isso ele tem que entender. Senão ele não carrega aquele fardo e tem uma tendência a cair fora." (9D)

"Aqueles com neoplasia ou prognóstico reservado e que ele começa a não querer mais a terapêutica, pois acha que não vai resolver. Ou ele quer alguma coisa fácil, ou não quer nada. Já tá desistindo de lutar. Muitas vezes nem sabe exatamente o que é, mas tem quase certeza." (34R)

Tenta-se ao máximo motivar esses pacientes para o tratamento. Esgotada a paciência, alguns médicos recorrem a ameaças, "mundo cão". Ou, parafraseando um colega, durante uma reunião de interconsultas: "Uma hora a gente tem que ser Piaget; outra, Pinochet".

"...não seguem o tratamento que a gente dá. Não sei muito bem porque. Tem tratamentos que o paciente não sabe, às vezes são meio desleizados, sei lá... Aí a gente tem que se vestir com aquela capa de algoz... e aí dá certo, sabe?! Na minha experiência tem dado certo. Até meio mundo-cão, falar das coisas

que pode acontecer se ele não seguir o tratamento. Principalmente os pacientes graves, CA. de esôfago: a maioria nega a doença, a ponto de se desleixar, até progredir, ficar inoperável. Eu fico meio chocada..." (37R)

VII.3 PROCURA-SE UMA QUEIXA PRINCIPAL...

Uma série de dificuldades na relação médico-paciente foi inicialmente imputada ao outro. Culpa do outro-instituição, ou culpa do outro que não diz direito o que o traz ao médico, que procura consulta sem necessidade, que inventa problemas:

"Eu acho que uma dificuldade grande é o fato de que muitas vezes elas não dizem exatamente aquilo que as traz ao médico, e a gente tem pouca capacidade de perceber o real motivo." (29R)

"Acho que é a maior dificuldade... Difícil elas colocarem problemas. Quando isso ocorre, quando quebram esse gelo, são problemas com o parceiro, familiares..." (21)

"Acho que está ligado a estrutura social, indivíduos carentes financeiramente que procuram muito você às vezes sem real necessidade." (27R)

O real motivo, a real necessidade da consulta. A formação acadêmica estimula o médico a buscar o real biológico do paciente, algo que possa ser encaixado em sua teoria, que esclarece e ordena o mundo. Procura-se uma queixa principal que oriente o raciocínio clínico:

"...não gosto de ver muito deturpada a queixa atual, porque acho que isso prejudica o raciocínio." (12D)

"Veja bem: fui treinado para ser um médico que trata de orgânico, embora tenha tido durante o curso médico noções muito razoáveis de psiquiatria, psicologia Médica. Talvez não tenha incorporado os ensinamentos que me foram transmitidos... Mas o que gostaria de dizer pra você é que quando não se identifica desde logo uma sequência de eventos que provoque na minha mente um raciocínio fisio-patológico, e desde que o doente, por força das circunstâncias, dê a sua transmissão de queixa uma prolixidade quase estéril, isso, vamos dizer assim, grosseiramente, acaba aborrecendo e impede o raciocínio clínico. Eu me preparei pra um determinado objetivo." (17D)

Na mente do médico existe uma hierarquia de sinais e sintomas. Neste rol, certas queixas trazidas pelos pacientes podem ser desconsideradas. São vistas como invenções da cabeça do paciente, banalidades médicas:

"...a gente vê que a paciente não tem nada clinicamente e ela põe na cabeça que tem." (39R)

"Começam a criar, a somatizar coisas que não seriam reumatismos de verdade. Eles criaram sintomas, por ouvirem falar que é reumatismo." (36R)

É comum rotular esses pacientes como portadores de banalidades médicas, ou de necessitados de um psiquiatra. É aí que eu vejo o grande mal que um raciocínio dessa natureza pode conduzir no trato dos enfermos, porque isso pode mascarar patologia orgânica de fato importante. (17D)

Tudo pode ficar mais fácil, quando uma lesão é visível, pois ali está a queixa, com isso se pensa clinicamente, se acalma:

"Olha, não sei se há alguma dificuldade pra conversar, pra tirar... A paciente chega e ela mostra o que ela tem, entendeu? Então não encontro essas queizas, dores, etc. 'Eu tenho isto' (apontando uma parte do corpo)... Então, ou ela tem, ou não tem... Não tem jeito. A única coisa mais assim que é difícil é quando há prurido. Ela diz que tem prurido no corpo todo e a gente não vê nada (...) Mas o resto é fácil pra gente: 'Há tanto tempo apareceu isto...', a maioria." (32R)

VII.4 ...ENCONTRA-SE UM MÉDICO ANGUSTIADO

A partir desse ponto é necessário acrescentar que, em algum instante da entrevista, muitos médicos, com maior ou menor consciência disso, passavam a falar de dificuldades sentidas como próprias (o objetivo final da primeira pergunta era esse). As entrevistas iam tomando um tom mais depressivo, com menos acusações à instituição e aos pacientes. Percebendo isso, durante nossas conversas, ocorreu, às vezes, de eu sentir certo mal-estar. Também podia me identificar com os colegas em muitas situações de impotência diante de pacientes, psiquiátricos ou não. Meu desejo nesses momentos era dizer algo do tipo: “Desculpa por eu querer te desvelar... Mas pode se abrir, também sou médico, quero compreender. Não procuro culpados...”

Penso que eu, como pesquisador, ao identificar-me com colegas entrevistados, corro o risco de estar dificultando a compreensão do que está ocorrendo. Mas, ao tentar perceber minhas reações, derivadas de minha contratransferência, ou, quem sabe, de meus próprios conflitos, posso tornar essa percepção um instrumento útil e valioso para ampliar minha compreensão.

Instituição e pacientes apresentam problemas inerentes a suas condições, mas a reação do médico, seus sentimentos e o modo de perceber a realidade são de natureza pessoal. Era nessa última ordem de fatores que estávamos mais interessados. Observávamos como as dificuldades se davam na relação, encaixes que ocorriam ou não entre duas pessoas, com suas personalidades, vivências e formação, dentro de situações determinadas. Talvez, então, devêssemos falar em dificuldades relacionais, se quiséssemos alterar o título deste capítulo.

“ Vai muito da personalidade de cada um. Eu sou muito pragmático, não tenho muita paciência, principalmente com aquelas pessoas que têm muita dificuldade em encarar as coisas dela. Eu sempre procurei resolver as coisas pelo lado mais prático, mais simples, deixando o emocional pra segundo plano.” (19D)

O que se passa por trás da procura de uma queixa principal pode ser a relutância em abordar assuntos que não são da “área médica”, atingir o emocional, o cultural: a grande dificuldade expressada pelos entrevistados como impeditiva de uma melhor relação com o paciente:

“Geralmente a maior dificuldade é pra tocar em assuntos que não são da área médica... Tem uma outra queixa, você percebe que não é bem aquilo que trouxe a paciente. E é difícil. Muitas vezes a gente tenta deixar meio livre... Aspectos sexuais, no Brasil é difícil se falar sobre isso... Mesmo outros, que são da área médica mas fogem de uma conduta técnica.” (38R)

“Aquela dor que não passa, algo em que ele se firmaria pra poder chamar atenção, pra ter desculpa, de certa forma. Interiormente dá impressão que ele coloca isso como desculpa pra seus fracassos de vida, etc., e ele se direciona pra essas queixas que cê não consegue atingir, justamente porque o fator emocional e cultural cê não consegue atingir mesmo.” (36R)

Muitos entrevistados referiram-se ao impasse que surge numa consulta em que o problema foge da “área médica”. Não se encontra um caminho, o que angustia muito o médico:

"Tem que pensar um pouco (silêncio). A principal dificuldade é que o paciente se apresenta com algo que não tá bem pra ele. E quando a gente tenta entrar nisso, não aprofunda direito, no porque ele tá mais angustiada. Alguns não têm abertura suficiente para tanto, e outros tentam, mas eles próprios não sabem o que está acontecendo. E eu não tenho como tentar descobrir o que está a contecendo de errado." (1D)

"É difícil, muito difícil. A gente sempre... o médico sempre quer descobrir as causas. Não tem por onde começar... É angustiante, fica bloqueado, não consegue fazer mais nada. Devia ser obrigatório (brincando) ao chegar no consultório: Queiza principal ?..." (27R)

Apegar-se a um interrogatório relacionado diretamente ao sintoma, o que comumente é o que acontece, pode estar escondendo o embaraço para falar sobre temas relacionados à sexualidade, vida conjugal, problemas familiares. Coisas que não se viam no tempo da graduação, não ensinadas, ou não aprendidas. A maioria dos entrevistados lembram essa falta de preparo para abordar e lidar com os vários aspectos da vida de um paciente:

"A minha dificuldade, a abordagem sexual, que não faz parte de nossa rotina. (...) Frequentemente, problemas conjugais..." (29R)

"A abordagem em relação à vida do paciente. Geralmente a gente vai direto ao sintoma. Vida sexual, por exemplo, ou problemas familiares. São coisas que eu não via tanto no interno." (25R)

"...acho espaço, mas não sei como lidar..." 31R)

"Sei pouco de psiquiatria. Quando eu estava passando na psiquiatria, nós levantamos a idéia de uma psicoterapia de grupo com a gente, tentarmos trabalhar os nossos problemas emocionais, pra conseguir trabalhar melhor com os pacientes. Trabalhar o lado emocional do estudante... Difícil ser médico..." (25R)

"A gente tem procurado conversar com o doente. É difícil..." (27R)

VII.5 "DIFÍCIL SER MÉDICO"

Tendo em vista uma compreensão psicodinâmica das dificuldades emocionais relatadas pelos médicos, passaremos a rever algumas formulações psicanalíticas em torno da vocação e prática médicas.

As motivações para a escolha da medicina como profissão são de cunho sociológico, econômico e psicológico. Influem o ambiente familiar e o *status* que a profissão goza na sociedade, trazendo honra, prestígio e gratificação a desejos altruístas de curar os doentes e de atendê-los em suas necessidades. Influem ainda uma sociedade que necessite de médicos, ganhos financeiros, disponibilidade econômica para cursar uma faculdade e o talento inato da pessoa.

SEGUIN (1982) fala-nos de um “Eros terapêutico” presente no fundo de toda vocação médica autêntica, algo mais do que um amor humanitário que o médico possa sentir por seu paciente, senão um “movimento autêntico para o indivíduo particular que se acha diante dele (...) e que não é um doente, mas um homem.” (p. 187)

Para LANGER E LUCHINA (1978) as brincadeiras infantis e seu corolário, as fantasias inconsciente que expressam, são a “matéria-prima” da fantasia vocacional. No caso do médico, a fantasia primitiva centrar-se-ia na esperança e necessidade de curar e recuperar seus objetos queridos. KLEIN (1952) observou como em suas brincadeiras as crianças atacam de várias maneiras objetos que representam partes de seu próprio corpo ou de pessoas queridas. Sentindo-se incapaz de elaborar a culpa originadas desses ataques, de reparar objetos sentidos como destruídos, a criança se vê tomada por intenso sentimento de angústia. Numa interpretação psicanalítica o desejo de curar do médico derivaria do sentimento de culpa provocado por impulsos agressivos e destrutivos.

O “brincar de médico”, tão comum entre crianças, também mereceu a atenção de psicanalistas. Freud já reparara que, entre as brincadeiras infantis lembradas por seus pacientes adultos, o brincar de médico satisfazia especialmente impulsos infantis de curiosidade sexual. Posteriormente, sem perder sua intensidade, essa pulsão sexual pode deslocar seu alvo originário para um outro objeto, que já não é sexual, mas que psiquicamente, se apresenta com ele. “O instinto sexual presta-se bem a isso, já que é dotado de uma capacidade de sublimação: isto é, tem a capacidade de substituir seu objeto imediato por outros desprovidos de caráter sexual e que possam ser altamente valorizados” (FREUD, 1910, p. 72). A resolução satisfatória dos impulsos sexuais através da sublimação é capaz de alterar o alvo da curiosidade: de sexual para, por exemplo, curiosidade científica. Sublimação e reparação expiatória são também utilizadas para lidar com impulsos agressivos e destrutivos. Distúrbios nesses mecanismos podem impedir o médico de controlar seus impulsos agressivos sádicos frente a certos pacientes. Por outro lado, podem ocasionar sentimentos de culpa ou necessidade de expiação que conduzem a atitudes masoquistas.

" O que mais me afeta é a mulher que está grávida e rejeita a gravidez, ou a criança. (Lembra-se de plantões que dava no início da carreira, onde tinha que realizar várias curetagens pós-abortos). Fazia sem anestesia, como uma parte da punição a uma criminosa, e a gente assumia isso: 'Fez aborto?, agora sofre!' A gente se influenciava pelo ambiente. Mas ao longo do tempo mudei minha atitude. Ninguém aborta por prazer. Aborto é uma experiência terrível pra mulher. Atualmente sinto pena."
(8D)

KRAKOWSKI (1973) lança outro olhar em direção ao "brincar de médico", concebendo-o como um jogo de identificações onde a criança assume o papel do pai ou, às vezes, o lugar de uma mãe confortadora e que alivia a dor:

"A brincadeira de médico pode também ajudar a superar ativamente experiências negativas prévias de temor ao pai. A identificação com o agressor assim obtida proporciona sentimentos de auto-estima, o que ajuda o futuro médico a desempenhar seu papel na sociedade. Mas isso pode ser distorcido, resultando sentimento de onipotência e criando características pessoais e profissionais impróprias, tais como a incapacidade de reconhecer e conscientizar-se das próprias limitações profissionais. O médico onipotente pode assumir uma atitude narcisista, a ponto de seu objetivo primário consistir em obter sucesso pessoal, com descaso pelas necessidades dos pacientes." (pp. 159 - 160)

Em seu dia-a-dia o médico atende pais, mães, crianças, pessoas que se assemelham a seus objetos primitivos. Mas que também podem representar

uma imagem de si mesmo, seja de criança ou de adulto. Em seu inconsciente, seus pacientes confundem-se com seus entes queridos ou com ele próprio.

(após ter contado que uma vez permaneceu 2 horas “entrevistando uma mãe desnaturada”): *“Tenho algo semelhante em minha vida. Acabei indo morar com meus avós, achava que minha mãe me abandonou. Ela devia ter insistido mais comigo.” (48R)*

“Quando a gente pega um paciente jovem com quadro de mielopatia, por exemplo, começa a desenvolver uma paraplegia, tetra... e até chegar a isso, lança-se mão de muitas coisas e: ou você não consegue por problemas monetários, estrutura do hospital... ou consegue tudo isso e não consegue o diagnóstico, por estar além de seu conhecimento... É uma coisa angustiante, e a gente se identifica, acaba vivendo no lugar dele... Pensar que eu poderia ter nascido ele...” (49R)

LANGER E LUCHINA (1978) referem-se a esse aspecto específico da profissão médica: a reparação tem de ser feita tão concretamente, sobre seres humanos tão semelhantes a objetos primitivos, de tal modo que deixa vulnerável a quem a exerce:

“Para poder trabalhar adequadamente, sem sobrecarga de tensão, onipotência ou culpa, o médico necessita afastar-se da fantasia primitiva e elaborá-la. Deverá adquirir maturidade e a capacidade de aceitar as limitações impostas pela realidade, de não

confundir demasiadamente os enfermos com seus objetos primitivos, nem consigo mesmo, e de poder tolerar a frustração do fracasso, da incurabilidade e da morte do paciente. Se não se alcança isso, a profissão se torna angustiante, torturante e deixa obcecado quem a exerce." (pp. 133 - 134)

HOIRISCH (1976) destaca como o médico constrói um pseudo-self, idealizado, mitológico, que, através de mecanismos de onipotência, coloca-o próximo do divino, acima da enfermidade e a ela imune. Deposita suas angústias e seu medo da morte projetados em seus pacientes, e é neles que procura suas respostas e seu apaziguamento, podendo negar, assim, sua própria morte. Mas, quando não consegue curar ("reparar") seus doentes, o médico se vê invadido por sentimentos de impotência. E são muitas as impotências: diante da desgraça social, da morte, do paciente que não melhora logo, ou diante daquele que se queixa sabe-se lá de quê:

"O paciente que me faz mal é o paciente chagásico, porque são pacientes que a gente tem muita pouca coisa a fazer por eles, ou nada. É o tipo de paciente que é um coitado na vida. Mas também certas miocardiopatias. É revoltante, pois quando eu estava na faculdade e atendia esses pacientes com Chagas, eu pensava o seguinte: 'Isso aqui um dia vai acabar...' E a gente tá recebendo pacientes que tô vendo que foram infectados quando eu estava no curso médico." (15D)

É realmente difícil lidar. São doentes que voltam frequentemente ao ambulatório. Então chega a um ponto que angustia muito a gente, e a gente não tá conseguindo resolver o problema dele." (30R)

"Pra mim é a angústia de ver logo melhorar o paciente, ter que quebrar a cabeça, ficar em cima dele, esperar ele melhorar... Cê quer resolver logo e sabe que vai demorar... Coma hepático, encefalopatia hepática... Fico muito angustiado com isso aí, não tenho paciência" (Sorri). (95R)

"Não ia deixar ela ir sozinha: no meu plantão ela não vai morrer (...) O plantão é meu, assumi e acabou. Se ela morrer, pelo menos com peso na consciência eu não vou ficar." (41R)

O encontro entre médico e paciente não se rege por elementos objetivos e racionais apenas. Já vimos alguns aspectos inconscientes do lado do médico. Existe também o lado do paciente. O médico, ao entrar em contato com um doente, além de receber uma situação clínica, recebe também uma pessoa, e com ela, expectativas conscientes e inconscientes trazidas à consulta. Em grau maior ou menor, mesmo a pessoa mais equilibrada e forte, ao ficar doente, deposita no médico temores e esperanças racionais e irracionais. Porque estar enfermo infantiliza, coloca o sujeito em estado de regressão e dependência.

Da mesma forma que os pais da infância, o médico é visto pelo paciente como depositário de fantasias repletas de elementos mágicos que configuram a transferência. A criança de dentro do paciente espera reencontrar no médico a capacidade materna de aplacar angústia e dor, de receber suas fantasias terroríficas desencadeadas pela doença e de devolvê-las transformadas, elaboradas e mais aceitáveis. Ou ainda, espera-se encontrar no médico a figura paterna, investida de força e habilidade contra os perigos do mundo externo. (LANGER & LUCHINA, 1978).

Segundo RAIMBAULT (1985), em uma proporção considerável de casos "o paciente coloca o médico em posição, em disposição, inclusive intima o médico a responder a uma demanda de reparação" (p. 34). O médico, atribuindo-se esse desejo, sente-se valorizado:

“Em tais casos, por sua parte, o médico pede ao paciente que o mantenha em posição: na posição daquele que quer o bem de seu paciente, que quer proporcionar-lhe uma reparação. A fantasia de onipotência subjacente a essa demanda e a essa resposta se impõe fortemente no determinismo da conduta terapêutica, ainda que possa, também, ser lido como seu reverso: o padecimento pela impotência.” (p. 34)

Os residentes, como já relatamos, sempre se mostraram mais angustiados ao se verem, ainda com certo grau de inexperiência e insegurança, colocados diante dos problemas da instituição e do paciente, tendo que responder a essa “demanda de reparação.” Seguem, a esse respeito, a fala de um docente e de dois residentes:

“Este ano um residente nosso desistiu, pois o que se vê aqui é um paciente de muito sofrimento, e, sendo aqui um centro de referência... O profissional novo não está acostumado a conviver com a morte. Passa a noite, o dia aqui, e, de repente, o doente morre.” (9D)

“A gente acaba conversando com a família, com os amigos, conta uns casos... Aquela história, né..., que médico não pára de falar de medicina nem quando tá passeando. Então talvez seja nessa hora que tem a válvula de escape, ficar falando, contar pros amigos os casos dos pacientes... Eu, por exemplo, conto mais em casa...” (40R)

“ Eu como residente agora tô com uma angústia maior. Era mais feliz quando era interno...” (começa a chorar). (35R)

Chorava, e não conseguia mais falar. Desliguei o gravador. Conversamos muito... Continuei a entrevista no dia seguinte.

VII.6 "E VEIO CONSULTAR-SE PRA CONVERSAR"

O médico atual pode curar um sem número de patologias, pode fazer verdadeiros "milagres", salvando vidas. Mas, se de um lado o corpo biológico está sendo desvendado e reparado cada vez melhor, de outro, alguns médicos percebem que o sofrimento do paciente escapa de suas possibilidades terapêuticas.

O conhecimento biológico do corpo não se acompanha de um conhecimento do sofrimento do sujeito. Nossa concepção sobre a natureza das doenças é limitada pelo modelo que utilizamos para estudá-las. O conhecimento médico organiza-se de uma maneira científica, como um corpo de representações que provêm da percepção. A própria separação mente/corpo é um artefato que deve ser atribuído ao modo de percepção de nossa consciência (CHIOZZA, 1974).

As conexões de sentido que são feitas a respeito das doenças (e do sofrimento) são colocadas sempre fora, na ciência, e não no sujeito. Acabamos, assim, tendo uma grande dificuldade para lidar com qualquer sofrimento que não esteja diretamente relacionado a uma alteração anatômica visível ou explicação fisiopatológica, uma realidade que vem de um mundo de constante visibilidade, circunscrito pelo corpo do paciente.

Dizer para alguém que algo é "apenas" de origem emocional, não dá *status* ao médico. Na visão dos médicos, segundo BALINT (1973), para

fazer um diagnóstico desse tipo não seria necessário muito mais do que uma mínima capacitação profissional: "Em outras palavras, nesta esfera o homem da rua, é quase tão bom *expert* quanto um médico treinado" (p. 44). Além do mais, se um diagnóstico de patologia orgânica pode conduzir o especialista a uma terapêutica específica, o diagnóstico de problemas psiquiátricos raras vezes rende os mesmos resultados.

Na prática geral, entretanto, a aproximação compreensiva do médico frente ao doente faz cair por terra a supremacia do diagnóstico orgânico. Passa-se a detectar mais o ajuste interno na determinação das doenças, diminuindo-se a tendência de ver o mal sempre fora do sujeito:

"...crianças com surdez, quando há problemas de relacionamento com a mãe, problemas do casal, e não verdadeira surdez. (...) Com adultos, muitos problemas de casal, rouquidão, por exemplo. E principalmente problema sexual: casou virgem, nunca teve orgasmos... de repente isso leva a um problema de voz." (25R)

"O que a gente mexe muito na minha área é fome compulsiva. Ele sabe que tá comendo, ele sabe que tá errado, mas não consegue parar de comer. Então essa é a queixa principal. Agora, o motivo porque ele tem esse comportamento, na consulta, na maioria das vezes, dá pra perceber que é um problema conjugal, de relacionamento afetivo, principalmente a mulher." (1D)

"O que me adiante fazer uma bela cirurgia e depois de uma semana a pessoa se mata?..." (10D)

Nos grandes centros urbanos numerosas pessoas perdem suas raízes e

ligações afetivas. Sem família e sem amigos, o indivíduo vai se isolando, e quando se vê em dificuldades, praticamente não tem a quem recorrer. Se a tensão aumenta, uma válvula de escape consiste em deslocar os problemas para o corpo, procurar o médico e queixar-se:

"E veio consultar-se pra conversar. Deprimida, chora, crises de choro, e que tá saindo do segundo puerpério. O relacionamento do casal agravado após a segunda gravidez, quando deixou de trabalhar. Era professora da pré-escola e que se sente terrivelmente afastada da vida do marido, um executivo. Ocupada com os filhos. Se sente inútil. Procura o ginecologista como indivíduo mais acessível antes do terapeuta. O ginecologista representa hoje o que talvez o padre tenha sido, ou a comadre... As mulheres não conversam mais entre elas. Esses problemas, elas já não falam... Uma de cada quatro ou cinco não tem nada de ginecológico; tem uma manifestação física de problema emocional." (6D)

Alguns médicos vão conseguindo se acercar dos pacientes, de seus problemas de vida, e nos falam de como procedem. De forma empírica, valendo-se de sua vivência, procuram influenciar o paciente. Vão ficando por conta do senso comum muitas atitudes e orientações que não foram aprendidas nos livros:

"Já que a gente não consegue solucionar o problema, tem que abrir pra ele o que tá a meu alcance. Esclareço... Talvez ele tenha uma solução por si próprio; melhoria de sua vida, tentar buscar onde está seu problema." (96R)

"Um problema difícil de lidar é com desajuste sexual, mas acredito que a gente não tenha tanta capacidade assim de lidar com isso. Um segundo problema é o problema da angústia dessas pacientes. A gente ajuda de uma certa forma mais empírica, baseado muito na vivência da gente e do conhecimento." (7D)

"Coloco pra ele que aquilo que estou fazendo como terapêutica pode melhorar, como também não melhorar. Então, o incentivo a superar os problemas, os valores, os problemas familiares..." (30R)

Alguns dos entrevistados falaram em etapas da abordagem do paciente, algo assim como uma estratégia de aproximação. O exemplo abaixo mostra com clareza e graça o que pode acontecer no consultório de um clínico, ao longo de duas ou três consultas:

"... ou então, supostamente cardíacos, que não são. São pacientes ansiosos, muito comum mulher, desajuste matrimonial. Não vou muito a fundo nisso, mas duas, três consultas, e você chega lá, né?! Na primeira consulta, não: ela quer saber se tem um problema no coração. E eu também. Na segunda ou terceira consulta, se ela tem um eletrocardiograma normal, se tem prolapso, então eu pergunto assim pra moça (pode falar, né?): 'Viu, e em casa... tudo bem?' 'É... tudo bem'. 'E os filhos, dão muito trabalho?' 'É, dão...' 'E o marido?' 'Meu marido é um santo...' Todas falam isso. Aí eu já penso: então tá desgraçada... 'Quer dizer então que o marido é bom...' 'É, não deixa faltar nada em casa, trabalhador...' Mas a vida sexual é terrível. Então é trabalhador, geralmente de uma multinacional, faz umas horas extras, sai do trabalho, passa no boteco, toma

umas três ou quatro cachaças, em casa bebe mais um pouco e deita na cama de botina. Sábado vai no "snookinho", bebe mais ainda, e ela fica lá, né. Mas hoje o negócio tá muito diferente, pois a mulher vê novela, revista, conversa com a vizinha e ela pensa: 'Pô! E eu aqui, como é que é o negócio?' Tem muita ansiedade. Talvez eu e o psiquiatra possamos ajudá-la no seguinte: mostrando pra ela que ela tem um problema, que às vezes as pessoas desconhecem isso. (Que nem aquele camarada que viveu trinta anos angustiado e depois descobriu que estava angustiado porque não gostava do serviço. Agora, se o psicólogo fala pra ele sair do serviço, ele responde: 'Como? Vou me aposentar logo, vou sair do serviço? Vou viver do que?'). Então, o que pode acontecer com essa mulher? Largar do marido e pegar outro. Mas pode ser que ela não saiba do problema dela." (15D)

BALINT (1973) demonstra que algumas pessoas ao se verem em dificuldades para resolver problemas pessoais ficam doentes, procuram ou são levadas a um médico. Antes de se fixarem a uma enfermidade definitivamente "organizada", esses pacientes sugerem ou propõem várias enfermidades. Continuam fazendo isso, num estado "desorganizado", até que médico e paciente entrem num acordo, aceitando ambos a justificação de determinada doença, organizando-a, ou seja, a doença se converte, em grande medida, em parte integrante da personalidade do paciente, de modo que se torna impossível separá-la de sua pessoa.

Alguns pacientes permanecem na etapa desorganizada da doença, continuando a sugerir novas possibilidades ao médico. "A variedade de enfermidades à disposição de cada indivíduo encontra-se limitada por sua constituição, sua educação, sua posição social, seus temores e fantasias conscientes ou inconscientes com respeito a doenças. etc." (p. 18). O referido autor acrescenta que um dos mais importantes efeitos secundários – senão o principal – da droga chamada "médico" é sua reação frente às sugestões do paciente, deixando claro o papel que cabe ao médico na "organização"

de uma doença.

As formulações anteriores proporcionam uma maneira de se pensar sobre aquelas pacientes que trazem ao médico uma série de queixas oriundas de problemas psicossociais. Vindas inicialmente sob forma desorganizada, essas queixas não se encaixam nos sistemas de diagnóstico. Pacientes comumente rotulados de “poliqueixosos”, suas queixas vêm num código cifrado, cujo significado é desconhecido tanto do médico, quanto do paciente.

Envolvidos nesse desconhecimento, médico e paciente procuram um nome, um diagnóstico. como se, encontrando a lesão e um nome, pudessem exorcizar o mal, libertando-se da doença e do sofrimento. O paciente, tomado de crescente ansiedade, busca insistentemente a ajuda de um médico, em várias consultas. Ou busca vários médicos, procurando um diagnóstico final, uma “organização” para seu sofrimento.

A reação do médico frente a essa situação pode ser uma postura de disposição e interesse para entrar em contato com esse outro que sofre. Tentará esclarecer o sintoma através do discurso do paciente, e não ler as queixas estereotipadamente, reduzindo cada pessoa a um corpo anônimo. Ou então, o que pode acontecer é que o médico, tomado de culpa e desespero por sua impotência, passa a assumir atitudes defensivas de distanciamento e frieza. BALINT (1973) enfatizou algumas dessas atitudes, tais como: repetição de receitas, eliminação mediante exames adequados, cumplicidade no anonimato (quando, no caso de um paciente cuidado por vários profissionais, adotam-se decisões vitais, ou nada se decide, sem que alguém assuma a responsabilidade pelo tratamento). Sabemos, também, o quanto é comum a prescrição de um psicofármaco, frequentemente para tranquilizar mais o médico que o paciente. Há um exagero no número de prescrições e má orientação dos pacientes (KARNIOL & COLS., 1986).

“Dou uma examinadinha, assim... não procuro entrar no íntimo dele, mantenho a distância.” (41R)

“Nesse tipo de paciente que tem problema de vida conjugal, de vida financeira, procuro racionalizar: minha função não é bem essa; é tratar os problemas orgânicos. Temos (para isso) a ajuda do serviço social.” (31R)

VII.7 “VAMOS DEIXAR PARA A PRÓXIMA CONSULTA”

Em nossa investigação, chamou-nos a atenção como os médicos se defendem de certos pacientes dedicando-lhes pouco tempo, isso associado à técnica de “deixar para a próxima consulta”. A rotulação e o encaminhamento compulsivo desses pacientes ao especialista também são atitudes comuns e serão vistos mais à frente.

Foi algo reconhecido por vários entrevistados: existem alguns pacientes que demandam maior tempo de consulta e um contato mais próximo. Apresentando-se com diversas queixas corporais, certos pacientes procuram atrair a atenção do médico e ganhar mais tempo, mais atenção. Um ardil que às vezes funciona:

“Sei que sempre vai haver um paciente que necessitará de um tempo maior. A gente reserva esse tempo praqueles que a gente não sabe (risos). Dá impressão que o problema é com a gente mesmo. A gente não sabe o que ele tem, pois não se encaixa em nada nos padrões de doença...” (36R)

Não é nada... cheia de manias... Mas tem dor, tem dor... Tento fazer uma triagem na porta, pois muitas pacientes vêm com dor, e algumas já encaminho pro ambulatório. Mas elas sabem como conseguir consulta, né... (risos) 'Piorou muito ontem, não consigo andar...' Então entram e fazem o exame ginecológico. (38R)

Mas nem sempre o ardil funciona. Não se detectando uma queixa principal, ou reconhecendo-se um problema "fora da área médica", o tempo de consulta tende, ao contrário, e mais comumente, a ser reduzido. Uma maneira do médico se defender da ameaça ao seu conhecimento e a sua capacidade de assistir:

"Pra falar a verdade, acho que a gente não dá muita chance pra eles serem poliqueizosos (risos). Acho que é por isso que não vejo tantos poliqueizosos, a gente direciona bastante..." (39R)

"...a gente se dedica um pouco menos do que deveria. (...) no dia em que está cansado, deu dois plantões, aí te incomoda um pouco, cê foge um pouco. Sabendo em que quarto ele tá, cê passa mais rápido por ali." (34R)

"A gente acaba tentando resolver bem rapidinho, no seu consultório, com panos quentes, e acaba não encaminhando." (25R)

Como complemento do pouco tempo dispensado a esses pacientes, encontra-se o recurso de adiar a resposta sobre a ansiedade "do paciente" (não seria do médico, principalmente?) para a próxima consulta:

"Na dependência do tempo que tenho, faço uma coisa ou outra. Se estou na triagem, eu adio a resposta sobre a ansiedade dela para a próxima consulta, pois não tenho tempo de conversar com ela." (99R)

"A gente até percebe, mas falta tempo pra aprofundar na questão. E outra falha grave nossa: a gente não se aprofunda, porque não sabe o que fazer, não tem preparo, não tenho respostas. Na área da sexualidade: 'Olha, na próxima consulta... A senhora conversa com seu marido...' A gente não tem preparo nenhum pra lidar com isso, a gente foge na hora. O máximo é fazer um esclarecimento, uma orientação ridícula que qualquer revista faria igual... Não vale nada, não é o que ela tá querendo." (29R)

Uma próxima consulta que, tendo-se em vista a "eficiência" do esquema de rodízio, nunca será com o mesmo médico:

"Existem alguns problemas menores, que até poderíamos seguir o paciente, mas não existem esses retornos pra nós próprios. Há o retorno pro serviço, mas quando já estamos em outro estágio." (29R)

"No próximo retorno não a atenderei mais, ou o que falamos, não anoto e não lembro." (91R)

Além das dificuldades institucionais existentes que são utilizadas para justificar o pouco tempo reservado ao paciente, bem como o adiamento

da conversa para a próxima consulta, encontra-se a idéia muito difundida entre as pessoas de que um médico nunca tem muito tempo mesmo (o paciente pode até compreender e aceitar a brevidade da consulta). Fazer "visita de médico" é parar pouco para conversar, algo socialmente aceito, considerando-se a vida atribulada e responsabilidades desse profissional. Mas isso é uma meia-verdade. Penso não estar incorrendo em exagero ao supor que muitos médicos, por trás dessa implacabilidade do relógio, não consigam mais aprofundar na vida de seus pacientes, mesmo quando lhes sobra tempo:

A gente acaba perdendo a capacidade... Aquilo que eu sabia fazer quando era interno plantonista, não tenho mais... mesmo se tiver tempo. (28R)

Poderíamos questionar, também, se, no tempo usual de uma consulta, não é possível atingir aspectos mais profundos da personalidade do paciente, desde que o médico altere sua postura, dando atenção para pontos que a pessoa deseje comentar e valorizando seus sentimentos contratransferenciais. (BALINT & NORELL, 1976)

Durante nossas entrevistas, tendo tempo, muitos médicos surpreenderam ao pensar em coisas que faziam tão automaticamente .

...no corre-corre, a gente não tem tempo nem pra parar pra pensar no que a gente tá fazendo né..." (40R)

CAPÍTULO OITAVO

VIII. A palavra do médico e seus sentidos	151
VIII.1 - Pessoa nervosa	152
VIII.2 - Pessoa deprimida	156
VIII.3 - Distúrbio de comportamento	158
VIII.4 - Pessoa histérica	161
VIII.5 - Pessoa poliqueixosa	164
VIII.6 - Pessoa hipocondríaca	167
VIII.7 - Pessoa que somatiza	169
VIII.8 - Função simbólica e construção do real	173
VIII.9 - F.P.T., N.B.U., D.N.V.	176
VIII.10 - Rotular o pobre e a mulher	178
VIII.11 - Queixar-se com o corpo	180

VIII. A PALAVRA DO MÉDICO E SEUS SENTIDOS

“O mundo oferece-se a cada um de nós como um conjunto de significações, cuja revelação obtemos no plano da palavra. A linguagem é o real.(...) O nosso *espaço vital* é um espaço de palavras, um território pacificado, onde cada nome é a solução de um problema.” (GUSDORF, 1970 pp. 35-36)

Reunimos algumas palavras mais utilizadas pelos médicos em seus encaminhamentos ao psiquiatra e solicitamos que eles nos falassem sobre o que de “mais marcante” elas evocavam. Procurávamos, assim, uma porta de entrada para os diversos sentidos que um termo pode conter ou sugerir.

Com este estudo confirmamos uma característica da fala dos médicos, sobre a qual já comentávamos no capítulo I: eles se expressam sobre pacientes com problemas psiquiátricos fora do linguajar adotado pela psiquiatria. No decorrer das entrevistas, antes mesmo de chegarmos à lista de termos, os médicos já se referiam à sua dificuldade com o vocabulário psiquiátrico:

“A gente no encaminhamento também não sabe bem as expressões a serem usadas e como encaminhar...” (7D)

“Há também uma dificuldade que é essa que você tá pesqui-

sando: a gente fala uma lingua diferente, apesar de que o paciente faz a ponte." (6D)

Passaremos a relatar os sentidos dados aos termos que compuseram nossa lista: pessoa nervosa, deprimida, distúrbios de comportamento, pessoa histérica, poliqueixosa, hipocondríaca, pessoa que somatiza.

VIII.1 PESSOA NERVOSA

Segundo alguns entrevistados, o médico emprestaria dos pacientes uma noção de nervosismo, quando quer perguntar ou se referir a dificuldades emocionais:

"Inespecífico...angústia...Acho que é mais palavra do paciente, mesmo." (27R)

"A coisa já é perguntada assim, né? Você é nervoso? Ela vai se encaixar neste nervoso, se ela é ansiosa. deprimida. etc." (15D)

Sabemos, entretanto, que não é só palavra do paciente. É comum en-

tre médicos a referência a um paciente nervoso, em conversas informais, nos prontuários e nas cartas de encaminhamento que reunimos. Ao irmos atrás do sentido dessa palavra, de como ela está incorporada ao vocabulário médico, observamos várias respostas vagas e tautológicas:

“Não uso muito... sem muita paciência, nervosismo... uma pessoa que... nervosa!” (21R)

“Difícil... a gente sente...” (7D)

Uma primeira noção foi a do *sentir-se nervoso*, como algo muito próximo do normal. Somos tão “nervosos” quanto nossos pacientes, identificando-se neles os mesmos problemas de relacionamento, as mesmas preocupações, principalmente com cônjuge e filhos, que qualquer pessoa experimenta:

“Qualquer um é nervoso, me considero nervosa.” (25R)

“Eu sou nervosa, não sei se você percebeu. Irrquieta, muito exaltada... (risos) É muito vago...” (37R)

“Se irrita fácil com o filho, grita com o marido, baixo limiar pra aceitar os reveses da vida. Reage imediatamente.” (31R)

De forma preponderante, ficou para “pessoa nervosa” a noção da ex-

pressão positiva de sintomas, com alto conteúdo emocional e, geralmente de forma descontrolada. As expressões mais usadas para definir essa pessoa, geralmente uma mulher, foram: irritabilidade, ansiedade, angústia, agressividade, agitação, impaciência. Pessoas que sempre estão muito “ligadas”, que chegam ao consultório “carregadas.”

“A que exterioriza ali, na hora que está conversando.” (95R)

“Irritabilidade, vai explodir a qualquer momento. Tudo é motivo pra que ela se altere.” (29R)

“São pacientes impacientes.” (39D)

Houve uma referência a pessoa “aparentemente calmas”, que podem ser nervosas (diz-se “nervosas por dentro”). Outro entrevistado lembrou que alguém pode estar nervoso por problemas econômicos:

“Mas também tem muitas pessoas calmas aparentemente... O taqui, aparentemente, é mais nervoso...” (11D)

“Já quando a gente começa a fazer a história, ela já vem carregada. Geralmente tá preocupada, tensa. Não tá vivendo bem afetivamente e, principalmente, economicamente nos dias de hoje.” (18D)

Nessa denominação de aparências, ficou uma idéia que nos parece importante: qualquer expressão de emoção pode ser rotulada de nervosismo por um ouvinte apressado, que sempre espera comedimento:

“Principalmente o pessoal mais jovem, acaba usando essa expressão praquela paciente mais agitado, ou que fala mais e que expressa mais facilmente sua emoção. Se chega chorando porque perdeu o pai ou a mãe, é considerada uma pessoa nervosa, ou aquele que grita porque o filho morreu...” (15D)

“O cara que tá enchendo o saco, sempre reclamando de uma dor, que está sendo mal cuidado...” (34R)

Apenas um entrevistado teve a percepção de que às vezes quem está nervoso é o médico, o que nos leva a pensar na importância (não reconhecida, na maioria das vezes) dos mecanismos projetivos na idéia que é feita do paciente e na palavra que se escolhe para nomeá-lo:

“Acho que às vezes quem é nervoso é o médico, que tenta resolver o problema do paciente...” (42R)

VIII.2 PESSOA DEPRIMIDA

Ao se referirem a pessoas deprimidas, vários médicos passavam a transmitir corporalmente sua idéia de depressão, passando a falar mais baixo, pausadamente, a voz sumindo, com os ombros arqueados e expressão de tristeza. Interessante este aspecto das respostas, onde, ao lado do esforço para se encontrarem as palavras, tentava-se passar uma imagem do deprimido para o entrevistador. Parece que é assim no caso da depressão: a hipótese diagnóstica é muito mais sentida através da comunicação não-verbal do que pensada:

“É o astral da depressão. Você olha e já sabe... a postura...”
(2D)

“Isso é até uma coisa pessoal, e como a gente se acha incapaz de sair dela, parece que não vai terminar nunca... Um problema insolúvel...” (21R)

“Primeiro é a relação que cê tem com o indivíduo: ele acaba te deprimindo, passando... Cê sente que ele tá numa pior, acaba sofrendo com ele. Outro lado é o que ele diz: deixa de dar importância, insônia, muito valor a problemas. perde o interesse pelo lado mais positivo da vida.” (43R)

“O olhar, a relação dele com o mundo, de mal com a vida. Nada vai bem, chora...” (25R)

As principais características da pessoa deprimida lembradas pelos médicos foram: a apatia, a falta de estímulo para viver, retraimento, choro, pessoas fechadas em si mesmas, que se retraem diante de problemas e se desligam da família, do trabalho e dos amigos.

“O nível de sofrimento que ela transmite. Sem vontade de melhorar, apatia, se entrega ao sofrimento.” (33R)

“Apática, tanto faz, não faz diferença, não tem muita reação, não reclama.” (38R)

Outras características da pessoa deprimida valorizadas pelos médicos foram a pouca verbalização e o desinteresse pelo tratamento:

“Paciente que não fala, que não responde a perguntas, que se nega a comunicar-se, que vê a vida de uma maneira extremamente sombria e sem esperança.” (8D)

“Aquele que teria poucas reações, pouco interesse pela melhora, dificuldades para obter informações...” (36R)

“Aquele que já desistiu de se curar, não tá comendo mais, não quer ser tratado, pra ele tanto faz...” (49R)

Se na noção de “nervosismo” sobressaíam os aspectos positivos dos sintomas, aqui são destacados a apatia, o desligamento e a falta de interesse no tratamento médico. Essa maneira de se reconhecer a pessoa deprimida pode explicar, em parte, a dificuldade dos médicos em fazer o diagnóstico de depressão (depressão doença) naquelas pessoas que apresentam, por exemplo, ansiedade, emagrecimento, obstipação, fraqueza, dores corporais, casos onde a sintomatologia depressiva manifesta-se mais no corpo do que na esfera emocional ou na vida de relação. São pessoas portadoras de depressão que buscam tratamento médico e que se submetem, sem melhora, a uma série de procedimentos diagnósticos e tratamentos.

VIII.3 DISTÚRPIO DE COMPORTAMENTO

Grande parte dos médicos vê nos “distúrbios de comportamento” atitudes fora da normalidade social, ou então, do que é normal para aquela pessoa. Nesse último caso, os distúrbios são relatados por familiares que percebem a mudança:

“É qualificar o que é normal e o que não é. Difícil... Muitos são taxados como tendo distúrbios do comportamento, e que para mim não é muito válido.” (25R)

Um comportamento inadequado dentro dos padrões aceitáveis

para a situação. É normal chorar após um natimorto, mas não ter crises ou rir. (23R)

Alguma coisa que chame a atenção de alguém que o rodeie ou conheça. (26R)

Alguns exemplos foram de distúrbios de comportamento mais leves, exacerbação de alguma característica pessoal. A denominação, neste caso, viria pelo fato de a pessoa estar incomodando a terceiros, inclusive ao médico:

“Acredito que sejam os comportamentos anti-sociais que envolvam terceiros. Quando uma criança não pára na classe, joga o caderno no chão...” (12D)

“É usado muito por pediatra. Traduzo isso por maleducada, ou tem muita, ou tem pouca atenção em casa, problemas de relacionamento dos pais...” (14D)

“...mas é aquele que foge do padrão, que na maioria das vezes quer dizer: incomoda (...) pessoa que chateou o médico na hora da consulta, acho que é isso.” (43R)

A maior parte das respostas referiu-se a distúrbios mais graves do comportamento, geralmente de surgimento abrupto e agressivo, com características bizarras. Foram lembradas as crises psicóticas, confusão mental e perversões sexuais:

"A gente não espera, partindo daquela pessoa..." (98R)

"Fica agressivo, em geral são coisas abruptas." (47R)

*"O marido de minha empregada, que estuprou as duas filhas...
(2D)*

"...como um paciente que tomava esperma, por exemplo." (19D)

*"Tô tentando lembrar de um paciente que saiu vestido com as
roupas de baixo, saía de camisola na rua, comprava determina-
das coisas e vendia mais barato pra toda a família." (1D)*

Chama a atenção o provável lapso do entrevistado seguinte:

*"Acho que é bem freqüente em cirurgias. Aquele que no pós-
operatório fica falando algumas coisas fora da realidade. Cê
vê que ele saiu um pouco, tá confuso, se perdeu no tempo, no
espaço..." (94R)*

VIII.4 PESSOA HISTÉRICA

(risos) *“Lembrei de pacientes do PS, simulando desmaio. Cê olha, vê, tá piscando...” (37R)*

“Qualquer reação assustadora para o médico, principalmente de pacientes de sexo feminino, reações monumentais, mais ligadas ao barulho, tiques, convulsões, uma coisa grande...” (12D)

Segundo os entrevistados, “histérico” é alguém que chega ao pronto socorro (PS), do sexo feminino, com uma crise onde está presente o exagero, o espetáculo, a agitação e a simulação.

Captamos dois sentidos para o que os médicos chamaram de simulação: um de imitação, de semelhança dos problemas histéricos com doenças orgânicas; outro, de estar fingindo coisas para chamar a atenção do médico. A referência a um conflito inconsciente raramente apareceu (ao contrário do ocorrido em “somatização”). O histérico é visto mais como um fingidor consciente:

“Chega no PS simulando alguma doença clássica, já viu alguém com essa doença ou se inventa uma coisa. Imitação com forte componente emocional.” (26R)

“Quando a paciente se liga assim numa doença que não tem, se liga, assim, conscientemente, na doença que não tem. Tem toda a sintomatologia de uma doença e não tem.” (16D)

“Quando as queixas não batem muito com o que a gente tá pensando, então a gente acha que tá simulando alguma coisa.” (39R)

Muitos médicos descreveram as situações que envolveram “reações histéricas” de modo caricato, com um aparente bom humor. Foi o termo que mais provocou riso nos colegas, embora às vezes pudéssemos reparar como a agressividade em relação a esses pacientes se insinuava, explicitamente, ou através do chiste:

“De alguma forma, querendo chamar a atenção... sempre pior que a cara que tá do lado dele.” (34R)

(risos) “Enche demais, é duro... Aí a gente começa a brigar com ela. A gente fica brigando com ela, tentando convencê-la do contrário.” (38R)

“Você insiste e a paciente sempre repetindo aquela manifestação. O que mais marca é a dificuldade de contatuar... Dar uns chocalhões nela...” (21R)

Afastando-se da noção mais comum de crise, dois entrevistados fizeram referência à personalidade histérica:

“...mas também com a personalidade histérica. Gozado, difícil definir... muito angustiada, extremamente conflituosa, insegurança pessoal grande, necessidade de passar isso pra você de qualquer jeito e deslocamento dessas dificuldades para outras áreas.” (28R)

“ Acho que a maioria pensa: chato, espalhafatoso, alarde, que manifesta a doença que tem, ou que não tem, de modo gritante, chama a atenção. Eu já penso numa personalidade mais ou menos definida, um padrão evolutivo que a gente observa que desde o nascimento você observa traços...” (49R)

Lembrou-se, também, de comportamentos “históricos” que são vistos no dia-a-dia nas pessoas em geral, ou em si próprio. Algo mais exagerado, mas que não se distanciaria em demasia de nosso normal cultural:

“Acho que todo mundo é meio histórico no dia-a-dia: explodir, gritar, falar com o outro, novamente algo desviado de um padrão normal social.” (25R)

“É aquela que faz de uma situação comum uma situação anormal. Numa reunião, por exemplo, você percebe que tal pessoa teve uma crise histérica... um cavalo de batalhas...” (4D)

"...hiperérgica, por pequenas coisas e situações que outras pessoas aceitariam. Por exemplo: injeção." (5D)

VIII.5 PESSOA POLIQUEIXOSA

*"Tudo ele tem,
nada tá bem.
Exames clínicos e laboratoriais:
normais." (24R)*

Houve várias acepções para "poliqueixosos." Eles até podem ter uma doença orgânica e manifestar muitas outras queixas, ou fazê-lo de modo exagerado:

"O poliqueixoso é encarado como possuidor de uma doença e muitas outras queixas." (29R)

"Muitas vezes tem alguma doença, mas exagera, pelo menos na nossa interpretação." (34R)

Outras vezes pode ser, simplesmente, o paciente prolixo, que não se fixa a uma queixa principal. Como não ofereceu uma prioridade ao médico, este fica bloqueado, angustia-se, e só consegue ver uma profusão de queixas, geralmente dores, sem sentido (vale dizer, sem base orgânica). A rotulação de "poliqueixoso" teria, assim, dois componentes: 1) vários sintomas corporais, com não fixação a uma queixa principal e 2) bloqueio do raciocínio clínico e angústia do médico:

"Aquele que dói a perna, o cotovelo, a barriga..." (32R)

"Dói tudo, cê vai indo por aparelhos e eles vão tendo..." (33R)

"Aquele paciente que chega aqui e conta toda uma história que não tem nada a ver: 'Porque em 1952 eu tava dirigindo um caminhão, e um vento bateu e não sei o quê...' E fala, e fala... Daí no meio da conversa, eu pergunto: 'e o olho?' 'Não, mas eu preciso terminar de contar isso aí, porque começou a me dar problema de rim, problema na coluna...' e só no fim ele se queixa que não tá enxergando. Começo até a coçar a cabeça, pois ele não tem nem problema de olho; quer mais é contar os problemas dele." (34D)

"Tem tudo e nada definido. Parece que a gente não consegue definir o quadro. Angustia muito. Não há queixa principal... não consigo descobrir o que ele tá precisando..." (35R)

O que mais se viu no poliqueixoso foi a ansiedade, nenhuma referência explícita ao tom depressivo das queixas. Ansiedade com procura de identi-

ficção e apoio do médico. Este último pode chegar ao ponto de não saber mais o que fazer pelo paciente, só pensando em se ver livre dele:

“É aquele que aproveita a consulta ao máximo, e conta desde que o cabelo tá mais ressecado, até que a unha do pé dele tá um pouco mais...” (5D)

“...é o paciente ansioso, que precisa se identificar, apoio, e que, pelo contrário, acaba atrapalhando a relação. A gente, na maioria das vezes quer objetivar o paciente. É mais cômodo, menos angustiante.” (49R)

“Me deixa impaciente, querendo me livrar dele o mais rápido possível. Fala demais e diz pouco, dá muito trabalho. É o mais chato que existe.” (90R)

A julgar pelos relatos de alguns entrevistados, o paciente poliqueixoso já tem um perfil traçado e classificação de subtipos:

“Geralmente é um senhor de meia-idade, ou aqueles velhinhos que vêem que a vida já deu...” (41R)

“...determinado tipo de mulher de meia-idade, muito ansiosa. Às vezes a gente vê que a paciente não tem nada clinicamente e ela põe na cabeça que tem... sintomas digestivos... nem ela mesma sabe explicar direito o que é.” (33R)

Dois tipos: o ativo e o passivo. Aquele que chega contando um monte de coisas, de todos os tipos, e aquele outro que não sabe direito o que tem, e tudo o que você pergunta ele tem, tem, tem... Geralmente não tem nenhum problema grave. (21R)

VIII.6 PESSOA HIPOCONDRIACA

“A minha mãe é! Tem uma vida normal e, ao mesmo tempo, fica procurando doença. Vive procurando os médicos.” (31R)

“Atendo com frequência. E na minha família e do meu namorado também tem... Mania de tomar remédio... Acho que tô com isso, com aquilo, basta ter médico na frente... Listas de medicação pra diversos sintomas...” (3D)

“Uma sacolinha de remédios...” (2D)

Um “impulso incontrolável”, uma necessidade de se “apoiar em remédio” foram expressões utilizadas para dar ao hipocondríaco sua principal característica, na opinião dos médicos entrevistados: sua relação com medicamentos, às vezes sem procurar médicos.

“Precisa tomar medicação, mesmo sem procurar médicos. Um impulso incontrolável de sempre fazer uso de medicação.” (26R)

“Aquele que a gente percebe que quer remédio. Tem relação com doenças e remédios. É diferente do poliqueizoso, que tem tudo ao mesmo tempo. Ele percebe, talvez, que você já sacou que ele não tem nada, começa a procurar outra coisa... “mas eu também tenho tosse...” “mas o senhor não tem nada no estômago.”.. procura conversar com você.” (28R)

Os médicos exercem uma atração irresistível sobre os hipocondríacos, da família ou em reuniões sociais. Os relatos seguintes dão idéia do que o médico sente frente a essas pessoas. Não parece ser uma relação fácil, cercada de desconfiança de ambas as partes, antipatia, e, às vezes, menosprezo pelo paciente:

“A minha mãe diz que é duro conversar comigo, pois faço de tudo pra não conversar sobre remédios e doenças fora de meu ambiente.” (13D)

“A gente fica totalmente desnorteado...” (4D)

“É doente em que eu não acredito, não confio.” (30R)

Diferentemente dos poliqueixosos (“têm tudo ao mesmo tempo”), o hipocondríaco mostra mais convicção nos sintomas referidos, é mais ligado

a remédios, muda mais de médico e de medicação, procura doenças. O "poliqueixoso" só reclama, é mais fiel a seu médico:

O hipocondríaco sente um certo prazer em ser diagnosticado e curte aquela doença. O hipocondríaco não te pergunta, não se queixa, ele te afirma, quer um remédio que trate da úlcera dele. O poliqueixoso já não te busca com tamanha convicção." (49R)

"O hipocondríaco é mais disciplinado, toma o remédio, guarda o nome... O poliqueixoso tomou um remédio aqui, outro lá... "tudo o que já existe no mundo." O hipocondríaco sabe até quantos miligramas." (38R)

VIII.7 PESSOA QUE SOMATIZA

"Então, sempre que o médico quer se livrar de alguma coisa, ele usa isso, né: tá somatizando. Mas acho que o que mais marca é não ver qualquer correlação entre a queixa e a patologia evidente." (21R)

"Não entra em nossos esquemas, não melhora..." (24R)

Somatização foi de longe o termo mais usado pelos médicos durante as entrevistas, ao se referirem a seus pacientes, ou ao tentarem definir outros termos psiquiátricos. No entanto, parece ser um daqueles conceitos desenvolvidos pela psicanálise incorporados ao linguajar médico, mas não em sua profundidade. Usado, via de regra, com certa superficialidade e equivocadamente, não implica uma mudança de postura diante do paciente no sentido de ajudá-lo. Mais parece um escapismo, um rótulo que vai encerrar a abordagem do paciente, não abrindo caminhos para o aprofundamento em sua problemática de vida.

“Aquele que se preocupa muito com trabalho, stress do dia-a-dia, começa a apresentar sintomatologia, principalmente gástrica, a somatizar o problema.” (46R)

“Em geral se queixa do coração, chega gritando, sugestivo de um ataque histérico mesmo, e não há um padrão para uma doença.” (27R)

“Vida ambígua... Por exemplo: usa pílulas e o pai não sabe. Então começa a converter sintomas pra área ginecológica. Ou também a que não consegue ter prazer sexual e joga tudo na laqueadura, na pílula que está tomando, pra uma dor que aparece no corpo.” (31R)

Não se achar “nada” (uma causa orgânica) para os sintomas leva muitos a questionar a realidade ou não das queixas, se se trata de simulação. Somatização é encarada como diagnóstico de exclusão, e mesmo quando todos os exames foram feitos, o médico pode continuar desconfiado:

“Na minha área é difícil diferenciar o que é real do que é somatização. Por exemplo: taquicardia, parestesias, sudoreses. A gente fica com o pé atrás...” (39R)

“Aquele um que cê tá procurando uma doença nele, não consegue achar, e que ele tá se queizando de uma doença que não existe.” (34R)

“Costumo dizer aos residentes que todo diagnóstico de piti, HY é um diagnóstico de exclusão. Às vezes não se acha nada e diz que está somatizando. Tem muita limitação de quem está avaliando e da própria limitação de fazer diagnóstico e entender certas coisas. Existe uma boa parcela que a gente acaba se convencendo que é emocional, entretanto...” (19D)

Para falar sobre somatização, os entrevistados usaram muitos outros termos psicológicos, comumente com redundância e certo grau de confusão. O sentido de “transferência”, por exemplo, aparece em sua concepção mais corrente: a de um problema que “se transfere” do inconsciente para alguma parte do corpo.

“...seriam problemas que a pessoa, assim, tá vindo no dia-a-dia dela e ela tem algum órgão de choque, e a dor pode ser uma maneira dela manifestar o que está vivendo.” (44R)

“Aquele que tem a capacidade de botar no seu corpo determinadas injunções psíquicas que faz ela sofrer em seu corpo.” (5D)

“Transferência, né? Começa a simular sintomas que na verdade não existem, né? Tenta chamar a atenção de alguma forma, colocando no organismo algum tipo de dor.” (3D)

“...transfere um sintoma mental para determinada área do corpo, do inconsciente que dá como sintoma.” (12D)

Os médicos não pareciam se irritar ao falar desses pacientes. Quando conseguem ultrapassar o obstáculo da “irrealidade da doença” reconhecem a existência de um conflito psicológico, relacionando as queixas orgânicas com problemas emocionais, o paciente “pedindo ajuda”, e com “carência afetiva”:

“Conversa, conversa, e acaba descobrindo que ele tem problemas emocionais e acaba relacionando as queixas orgânicas com os problemas emocionais.” (42R)

“O paciente tem um problema na esfera emocional e inconscientemente começa a transferir esse conflito pro organismo, que passa a dar sintomas, passa a apresentar pro médico como um problema orgânico. Tá procurando alguém pra ajudá-lo.” (49R)

“Quadro de sintomas que servem pro começo de conversa. (...) É uma carência.” (6D)

VIII.8 FUNÇÃO SIMBÓLICA E CONSTRUÇÃO DO REAL

A língua é um sistema de símbolos que exprimem idéias. As palavras que estudamos puderam conduzir à compreensão de relações de significação feitas pelos médicos, ao convencionarem os sentidos dados a essas palavras. Se consideramos que a linguagem substitui uma realidade por um sistema simbólico, o que procuramos fazer aqui foi o caminho inverso a isso: dos símbolos para mais próximo da realidade que os gerou, relacionando as respostas dos médicos com a realidade não-verbal que o acontecimento verbal simboliza.

Observamos que as palavras que estudamos surgem dentro de um novo senso comum, ou com novos sentidos, a partir de um conhecimento adaptado a outras necessidades, obedecendo a novos critérios e valores internalizados. Com sua utilização repetitiva, perdeu-se muito de seus sentidos primitivos, bem como do conteúdo emotivo que as acompanhava.

“Testemunho da autenticidade do ser, a linguagem é também, portanto, a sua contra-facção. O senso comum embota o sentido próprio dos termos. As palavras de cada um só se tornam as palavras de todos, ao perderem a sua intenção, ao degradarem-se progressivamente, tal como escurece uma moeda nova e brilhante, uma vez posta em circulação. Em vez de coincidir com o valor, a palavra é apenas a sua etiqueta.” (GUSDORF, 1970, p. 39)

Não pareceu ser fácil para os entrevistados pensar na maneira automática

com que se costuma nomear uma pessoa e seus comportamentos. No momento da lista de termos não insisti. Conte-me com a livre enumeração de adjetivos e dei valor ao uso de expressões vagas e a gestos. Muitos vezes os médicos ofereciam-me apenas fragmentos de seus pensamentos, calculando que eu mesmo poderia reconstruir o contexto e relações necessárias:

"Difícil... a gente sente..." (7D)

"Uma sacolinha de remédios..." (2D)

Para MOSCOVICI (1978), nessa comunicação de meias-palavras e do subentendido, é flagrante o deslizamento do pensamento para a linguagem: falar e pensar identificam-se. "Pensamento e comunicação desenrolam-se, assim, de um modo econômico" (p. 258).

Mesmo a explicação sobre a lista de termos e a forma de perguntar ("o que os médicos querem dizer...") não impediu a irritação de alguns entrevistados em relação àquilo que seria o jargão psiquiátrico, de pouco sentido para a prática geral:

"Pra falar a verdade, não entendo nada dessa questão de manifestações sintomáticas, físicas, de uma alteração emocional. Acho que a grande parte desses casos são casos que se trata na realidade com uma anamnese e relação médico-paciente bem feitas. (irritando-se) Pra mim não existem histéricos, hipcondríacos... apenas pessoas com ansiedade, sem distúrbios psiquiátricos. Mesmo os psiquiatras rotulam demais." (6D)

Novos, ou com significações diferentes, esses termos não querem dizer apenas simplificação ou distorção. Os qualificativos e idéias que a eles se incorporam dizem respeito às conseqüências da propagação de um modelo psicológico no meio médico, à “naturalização” operada pelos médicos, segundo suas necessidades e valores. A linguagem faz um papel de mediador nesse processo, constituindo-se, assim, num objetivo adequado para se estudar o que acontece quando um conceito sai do domínio dos especialistas para o senso comum. No nosso caso, como os médicos o representam e modelam e por que vias se constitui a imagem que se faz de uma palavra.

Outra questão que nossa investigação levanta gira em torno do determinismo linguístico. Entende-se por isso que não controlamos a língua. Também ela nos controla, impondo uma realidade simbólica que se confronta com a realidade propriamente dita (AMADO & GUITTET, 1978). Pois a linguagem interpõe-se entre o homem e o mundo, ela não é de um, mas de vários, ela está *entre*. Desde criança é a linha de encontro entre o eu e o outro. A linguagem também interpõe-se entre cada homem e ele mesmo, como uma tela que o desfigura a seus próprios olhos, confundindo-o (GUSDORF, 1970).

As palavras que investigamos devem ser vistas, portanto, tanto em sua função simbólica, aglutinando uma nova constelação de conceitos, como também em sua função de construção do real, orientando o pensamento e determinando o comportamento dos médicos frente a seus pacientes. Assim, pensar em alguém “somatizando” ou tendo uma crise “histérica” significa condutas diferentes, isso orienta a relação com o outro e com o meio ambiente.

*“Na hipocondria já vem escrito D.N.V (no prontuário do paciente), e o médico seguinte já trata meio assim, no tapa...”
(49R)*

VIII.9 F.P.T., N.B.V., D.N.V.

Existem rótulos novos, rótulos velhos, regionais e universais. Os rótulos mudam com a moda e com a necessidade. Nas visitas à beira do leito numa enfermaria de oncologia, pode-se ouvir o FPT (fora de possibilidades terapêuticas) e o NBU (no bico do urubu), quando os médicos querem se referir a pacientes terminais.

“A tendência é DNV e tratar como tal ou encaminhar. é uma fuga de nossa limitação. Não conseguimos resolver, então: DNV.”(29R)

DNV (distúrbio neuro-vegetativo) são muitos pacientes com sintomatologia sem base orgânica, que recebem atenção menor do que aqueles considerados “realmente doentes.” Seria este o significado do “tratar como tal”: um tratamento menor, com menor empenho do médico. Frequentemente a rotulação antecede o encaminhamento (também com um interesse menor) ao psiquiatra.

*“Não costumo usar esse diagnóstico. Atrapalha muito ver um DNV na pasta. Muitas coisas são mascaradas com esse rótulo.”
(3D)*

O que são esses rótulos, siglas que os médicos inventam? O nome mais

banal já é capaz de objetivar algo, explicar o que é desconhecido e repartir entre categorias socialmente aceitas o que é conhecido. A palavra é, portanto, um instrumento importante e preciso para a conquista e construção de um mundo de objetos menos assustadores.

Cada palavra é a *palavra da situação*. F.P.T., N.B.U., D.N.V. resumem o estado do mundo em função da decisão do médico. “Aos objetos do mundo correspondem estados de espírito dos quais basta a designação para trazer a resolução das ambiguidades internas(...) dar uma palavra ao enigma de incertezas pessoais e já, por isso, ultrapassar a incerteza” (GUSDORF, 1970, p. 35).

As expressões utilizadas para rotular envolvem as resistências do médico em lidar com determinadas situações, tornando-se uma saída para esquivar-se da incerteza, bem como para controlar a angústia e sentimento de impotência frente ao paciente. Através desses termos obscuros os médicos também mantêm entre si um patrimônio comum de aparente compreensão e unem-se pela comunhão de valores da classe. Rotulando, o médico coloca o problema fora de sua área de competência, para continuar competente. Por fora, também fica o paciente, que não pode penetrar no significado das expressões utilizadas para classificar e determinar sua sorte.

VIII.10 ROTULAR O POBRE E A MULHER

Segundo LEVINE (1972), a definição do indivíduo como problema se dá quando não encontramos um lugar definido para seu comportamento inesperado ou atípico, comportamento este que interfere com o desempenho do médico assistente em sua missão. Antes da rotulação, existe, portanto, a detecção de um caráter desviante, que não é inerente ao comportamento social em si, mas sim construído através de processos de controle social. Há regras cuja infração constitui um desvio, “anormalidade”, e a reação é rotular.

Ao estudar o problema da migração e rótulo psiquiátrico. ALMEIDA FILHO (1986) lembra que aqueles que não atendem ao chamado da produção tendem a ser excluídos do reino da normalidade, oprimidos por estruturas de poder subjacentes à rotulação:

“Entretanto, o sujeito não é um peão indefeso em um sistema demoníaco. Existe uma maior ou menor “liberdade de ação” a nível consciente ou inconsciente. O que de fato caracteriza uma relação opressiva é o controle diferencial sobre a própria relação e sobre o número e qualidade das escolhas disponíveis para os elementos nela envolvidos, incluindo a opção de terminar o relacionamento.” (p. 237)

O médico, ao rotular um paciente, não está apenas reconhecendo a existência de um comportamento desviante, mas também exercendo uma

atividade de controle social. Isto deve ser lembrado, principalmente diante da freqüência com que, principalmente nas grandes cidades, tenta-se transformar em doenças psiquiátricas um sem número de problemas de natureza social e econômica das camadas mais pobres da população que procura atendimento médico.

O pobre e a mulher foram freqüentemente ligados aos termos que pesquisávamos:

“Existe alguma coisa que chamo de desajuste vivencial da própria condição de mulher(...) São em geral muito ansiosas, apresentando com freqüência alta referência de sintomas físicos, quando você não encontra o problema físico, ou uma correlação clínica que o justifique na intensidade que está descrito (...) Extremamente desvalorizadas, por falta de oportunidade ou recalque brutal que o marido introduz sobre ela. A própria dominação da família, dos filhos e de atividades caseiras que acabam estourando por volta dos 30, 35 anos. Esses são os casos disparados que a gente encaminha...” (6D)

Não costumo usar este tipo de termo (poliqueizoso). Deve ter uma patologia orgânica, normalmente com problemas sócio-econômicos mais importantes. Então, os problemas se misturam muito. O rico é mais hipocondríaco. (31D)

No consultório é um sujeito que tem cefaléia, tontura, cansaço. Agora, aqui no hospital, o poliqueizoso é aquele paciente que, aparentemente, não tem nada. DNV não tem nada a ver, né? E não é bem assim, né? Só porque é pobre...? (15D)

A julgar pelos dois últimos relatos, que relacionam o paciente poliqueixoso e sua condição sócio-econômica, pareceu-nos que entre alguns médicos, poderia haver algo do tipo : pobre (atendido na instituição) é poliqueixoso; rico (atendido no consultório particular) é hipocondríaco. Rótulos também têm diferentes *status*: "Pobre correndo é ladrão; rico correndo é atleta."

VIII.11 QUEIXAR-SE COM O CORPO

Ao longo das entrevistas, os médicos freqüentemente expressaram suas dificuldades com pacientes que trazem inúmeras queixas corporais, para as quais não se encontra um diagnóstico somático. Dificuldades que se apresentam tanto para nomeá-los, quanto para se lidar com esses pacientes, atualmente chamados de "somatoformes."

KAPLAN E SADOCK (1984) assim se referem aos aspectos clínicos desses pacientes: queixas somáticas múltiplas que aparentemente não se devem à doença física. Curso crônico, flutuante, começando geralmente na segunda década da vida, predominantemente em mulheres. Queixas vagas, de forma dramática e exagerada. História de tratamento com vários médicos, exames e cirurgias. Presença de ansiedade, depressão, dificuldades inter-pessoais, problemas conjugais, traços de personalidade histriônica. Incluem-se : somatização, conversão, dor psicogênica, hipocondria, entre outros distúrbios.

Para BALINT(1973) o ato de queixar-se é um fenômeno social por excelência, e enfermidades funcionais permitem que os pacientes se queixem. As mesmas síndromes constroem-se de diferentes maneiras em diferentes

culturas e os rótulos são construções sociais que se fazem para essa realidade clínica (GOLDBERG & BRIDGES, 1985). Os médicos, por sua vez, reparam naquilo que os rótulos os encorajam a procurar.

Levado pelo estigma da doença psiquiátrica e pela dificuldade de expressar problemas psicossociais, o paciente oferece sintomas corporais a seu médico. O corpo fala sobre aquilo que a mente silencia. Ambos passam a pensar biologicamente, ambos esperam tratamento médico. Entrar no labirinto psicológico é perigoso, e o compromisso somático é aceito, às vezes, como a solução menos perniciosa, menos dispendiosa. (SARANO, 1978). Nessa trama, alguns médicos “produzem mais somatizações” que outros. Depois de encontrar um rótulo para a problemática do paciente, cada médico elege o que vai tratar.

Para o paciente fixado a queixas corporais, deve haver algum problema, mas como o doutor não achou nada, a culpa, então, é do médico. Assim, após a projeção de seus conflitos no espaço corpora, projeta-os no médico. A partir daí, uma série de recompensas e punições podem tornar vantajoso o papel de doente, e fica difícil para o sujeito sair dessa posição. Produz-se um paciente crônico, com “organização” de sua problemática como doença.

O desvendar dessa trama em que o médico e paciente se envolvem está condicionado ao reconhecimento de que o sofrimento por uma doença não tem sua realidade localizada unicamente no espaço de um corpo anônimo, mas em um “espaço” diferente: o espaço de relações do indivíduo com seus objetos internos e com a totalidade de sua vida.

Para RAIMBAULT (1985) o reconhecimento do outro em seu particular supõe uma possibilidade de conhecimento livre da normatização, da censura e da repressão que conduzem ao rótulo. Ninguém pode existir se, pra começar, sua existência não é reconhecida. E essa possibilidade de reconhecer o outro permite que ele mesmo se veja reconhecido, mudando a organização de seu padecimento.

“O que o paciente demanda é um saber relacionado a seu corpo, a sua identidade. E se dá o caso de seu corpo, mesmo lhe pertencendo, ser utilizado segundo um código que ele mesmo não conhece e que não é o código do corpo médico também. Esse código torna possível a expressão do desejo de saber: o que o paciente não sabe é que seu corpo está cifrado em um discurso específico. Antes que esse discurso particular apareça e seja assumido, o paciente se apresenta com seu corpo, cuja marca é tal ou qual sintoma.” (RAIMBAULT, 1985, p. 27)

“Mas às vezes o próprio sistema de saúde que ele busca que é hipocondríaco, lida com a medicalização do paciente. E pro médico, também é uma forma de ele pensar que tá curando uma coisa e na verdade não tá.” (25R)

CAPÍTULO NONO

IX. Encaminhamento e relação médico-paciente	184
IX.1 - O paciente identificado	184
IX.2 - "Não tenho critérios, tenho dificuldades"	188
IX.3 - "Não tem nada. Então: manda pro psiquiatra"	193
IX.4 - "Me liberei, passei a bola"	194
IX.5 - "Jogar a bomba"	197
IX.6 - Crise de confiança	199

IX. ENCAMINHAMENTO E RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

No capítulo I, transcrevemos algumas cartas de encaminhamento ao psiquiatra. Tínhamos em mente fornecer as várias e novas situações nas quais um profissional de saúde mental, trabalhando em um hospital geral universitário, é chamado para atuar. Seguem, agora, algumas respostas dos entrevistados à questão: Qual foi o último caso encaminhado?

IX.1 O PACIENTE IDENTIFICADO

Para uma questão objetiva obtiveram-se respostas objetivas, situações onde quem apareceu necessitando de ajuda foi um paciente identificado. Tendo aqui tão somente o relato dos médicos, não poderíamos abarcar os diversos aspectos envolvidos em cada encaminhamento, nem fazer tentativas de classificação. É, portanto, uma enumeração do que foi mais comum entre as respostas. Amplia o que, na visão dos médicos, seria o lugar do psiquiatra na assistência aos enfermos:

(a) Problemas psiquiátricos detectados:

“Uma paciente com crises parciais complexas e histeria. Há um grande número de pacientes com epilepsia com problemas emocionais. É muito comum o encaminhamento”. (12D)

“Há dois meses, um paciente da Retaguarda. Ingeriu um copo de Baygon, 40 anos, de um nível sócio-econômico razoável, bem diferenciado, e estava sem vontade de viver”. (46R)

(b) História progressiva de internação psiquiátrica ou uso de psicofármaco:

“Um paciente de 64 anos que já havia tido 17 internações psiquiátricas, pra mim, psicótico. Chegou contando que tinha umas idéias que atrapalhavam a mente, pensando em matar a mulher com um litro de álcool”. (3D)

(c) Doenças não psiquiátricas acompanhadas de distúrbios mentais:

“Uma paciente extremamente deprimida. Há alguns anos atrás, após mastectomia, esta paciente que era deprimida e extremamente angustiada com tudo na vida, inclusive hipocondríaca, por incrível que pareça, depois dessa terapêutica passou a viver bem melhor. E até meio por brincadeira ela dizia que o problema da mama tinha resolvido o problema psíquico dela. Mas recentemente entrou numa nova crise depressiva, queria um novo psiquiatra”. (5D)

(d) **Problemática sexual**

“Uma garota, com problema sexual, não conseguia chegar ao orgasmo. Fora do casamento era mais atraída por outros rapazes, e encaminhei pra psicóloga lá mesmo”. (29R)

(e) **Problemas familiares**

“Uma menina de 17 anos, gordinha, que fazia uma série de regimes, emagrecia, depois voltava a engordar. Ela me disse que já estava cansada desta história, e eu perguntei se ela sabia o motivo dessa coisa de emagrecer e engordar. Ela me disse que sabia, e me deu a impressão de que era um problema familiar muito grande, a mãe era gorda e induzia ela a comer. Então eu sugeri um psiquiatra”. (1D)

(f) **Pacientes internados que manifestam alterações graves do comportamento:**

“Um paciente alcoólatra, internado, que entrou em abstinência”. (45R)

“Quando os oncológicos começam a apresentar alteração do comportamento, pra esses a gente pede interconsulta. A última foi um caso que a paciente entrava em todos os quartos, não queria tomar o remédio achando que era veneno, não deixava a gente conversar com ela, desorientada”. (24R)

(g) Pacientes que não colaboram com o tratamento

“Uma paciente com hipertireoidismo, há longa data. Ela fala que sabe que tem que tomar dois comprimidos de manhã, no almoço e à tarde, mas não toma...” (33R)

(h) Em condutas altamente invasivas e mutilantes:

“Um paciente da cirurgia oncológica que se faria uma hemicorporectomia. Pedimos, é lógico, um acompanhamento de todas as áreas. Era um caso em que ele estava vendo a doença acabar com ele, e ele estaria condenado a passar uma vida com a metade dele só. A dor insuportável, também...” (34R)

(i) Para obter ou revelar uma informação:

“...no exame, útero aumentado, com características que estava abortando. E ela negava o tempo todo, dava muito problema, não se deixava examinar, muito boa de papo, mas negava completamente a gravidez. Depois que a psiquiatria veio, ela acabou contando: parou de tomar pílulas por quinze dias, voltou a tomar como se não tivesse interrompido, tendo relações sexuais”. (21R)

(j) Dúvidas entre etiologia orgânica ou psíquica:

“Atendi no PS. Uma senhora idosa com agitação psicomotora, alucinações desencadeadas por problemas relacionais com a família, após perda de um filho. Ficou a dúvida se era um problema psiquiátrico desencadeado ou outra coisa”. (27R)

(k) O paciente que “não tem nada”

*“Faz umas duas horas, uma garota se queixando de dor abdominal, com a família toda em volta. A gente foi conversando, começando a examinar, ela foi relaxando e no fim do exame, clinicamente não se encontrou nada”.
(19D)*

Dentro dos objetivos deste estudo não estaremos exatamente interessados nos diversos tipos de distúrbios psiquiátricos remetidos ao psiquiatra ou em critérios clínicos de encaminhamento, mas em como se encaminha, sentindo-se o quê, para quê. Abordaremos os encaminhamentos tendo em vista seus significados e processo em que ocorrem: o que os médicos tentam antes de encaminhar, o que sentem, sua expectativa, a escolha e a relação mantida com o especialista em saúde mental.

O relato dos entrevistados proporciona outras leituras, além do problema exclusivo do paciente: o médico, com seus conflitos pessoais e dificuldades na relação com o paciente, funcionamento institucional e vínculos grupais dentro da instituição, bem como aspectos da relação médico-médico.

IX.2 “NÃO TENHO CRITÉRIOS, TENHO DIFICULDADES”

Inadequação, desamparo, dificuldades e sofrimento do ponto de vista emocional são experiências comuns a todos nós, em todos os tempos. No

âmbito do hospital geral, quem determina que essas situações não serão material para um padre, assistente social ou para um familiar do paciente, por exemplo, é o médico, que decide encaminhar ao psiquiatra.

O registro de algumas circunstâncias em geral motiva o encaminhamento, ainda que se desconheçam os motivos profundos do mesmo. Segundo nossa experiência, a prática de interconsulta psiquiátrica com pacientes internados pode fazer leitura tanto das necessidades da população de pacientes que são assistidos, como da que presta assistência:

"A paciente teve um ataque, me xingando de estúpida, grosseira. Foi gozado ver minha desorganização. Chamei a psiquiatria, atordoada. É difícil pra gente aceitar que vai ficar cuidando do problema psicológico dela, não aceitava a reação emocional dela". (29R)

O médico também precisa de ajuda psicológica. Para sua própria higiene mental, quando ele atinge o limite de sua capacidade técnica, pela ansiedade despertada por um caso, ou mesmo por ruptura da continência que a instituição lhe proporciona.

Além do mais, frequentemente a solicitação de atendimento psiquiátrico é complicada por sentimentos de ambivalência, pelo mito em relação a doenças mentais, hostilidade, dissensões na equipe assistencial e mesmo desespero do consulente.

"A gente normalmente envia as pacientes mais trabalhosas. Não enviamos todas, senão vocês não iam dar conta". (7D)

“Já mando de cara os que vem apresentando algum tipo de delírio. Paciente que exige muito, ansioso, procuro conversar mais com ele, pra não ficar encaminhando muito uma coisa que poderia ser facilmente resolvida. Mas não gosto muito...” (9D)

“É mais a intensidade do sintoma que me faz encaminhar, quando acho que só o paciente sozinho não vai conseguir vencer”. (12D)

Em cada serviço, para cada médico, há um grau de tolerância para distúrbios mentais que condiciona os encaminhamentos. O nível de tolerância é influenciado por vários fatores, entre os quais: frustração diante de dificuldades diagnósticas, ansiedade frente a doenças graves ou inesperadas, insatisfação com a resposta ao tratamento, sobrecarga de trabalho, ou conflitos pessoais.

“Encaminho com muita frequência. Não digo com exagero. Mas aqueles doentes em que, usando do direito e do estilo paternal que o médico tem no consultório, e que de forma coloquial eu dou conselhos de regra prática da vida, e isso não provoca uma resposta favorável em curtíssimo prazo, invariavelmente, encaminho”. (17D)

SCHWAB & BROWN (1968) consideram a má utilização do encaminhamento quando ele é feito exclusivamente porque o nível de tolerância foi excedido, vindo nesta atitude o resultado de sentimentos de hostilidade e punição dirigidos ao paciente.

"Alcoolista eu mando todos. Lá na minha faculdade todo alcoolista que eu atendia eu mandava (...) Eu sofria, pois realmente não consigo fazer uma relação com alcoolista. Então encaminhando, sabe". (41R)

Segundo nossa visão, tais encaminhamentos não significam, entretanto, apenas descaso ou intenção consciente de punir. Parecem antes, reações contratransferenciais despertadas pelo contato com o paciente, que podem ser acompanhadas de sentimento de culpa do médico por não oferecer cura integral àquela pessoa. Amiúde a reação do médico é de culpa e desespero ante o fato de seus exames mais conscientes e refinados não propiciarem verdadeira luz sobre a doença, e de sua terapêutica não produzir alívio ao padecimento do doente.

Observamos que os médicos evitam encaminhar ao psiquiatra. Podem negar a problemática do paciente e seus sentimentos de frustração:

"A gente acaba tentando resolver bem rapidinho, no seu consultório, com panos quentes, e acaba não encaminhando". (25R)

KNOBEL (1986) realça que as perdas de capacidade de funcionamento profissional com a criação de uma especialidade implica um abalo no desejo do médico de propiciar cura integral a seus pacientes. Surge uma situação de luto que não pode ser aceita de imediato e prazerosamente. A entrada de um psiquiatra na relação médico-paciente pode acentuar "fantasias paranóides de cerceamento" de um poder reparatório que ansiosamente o médico deseja reter para si. E complementa:

“As vezes o que aparece é uma ansiedade depressivo-melancólica, que pode obrigar a uma defesa maníaca de negação dos próprios conflitos e a uma minimização da problemática psicológica dos enfermos (...) Outras vezes esta mobilização depressiva permite ao médico reconhecer suas limitações e avaliar mais adequadamente suas possibilidades, o que facilita seu encontro com o psicoterapeuta...” (p.35)

Acreditamos que em muitas situações a necessidade de encaminhar ao psiquiatra é algo que vai sendo elaborado, com frequência de modo penoso. Tal elaboração passaria por etapas: espera-se pôr um termo nas investigações clínicas, tenta-se um antidepressivo ou ansiolítico (melhor do que encaminhar para um desconhecido que usa um referencial distinto), procura-se dialogar...

“Primeiro a gente investiga. Se não encontra nada, encaminha”. (32R)

“Uma coisa que a gente pega muito é depressão, mas não mando logo prum psiquiatra. Pelo sistema nosso demora muito. Dou um anti-depressivo, espero antes de mandar”. (49R)

“Na primeira etapa, quando detecto o psiquismo influenciando no somático, eu procuro na maioria das vezes dialogar com a paciente e e saber o que está ocorrendo. Na maior parte das vezes ela sabe o que está ocorrendo, mas não tem condições de enfrentar aquele problema. Acho que é mais ou menos isso”. (5D)

IX.3 “NÃO TEM NADA. ENTÃO: MANDA PRO PSIQUIATRA”

É muito comum recebermos pacientes em quem “não se achou nada”. Chegam dizendo que vieram “por nada”, mandados que foram a “um outro médico”, ou ao “neurologista”. Obviamente não houve qualquer investimento no encaminhamento desses pacientes que, segundo o linguajar corrente, “caem de pára-quedas”.

“É... às vezes a gente não acha nada, não tem nada. Então: “manda pro psiquiatra:”...é fácil falar...” (98R)

“...ou então alguém que vê que não tem nada, que tá criando coisas incompatíveis com a queixa, somatização...” (96R)

São pacientes que podem ter passado por vários exames diagnósticos. São enviados ao psiquiatra numa espécie de último recurso da exploração somática, porque antes não se via ou não se aceitava sua problemática psicológica.

Muitas vezes esses pacientes viveram com seus médicos assistentes uma dúvida secreta: é orgânico ou psíquico? Uma dúvida que poderia ser traduzida por algo do tipo: “Será que esse paciente tem doença mesmo, ou está inventando coisa?”. Uma dúvida extensiva à atuação dos psiquiatras:

“Confio muito, por outro lado a gente tem visto que os psiquiatras encontram problemas demais...ôpa! Não sei se isso existe, ou tá na cabeça do profissional!” (29R)

Acreditamos que uma resposta possível para essa dúvida poderia ser encontrada através do seguimento do paciente, aprofundamento em sua história e da maior aceitação dos múltiplos fatores etiológicos que levam ao adoecer.

IX.4 “ME LIVREI, PASSEI A BOLA PRA FRENTE”

“Aqui a gente quase encaminha sempre (...) são automaticamente encaminhados. E, discutindo com o docente: ‘Encaminha pra Psiquiatria, não dá tempo, não é nosso assunto aqui dentro’...” (29R)

Se antes nos ocupamos com encaminhamentos que precisavam ser elaborados, que só ocorrem após uma tomada de consciência por parte do médico, com certo grau de depressão, agora surgem os encaminhamentos “automáticos”. Não são tão automáticos assim, como veremos adiante.

Respondem a “filosofias” de serviços, a pressões de demanda e a normas institucionais. Ou então:

“Quando a coisa tá muito fora do meu conhecimento, do meu controle, isso me angustia, e a minha primeira atitude, a única coisa que passa na minha cabeça, e que eu tento fazer, é passar a bola pra frente: isso é típico”. (29R)

Alguma coisa toca profundamente no médico, que, apressadamente, procura encaminhar sua angústia e responsabilidade em relação ao paciente. Fuga de sua limitação:

“Acho que o encaminhamento em geral, não só para a psiquiatria, é um ‘me livre’, passei pra outro...” (26R)

Reconhecer sua impotência, ou se o conflito está no paciente ou em si próprio, pode chegar a ser tão doloroso que leva o médico a uma atuação maníaca, encaminhando compulsivamente. É algo, nesse sentido, automático (inconsciente), embora o médico possa guardar a sensação de que o paciente não terá melhor sorte com o colega:

“Aqueles que consigo tirar uma história, chegar à conclusão de que é um caso psiquiátrico (...) é algo rápido e o erro deve ser enorme.”(28R)

"Muitos desses casos encaminho pra gineco(...)Ao mesmo tempo sei que a gineco não vai dar uma solução." (25R)

É comum a realização de múltiplos encaminhamentos, às vezes ao mesmo tempo. O paciente sai do consultório com um monte de papezinhos, tão aturdido quanto o médico que o atendeu. Vemos nessa conduta uma tentativa de verdadeira pulverização da angústia despertada por um atendimento.

"...um jovem de trinta anos, que estava acabando com a vida dele, numa fase de depressão, com perda de emprego, do casamento, usando bebida alcoólica. Suspeitei de P.M.D. e encaminhei pro Dr. Fulano, que estava, segundo a Revista Veja, obtendo bons resultados com um tratamento rápido, com psicoterapia breve e medicação anti-depressiva. Como também tinha um colega que melhorou com medicação homeopática, também sugeri que, além do Dr. Fulano, procurasse um homeopata". (31R)

O "me livrei" pode passar apenas por ato de esperteza, livrar-se de algo difícil pra deixar pra um outro menos esperto e mais azarado. Esse tipo de encaminhamento comumente produz no médico que o recebe uma sensação de raiva, sentindo-se usado e explorado por um colega que se vale do "passar a bola pra frente" pra definir sua clientela.

IX.5 "JOGAR A BOMBA"

"...paciente terminal... e aí a gente joga a bomba pro psiquiatra. Eu não acho isso correto também, só que às vezes a gente não tem estrutura para assumir. Então a gente precisa de uma orientação..." (24R)

Além dos conflitos despertados pela relação médico-paciente, o estudo dos encaminhamentos ao psiquiatra mostra o que ocorre na relação médico-doença. Em conversas informais, os médicos em geral manifestam temor a certas doenças, específicas para cada um. Supomos que, além dessas doenças conscientemente lembradas, devam existir outras, em nível inconsciente, algumas mais suportáveis e outras ainda mais preocupantes e temidas.

Apesar de sua prática, o médico não se protege totalmente do medo produzido por um paciente com doença terminal, por exemplo. Seus estudos começam com o cadáver. A morte é dissecada no outro, quem sabe numa tentativa de, logo no início, dessensibilizá-lo frente à morte. Através das teorias que vai dominando, o poder de racionalização do médico é reforçado, mas não o livra da própria morte, nem do medo que essa idéia lhe produz.

A doença mental, ou simples referência a ela na história do paciente, também é alguma coisa que assusta, por causa de seu estigma e das idéias que se têm em torno de seu caráter degenerativo e incurável. Assim, pensamos que "jogar a bomba" quer dizer: manter o perigo distante, fora de si, projetado no outro e assistido por outro também. A projeção agora vai adiante: a angústia é depositada naquele que receberá o paciente encaminhado, emissária da "bomba".

BOURNE (1976) nos fala desse caráter projetivo do encaminhamento médico:

“Os médicos precisam ter seus pacientes e sua clientela em geral para representar e conter objetos que lhes são essenciais, mas difíceis de serem mantidos em seu mundo interno (...) Nós precisamos manter nossos objetos maus ao nosso redor, projetados e a distância, talvez, mas precisamos deles ali. A maneira como um médico dispõe seus pacientes, perto ou longe de si, é algo que tem a ver com o tipo de mundo que ele constrói para si próprio”. (pp. 490 - 491)

Lembrar que o encaminhamento nem sempre significa uma ruptura no relacionamento entre o médico e seu paciente. Pode significar falta momentânea de condições de continência do médico ou da equipe assistencial. O encaminhamento passa a ser um método de manter o paciente durante um período de dificuldades, a chance de elaborar a angústia suscitada por um caso. São situações em que costumam chegar vários pedidos de consulta para o mesmo paciente, às vezes solicitados por diferentes elementos da equipe. Quando chegamos à enfermaria, toda a equipe está apreensiva, esperando-nos, com muita necessidade de falar. Não raramente, para nossa surpresa, o paciente está calmo. Temos chamado essas situações em nossas reuniões de interconsultas de Síndrome de Insuficiência Aguda de Continência. Ocorre, às vezes de o psiquiatra se contaminar com toda a angústia da situação, nele projetada, deixando de funcionar como um catalizador para que a equipe possa se reestruturar e voltar a ser continente. Alguns entrevistados lamentaram isso:

“Aí ele (o psiquiatra) me disse que eu própria teria condições

de resolver...Não concordo totalmente". (24R)

"Tem casos também, acho que vale a pena lembrar, ou que a gente não encaminhou bem, ou o psiquiatra da triagem não entendeu, o volume de pacientes...é até compreensível...pacientes que voltam pra gente e que não podem ser acompanhados. Então a gente vê um cartucho gasto..." (43R)

Portanto, nem sempre o envio dessas "bombas" implica abandono do paciente e desrespeito ao psiquiatra (muito embora possam conter, às vezes, uma pitada sádica do médico assistente dirigida a seu colega psiquiatra). É de se supor que encaminhamentos desse tipo envolvam processos mais conscientes do que no "me livre" de parte do médico, ao lidar com sua impotência. A reação comumente observada em quem recebe encaminhamentos desses casos não é de irritação. Ao contrário, sente-se invadido e identificado com a angústia do colega, ou da equipe que atendeu inicialmente o paciente.

IX.6 CRISE DE CONFIANÇA

Ao tratarem da apresentação somática de certos distúrbios na prática médica, GOLDBERG & BRIDGES (1985) pontuam a natureza transaccional que se estabelece entre médico e paciente. Já comentamos anteriormente

que, para BALINT (1973), a relação médico-paciente é sempre e invariavelmente o resultado de um compromisso entre as “ofertas” e exigências do paciente e as respostas do profissional.

Quando vai ao médico, o paciente espera ser examinado, quer saber o que tem e, depois disso, receber um medicamento que resolva seus problemas. Se isso não der certo, esse paciente exigirá pedidos de exames complementares, ou mesmo que seja encaminhado a um especialista para novos exames, agora mais sofisticados. Quando o que acontece foge dessas expectativas, desencadeia-se uma crise de confiança na relação médico-paciente: ou o médico sente que não sabe o suficiente para ajudar seu paciente, ou o paciente e seus familiares passam a ter dúvidas sobre a capacidade do médico.

“Tem paciente que é chato, que não acredita, que questiona. Acha que é aluno, que tá enrolando (...) O paciente acha que a gente tá enrolando, mesmo quando tem maior vínculo. Até complica, fica olhando: ‘como é’?!” (43R)

“Depende do que a gente sente. Tem pacientes que confiam em você. Então dá pra gente tentar conversar e trabalhar aquilo tranquilamente. Mas às vezes não tem condição...” (39R)

“As vezes parece que eles não estão confiando, acreditando no médico, querem fazer exames de sangue, já foi várias vezes a outros médicos, muito pesquisados. Ficam sem acreditar mesmo que a problemática é emocional. Às vezes a gente dá alto mesmo: ‘procure o ambulatório só se for preciso’...” (30R)

Uma alternativa menos dramática para a crise do que essa “alta com-

pulsória” é proceder-se a um encaminhamento ao psiquiatra. Os médicos, não se sentindo satisfeito, encaminham:

“Encaminho quando a etiologia do problema é emocional e ele não se dá conta do que é. Sabe que tem alguma coisa errada, mas não sabe o que é. E aqueles que eu não consigo ter um relacionamento importante a ponto de eu conseguir modificar alguma coisa”. (1D)

“Não lembro...mas são aqueles que já tentei conversar por uma, duas consultas mais longas...Não me sentindo satisfeita, encaminho”. (9D)

Comumente, a relação rejeitada e o encaminhamento significam antes uma atitude de defesa do médico, do que, propriamente, uma preocupação com o benefício que o especialista trará ao paciente. O encaminhamento nessas condições pode ter conotação de punição ao paciente, ou de uma espécie de confirmação para o médico de que “nada poderia ser feito a mais pelo paciente, mesmo”.

Eu sempre procurei resolver as coisas pelo lado mais prático, mais simples, deixando o emocional pra segundo plano. Então, as pessoas que rodeiam muito e têm dificuldade de trabalhar isso, eu tenho muita dificuldade e acabo encaminhando por causa disso (...) Outros que a gente encaminha são aqueles que acabam te aborrecendo de alguma forma, porque diferem muito da sua personalidade, personalidade de quem tá atendendo. (13D)

O encaminhamento, assim como o diagnóstico, também é produto de uma transação. Os pacientes também buscam seus encaixes, selecionam os médicos que lhes respondem de determinada maneira. Dentro de uma instituição hospitalar, constantemente observamos isso: pacientes que sabem como obter encaminhamentos; vão de médico em médico, até encontrarem uma boa combinação.

Então quando eu chego no consultório, em função de uma remuneração da consulta médica, muitas vezes eu sou obrigado a ouvir amenidades da vida dos doentes. Sem que isso não represente uma necessidade do doente, só que ele foi contar isso pra pessoa errada. (17D)

O relacionamento recusado não deixa de ser uma relação, de onde um encaminhamento pode surgir como um verdadeiro “acting-out”, servindo de conduta de descarga, tanto para o médico, como para o paciente. A frase seguinte, de SARANO (1978) parece resumir bem o sentido de alguns encaminhamentos: “cada um se livra como pode e livra o que pode” (p. 6).

CAPÍTULO DÉCIMO

X. Encaminhamento e funcionamento institucional	204
X.1 - Encaminhamentos e serviços de triagem	204
X.2 - Encaminhamentos e superespecialização	208
X.3 - Encaminhamentos e esquemas de rodízio	210
X.4 - Encaminhamentos, escolha pessoal e responsabilidade	212
X.5 - Encaminhamentos e relações grupais	216

X. ENCAMINHAMENTO E FUNCIONAMENTO INSTITUCIONAL

Nas instituições assistenciais a enfermidade se converte em um fato de significado social que é processado pelas equipes assistenciais dentro dos limites da instituição. É possível falar, então, de um “ser em situação de enfermo” dentro de um contexto onde participam paciente, equipe assistencial e normas institucionais (FERRARI & COLS.,1979).

MARTINS (1984) considera que a instituição médica exerce radicalmente um mandato social, através de um “regime que privilegia a ação e restringe o tempo de reflexão e elaboração” (p.110). É nesse esquema de funcionamento que a interconsulta psiquiátrica, em especial, pode nos proporcionar “uma via régia de acesso à instituição”, permitindo diagnósticos situacionais em três níveis: interpessoal, relações grupais e funcionamento institucional (FERRARI, 1974).

X.1 ENCAMINHAMENTOS E SERVIÇOS DE TRIAGEM

“Isso depende muito da demanda. Se a gente tiver tempo, tiver folgado, a gente pode procurar alguma coisa. Como na maioria das vezes a gente trabalha sob pressão, procuro dar só uma triada rápida...”(28R)

“Do PS a gente encaminha quem precisa mesmo, casos com diagnósticos mais definidos...”(26R)

“Aqui a gente quase encaminha sempre(...)são automaticamente encaminhados...”(29R)

Como vimos no capítulo anterior, o encaminhamento “automático” pode ser uma resposta frente a um problema trazido pelo paciente que vai ao encontro de conflitos inconscientes do médico. O paciente é, então, encaminhado “junto” com a angústia e responsabilidade do médico. Mas aqui mudaremos nosso enfoque, ocupando-nos do encaminhamento “automático” sob o ponto de vista do funcionamento institucional.

Desde sua inauguração, no início de 1986, o Hospital das Clínicas da UNICAMP cresceu muito. De vocação primordialmente terciária, o HC vem atendendo a uma demanda cada vez maior de pacientes que deixam de ser atendidos nos níveis primário e secundário de assistência médica. Com essa grande demanda, o surgimento de diversos serviços de triagem foi inevitável, cada ambulatório tendo seu processo de seleção particular, um problema só resolvido com a recente criação de um Ambulatório de Primeiro Atendimento, que centralizou a seleção e orientação de doentes que buscam o hospital.

À época desta investigação, cada triagem selecionava para seu ambulatório apenas determinadas patologias. Não sabendo o que fazer com tantos casos que seriam recusados, ou seja, pacientes cujas queixas não se encaixavam com os objetivos de dado ambulatório, o médico residente da triagem passava a encaminhar essas pessoas para os diferentes serviços (novas triagens...)do hospital.

O trabalho de triagem é realizado sob diversas pressões: de demanda, da “filosofia” do serviço, pressão direta do docente, normas baixadas pela instituição, etc. Assim, encaminhar o paciente ao psiquiatra passou a ser,

muitas vezes, uma tentativa de dar melhor destino àquela pessoa que não se encaixava, que não seria mais vista, mas que o médico não conseguiu recusar. Dar também um destino à angústia que essa situação pode provocar?

“Ou então, doente que eu não vou mais ver. Se, por exemplo, descarto endocrinopatia na triagem, não sei mais o que vai ser dele...”(SSR)

Na figura 4, a seguir, modificada de SIMEANT (1983), visualizam-se as possibilidades de encaminhamento daqueles casos não solucionados em dado serviço. Alguns casos são diretamente encaminhados por falta de “capacidade resolutive quantitativa”, respondendo a pressões do volume de pacientes. Outros, por falta de “capacidade resolutive qualitativa”, que depende da disponibilidade de recursos humanos, de apoio diagnóstico e tratamento. Encontramos a combinação desses fatores tanto em encaminhamentos devidos a serviços de triagem, como em encaminhamentos provenientes de ambulatórios superespecializados, nosso próximo item.

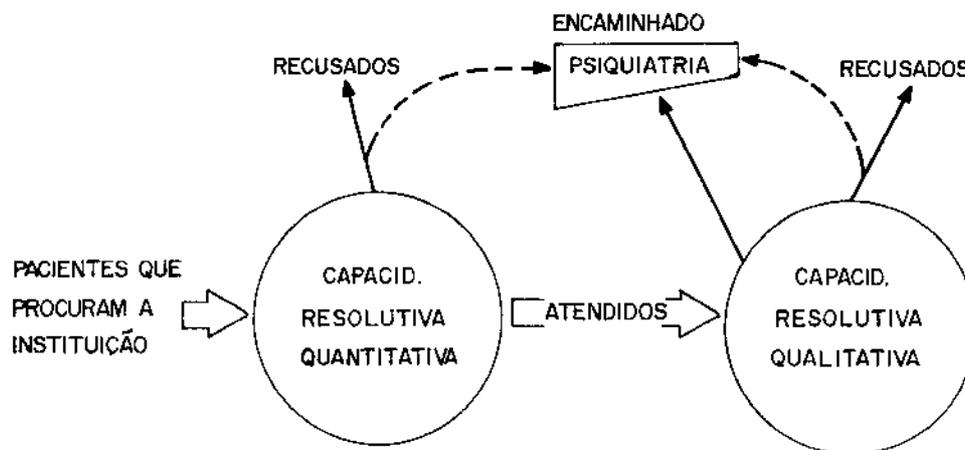


Figura 4 - Relação entre encaminhamentos ao psiquiatra de pacientes que procuram a instituição, capacidade resolutiva quantitativa e capacidade resolutiva qualitativa.(modificada de SIMEANT, 1983).

X.2 ENCAMINHAMENTOS E SUPERESPECIALIZAÇÃO

O grau de progresso científico alcançado pela medicina tem justificado o desenvolvimento de vários ambulatórios superespecializados (ou subespecialidades médicas). Esses ambulatórios são criados para promover assistência, ensino e pesquisa.

Em um hospital de nível terciário, como é o HC-UNICAMP compreende-se que sejam criados muitos ambulatórios especializados. O desenvolvimento desses serviços pode, sem dúvida, aumentar a eficiência do tratamento. Mas às vezes estruturam-se sob regras tão rígidas de funcionamento (seleção por patologias, rotinas de exames, de tratamento, protocolos de pesquisa) que despersonalizam o atendimento. Hierarquizam-se normas e papéis a serem cumpridos, antes de pessoas. A pacientes e médicos, anônimos, só resta entrar, ou sair da rotina:

“Aqui na escola, se a gente percebe que as queixas são somatizações, a gente é forçado a encaminhar esse doente. Se o paciente não se encaixa naquilo que o ambulatório se propõe a fazer...”(26R)

Muitas vezes, o conhecimento científico passa a ser um objeto prioritário, e o paciente é transformado em um agente intermediador do ensino e das pesquisas em desenvolvimento. MELLO FILHO (1983) lembra o problema, comum em hospitais universitários, de muitas internações feitas apenas para esclarecimento diagnósticos, quando apenas um órgão ou sistema afetado

do paciente permanece em foco. Qualquer outro aspecto que surja não é considerado importante, ou então, segundo o que observamos, será motivo de encaminhamento ao psiquiatra, dependendo do desconforto que o surgimento de um novo "problema" cause à "equipe médica". As necessidades dos pacientes deixam de coincidir com as metas últimas de um ambulatório, supostamente fixadas para atender suas necessidades assistenciais.

"...deste modo, vemos como na instituição interatuam não somente as necessidades supostamente prioritária da população que é assistida, como também as do grupo profissional que assiste, que também devem ser atendidas inexoravelmente. Para complicar ainda mais a situação, ambas se dão dentro de uma instituição que gera suas próprias urgências, frequentemente colocadas acima das outras" (FERRARI & COLS., 1979, p. 149)

Na prática, o que temos observado é que o término da exploração diagnóstica, a resposta desfavorável ao tratamento, ou mesmo o final de uma pesquisa deixam de garantir ao paciente o lugar que antes ele ocupava na instituição. Ou, então, se ele trazer queixas que "fujam do assunto" do ambulatório, recebe um rótulo de distúrbio emocional e daí... meio caminho andado para ser encaminhado ao psiquiatra - são as linhas em pontilhado que pusemos na figura anterior. Não deixa de ser um paciente "recusado".

Existem certos pacientes que são mais acolhidos e logo "recusados" do que outros. Ficam errantes no hospital, pelos diversos serviços, sujeitos a múltiplos encaminhamentos. Encaminhamentos formam, assim, um sistema de rodízio, e parece que, muitas vezes, enviar o paciente ao psiquiatra é uma tentativa de por fim a esse sistema. Pois alguém percebeu que o paciente ficou desassistido e sem um lugar como pessoa na instituição superespecializada.

X.3 ENCAMINHAMENTOS E ESQUEMAS DE RODIZÍOS

Aqui tratamos do revezamento que os médicos fazem dentro da instituição, provocando encaminhamentos, algo perceptível toda vez que os entrevistados se referiram a estágios, triagens, retornos para os serviços e não para eles próprios.

“Não existem esses retornos para nós próprios. Há o retorno pro serviço, mas quando já estamos em outro estágio.” (29R)

O rodízio, notadamente nos estágios de curta duração, impossibilita o fortalecimento de um vínculo relacional. Tanto o médico, quanto o paciente, defendem-se da perspectiva de separação, abstendo-se de investir em um relacionamento que já tem data marcada para se interromper.

A crise provocada pelo fim de um estágio pode revelar ao médico o caráter técnico e impessoal que revestiu suas intervenções junto ao paciente. Procurando compensar essa qualidade “asséptica” de um relacionamento mal estabelecido, o médico resolve encaminhar o paciente para o psiquiatra, para que este assuma o “lado psicológico” daquela pessoa. (Os colegas sabem que na Psiquiatria há possibilidade de um relacionamento mais próximo e profundo e que os retornos ocorrem com o mesmo médico).

Assim, muitas vezes, observamos que o paciente nos é enviado para consulta, quando o interno ou residente termina seu estágio em determinado ambulatório. São frequentes, também, os pedidos de interconsulta quando

houve rodízio na enfermaria, e o “lado psicológico” do paciente não foi passado para o novo interno ou residente do leito. Ou, isso é comum, chegamos à enfermaria para interconsulta e o residente que a solicitou já mudou de estágio, ou quem pediu nossa visita foi o plantonista do fim-de-semana.

Um estudo por nós realizado mostrou a frequência com que se solicita a presença de um psiquiatra, poucas horas antes da alta de um paciente que já estava internado há dias. Chegamos na enfermaria, o paciente já foi embora, e encontramos o médico solicitante apenas superficialmente pezaroso pela “nossa demora”. Acreditamos ser esta outra situação em que o médico “lembra-se” do “lado psicológico” do paciente e nos chama (MAGDALENO JR. & BOTEGA, 1990).

Finais de semana, vésperas de feriado, férias escolares, término de estágios, pacientes com alta hospitalar...são algumas das “crises de contato”, nos dizeres de MELLO FILHO (1983), por que passam alunos, médicos e pacientes. São situações comuns, onde, parece, o psiquiatra é chamado como uma alternativa de reparar o abandono que os médicos sentem que impõem periodicamente a seus pacientes.

Encaminhamos ao psiquiatra acompanham esse ritmo institucional. Nós, da equipe de interconsultas, sabemos que a terça-feira é um dia muito trabalhoso. Seguindo as inúmeras internações ocorridas no plantão de fim-de-semana, é comum chegarem vários pedidos de interconsulta, alguns para avaliação de pacientes que tentaram o suicídio e que ainda se encontram em coma. Em casos como esses é possível que os médicos residentes e internos estivessem tão angustiados, que nem se deram conta de que o paciente ainda não poderia se comunicar conosco. Nesses casos, provavelmente, o psiquiatra foi chamado mais para auxiliar o colega.

X.4 ENCAMINHAMENTOS, ESCOLHA PESSOAL E RESPONSABILIDADE

Quando levamos a sério o processo de encaminhamento, escolhemos médicos a quem admiramos por competência profissional e traços de personalidade. Além disso, comumente consideramos se para dado paciente seria melhor encaminhar para tal ou qual colega da especialidade necessária. Isto é o que vem naturalmente após nos decidirmos pelo encaminhamento: para quem encaminhar?

Ao chegar um cliente novo para consulta, sempre lhe é perguntado quem o encaminhou. Às vezes trata-se de um paciente que já era aguardado pelo médico, até com certo grau de expectativa, após uma conversa pessoal ou telefonema de um colega.

Fazendo a pergunta ao paciente, ou pelo que ele nos fala, procuramos nos inteirar a respeito do que o colega comentou sobre nosso trabalho, nossa pessoa, como o paciente está vendo o encaminhamento. Todas essas condições formam um jogo de identificações, essencial para que médicos e pacientes se reconheçam como profissionais e como pessoas. Lembro-me do desencanto relatado por um colega recém-formado que ouviu de uma paciente que havia sido por ela escolhido apenas “por acaso”, numa simples lista telefônica.

Mas vejamos o que se passa numa instituição:

“Fica tudo muito impessoal, vemos todos os pacientes, depois nos reunimos para discutir...Não me lembro.”(32R)

“Foi essa semana, no PS...Difícil lembrar do caso, mas encaminhei mais por orientação do docente, tanto que não me lembro...”(41R)

No contexto institucional, comumente o paciente encaminhado desconhece o médico que o atendeu, não se refere a ele pelo nome. O médico também não se lembra do paciente, nem da razão que motivou o encaminhamento. Perdeu-se aí todo o jogo de identificações e a busca de encaixes entre profissionais e pacientes que poderíamos encontrar em situações onde as pessoas têm nome e personalidade.

Os encaminhamentos não são feitos de pessoa para pessoa, mas de acordo com os papéis que cada um deve assumir na instituição:

“Então a gente procura a enfermaria e fala: faz um trabalho com essa mulher, de esclarecimento...o mínimo possível.”(7D)

“Mas aqui na enfermaria, onde temos psicólogas, qualquer sutileza a gente chama pra acompanhar o caso.”(29R)

“Dúvidas da área sexual, encaminho pra sexóloga.”(31R)

“...procuro racionalizar: minha função não é bem essa; é tratar os problemas orgânicos. Temos a ajuda do serviço social.”(31R)

“Quando percebo o problema emocional, peço ao residente ou ao interno pra, à tarde, mais tranquilo, ir conversar com a paciente...”(8D)

Para todo aquele que trabalha em instituição e se interessa pela área de psicologia médica, a formulação clássica de BALINT (1973) sobre a “*cumplicidade no anonimato*” é algo repleto de sentido e verdade:

“...quando o paciente coloca para seu médico um problema desconcertante, e este, por sua vez, está respaldado por uma constelação de especialistas, certos acontecimentos resultam quase inevitáveis. Um dos principais consiste na ‘cumplicidade no anonimato’. Adotam-se decisões vitais sem que ninguém assuma a responsabilidade pelas mesmas.” (p. 76)

“Se possível, não se adota nenhuma decisão. Deixam-se as coisas no ar, até que os acontecimentos promovam uma decisão, a qual, então, reveste a condição de anônima. Desse modo, todos sentem que o curso adotado não foi resultado da intervenção particular de cada um.” (p. 92)

“A ‘cumplicidade no anonimato’ governa a situação, e não só do ponto de vista dos profissionais, pois também a paciente participa plenamente dela. Todos se esforçam e gastam suas energias em intentos fúteis, mas ninguém se atribui a responsabilidade do governo - ou desgoverno - da situação.” (p. 80)

As instituições assistenciais favorecem, às vezes sem que seus profissionais disso se apercebem, a massificação da assistência, o anonimato e a coisificação de médicos e pacientes. Os encaminhamentos impessoais, cindidos, que observamos no âmbito institucional parecem reforçar esse caráter de cumplicidade e de defesa, num espaço fusional e mudo, uma idéia que vem ao encontro do pensamento de JAQUES (1969) e BLEGER (1977).

JAQUES (1969), influenciado pelas idéias de Melanie Klein, estabeleceu um paralelo entre os processos psicóticos e alguns fenômenos sociais, observando certas condutas inadaptadas e o papel defensivo que adquirem um conjunto de relações sociais. Para ele, os indivíduos utilizam certas normas institucionais para reforçar mecanismos de defesa contra ansiedades de caráter psicótico surgidas no grupo.

De acordo com BLEGER (1977), a relação entre os elementos da tríade médico-paciente-instituição pode revelar um pacto de caráter simbiótico. Esse pacto nasceria de uma situação irreflexiva que procura gratificar aspectos silenciados de cada um de seus integrantes (conflitos, expectativas, histórias pessoais, objetivos e normas institucionais).

Muitos encaminhamentos ao psiquiatra dão-se para manter as defesas contra a ansiedade da equipe assistencial e para manter a funcionalidade do pacto institucional de que nos fala Bleger.

Numa instituição, para conseguirmos encaminhamentos (e tratamentos) mais personalizados é necessário um grande esforço pessoal, maior do que aquele dispendido tão somente para "tocar a rotina". Isso garante melhores chances para o relacionamento que vier a se empreender entre médico e paciente, e, conseqüentemente, para o tratamento. Em contraposição, podemos imaginar o triste desenlace de vários encaminhamentos anônimos, ou "porque alguém mandou", conseqüências do simples "tocar a rotina".

X.5 ENCAMINHAMENTOS E RELAÇÕES GRUPAIS

Ao entrar numa enfermaria para atender a uma solicitação de interconsulta, o psiquiatra torna-se um observador participante de toda uma dinâmica de relações humanas e mecanismos psicológicos subjacentes ao funcionamento da equipe assistencial. Orientado por dados concretos e por sua contratransferência poderá captar vários aspectos ali presentes, entre os quais, grau de coesão grupal, rivalidade entre elementos ou grupos profissionais da equipe, hierarquia e o papel dado a cada integrante da enfermaria.

Já abordamos como a falta de continência da equipe diante da necessidade de procedimentos agressivos, ou a dificuldade em se revelar algo ao paciente são depositadas nas mãos do psiquiatra. Assim, a equipe assistencial, e não só um paciente identificado, pode necessitar de ajuda. Somos muitas vezes, verdadeiros bombeiros da instituição, e quem arde não é apenas o paciente.

São comuns as solicitações para que o psiquiatra assuma diversos papéis numa equipe onde há um alto grau de dissociação entre os profissionais, cada um desincumbindo-se de uma "parte" do paciente. Há um problema social, muitas vezes se encaminha por isso, e a disponibilidade da assistente social não foi sequer lembrada. O paciente está solicitando demais, quer alguém pra conversar, e não se percebeu a boa relação que uma auxiliar de enfermagem consegue manter com ele, acalmando-o.

O psiquiatra pode ser chamado para ajudar a integrar as partes do paciente que estão cindidas sob os cuidados de uma equipe igualmente cindida, que quer se reestruturar. Mas também pode ser convidado a manter-se isolado, participando dessa dissociação, reforçando as defesas do grupo, assumindo apenas o "lado psicológico" do paciente.

A equipe assistencial move-se segundo determinadas regras, algumas

claramente estabelecidas, outras implicitamente presentes na atuação de seus elementos. Está marcada por um caráter hierárquico que busca adequar cada um e sua ação a uma função pré-determinada. Um elemento integrado recentemente à equipe sempre recebe diversas pressões nesse sentido.

Alguns médicos residentes relataram como são pressionados a realizarem certos encaminhamentos, ao psiquiatra em particular, a fim de se enquadrarem aos padrões de um serviço. Pressões de caráter hierárquico, vindas de um docente, num ou noutro sentido:

“...Então, são automaticamente encaminhados. E, discutindo com o docente: ‘encaminha pra psiquiatria, não dá tempo, não é nosso assunto aqui dentro’.”(29R)

“As vezes fico pensando que seria bom mandar esse paciente pra lá (psiquiatria), mas fico com receio, e a posição dos docentes também não altera muito, não.”(30R)

O docente, como líder do serviço, transforma-se no porta-voz das resistências inconscientes do grupo, impedindo o aprofundamento do por que encaminhar ou não.

“...mas encaminhei mais por orientação do docente, tanto que não me lembro...”(41R)

Acontece às vezes de, no contato pessoal com o doente, a hierarquia vertical ser substituída por outra (MELLO FILHO,1983): “uma hierarquia de valores de relacionamento humano, em que o paciente ouve, confia, se dirige, não ao mais graduado ou ao chefe da equipe essencialmente, porém, de forma natural, àquele participe com quem estabelece melhor empatia” (p. 125). Os internos que estão de passagem pela enfermaria ligam-se aos pacientes e, comumente, são o emergente da angústia vivenciada silenciosamente pelos integrantes da equipe. É comum, então, que seja um interno quem deixa “escapar” o diagnóstico para o paciente, que pressiona por uma licença de fim-de-semana, que lembra o médico de que existem psiquiatras no hospital:

“Agora a gente tem facilidades, né...o interno que me falou: ‘por que você não chama a psiquiatria?’ Eu não tinha pensado, num plantão, chamar a psiquiatria, chamávamos pra interconsulta...Mas foi bem interessante...”(38R)

Encaminhamentos ao psiquiatra, e isso observamos mais em pedidos de interconsulta, podem ser tentativas de oposição a certas pressões de caráter hierárquico. Revelam além disso, a não adequação do solicitante a um “pacto” que usualmente se estabelece entre paciente- equipe-instituição. Para FERRARI & COLS.(1979) a solicitação de uma interconsulta psiquiátrica pode significar que a funcionalidade desse pacto entrou em colapso, porque alguém se sentiu frustrado em sua expectativa latente de gratificação simbiótica.

Médicos residentes e internos, como elementos menos impregnados pelas normas estruturais dos serviços são os que mais solicitam esse tipo de interconsulta, que adquire, às vezes, um sentido de denúncia de que algo não anda bem. Como certa vez em que um residente nos chamou, pois, de um lado, recebia pressões de um docente para que apressasse a alta de um

paciente portador de paraplegia, ainda sem diagnóstico etiológico. De outro lado, a família do paciente, desesperada, também pressionava o residente: queria, antes da alta, o diagnóstico e alguma perspectiva de tratamento.

Em outra ocasião, a interna que cuidava de pacientes oncológicos não sabia mais o que fazer, pois cada dia era um docente diferente que passava visita e orientava uma conduta distinta. Um falava: “vamos fazer um tamponamento para conter a hemorragia.” Vinte e quatro horas após, ela ouvia de outro docente: “se começar a sangrar de novo, não vamos fazer mais nada, vamos deixar ela morrer em paz...” A interna, angustiada, sentia que a decisão sobre a vida ou morte da paciente estava em suas mãos, ao seguir a orientação de um ou outro docente: resolveu pedir uma interconsulta à psiquiatria.

CAPÍTULO DÉCIMO PRIMEIRO

XI. Encaminhamento e relação médico-médico	221
XI.1 - Preconceito e medo da loucura	221
XI.2 - Algumas críticas	226
XI.3 - Alguns elogios	233
XI.4 - "Encaminhar e ser uma coisa besta"	235
XI.5 - "Confiar e ficar evitante"	238

XI. ENCAMINHAMENTO E RELAÇÃO MÉDICO-MÉDICO

XI.1 PRECONCEITO E MEDO DA LOUCURA

De um modo geral, entre encaminhar seus pacientes para o psiquiatra ou para o psicólogo, os médicos preferem fazê-lo para o primeiro. São muitas as razões para esta preferência. O psiquiatra teria maior visão do orgânico (uma maior proximidade ao referencial de seus colegas médicos) e a desinformação em relação ao trabalho do psicólogo: foram essas razões as que mais foram manifestadas:

“Pela formação do psiquiatra, ele pode lidar ao mesmo tempo com problemas orgânicos e psicológicos. Acho que tem uma visão mais ampla.” (29R)

“Não sei... Eu quase sempre encaminho para o psiquiatra. Acho que, se eu ou um familiar próximo precisar de acompanhamento, prefiro mandar pra um psiquiatra. Não consigo entender alguma coisa que o psicólogo faça que o psiquiatra não faça também.” (26R)

“...talvez por desconhecimento, tenho um certo preconceito contra psicólogos. Não me inspiram confiança.” (47R)

A preferência pelo psiquiatra pode, também, residir no fato deste compartilhar com seus colegas médicos o mesmo convênio assistencial, o qual não inclui psicólogos:

“Olha, tenho mandado mais pra psiquiatra por facilidade, pois a gente atende em consultório muitos pacientes da UNIMED, e os psicólogos não atendem.” (15D)

Alguns serviços do hospital contam com psicólogos trabalhando na equipe assistencial. O número restrito de entrevistas não permitiu saber qual é a idéia que os médicos fazem a respeito da inserção dos psicólogos nesses locais. Entretanto, alguns relatos apontam para uma nova “rotina”: o médico encaminha “qualquer sutileza” para o psicólogo, que faz uma “triagem” entre o que é para si e o que corresponde ao psiquiatra. Não ficou para nós a impressão de um trabalho integrado de equipe, verificamos novamente o “passar a bola pra frente”:

“A gente só encaminha pra psiquiatra casos bem descompensados. Mas aqui na enfermaria, onde temos psicólogas, qualquer sutileza a gente chama pra acompanhar o caso.” (10D)

“A gente tem encaminhado muito mais pras psicólogas, e tudo que ela não sabe, ou que acha mais importante, parece que elas

têm encaminhado pra vocês. (...) Ela dá uma geral, e a partir daí se encarrega de mandar pra vocês, né? A gente não encaminha direto, pra não quebrar uma rotina.” (7D)

“Não sei se é pelo tipo de pessoal que trabalha aqui, que tá contratando gente de balde... Então a psicóloga daqui não tem nenhuma experiência. O que ela analisa do caso é aquilo que minha intuição diz. Não acrescenta nada. (...) é como passar problema pra psicóloga, é mais isso do que ver solução.” (23R)

Ainda que seu papel não esteja bem delimitado, o psicólogo vem ocupando um espaço que, segundo alguns, não vinha sendo preenchido a contento pelo psiquiatra. A presença de psicólogos no hospital acabou mexendo com o caráter corporativista de alguns médicos:

“Acho que a Psiquiatria deveria se impor mais diante do médico. Não mais como uma coisa secundária. E é importante isso, pois o psicólogo tá tomando conta da brincadeira...” (27R)

“O que eu lembro é que sempre foi difícil a Psiquiatria vir aqui. Então ficamos desencorajados com a Psiquiatria. Que o pessoal venha pra cá! Que quando está de alta, não se marque uma consulta pra daqui a seis meses... Difícil conseguir leitos, também. A minha impressão é que, desde que temos psicólogas aqui, conseguimos mais apoio da Psiquiatria também, talvez porque o encaminhamento é melhor feito e tem uma maneira de se aproximar da Psiquiatria melhor que a gente.” (8D)

É comum a imagem do psiquiatra como “médico de louco”, o paciente se assusta. A aceitação de um encaminhamento por parte do paciente pode ser facilitada, quando se fala em psicólogo. A idéia de que este profissional cuidaria de problemas mais simples é colocada tanto na mente de pacientes, quanto assumida por alguns médicos:

“Toda vez que faço encaminhamento ao psiquiatra explico, pois todo paciente vê o psiquiatra como médico de louco.” (97R)

“Quando eu sugiro o encaminhamento, surge um bloqueio grande: ela não gosta de considerar que esteja com um problema psiquiátrico. (...) Neste sentido é mais fácil o encaminhamento a um psicólogo. Dá impressão de algo menos grave, menos louco.” (1D)

Alguns médicos “enrolam” a conversa, outros preferem ir direto ao assunto:

“ ‘O senhor acha que sou louco?!’ ... O medo... É uma coisa que enrolo muito, nunca falo direto.” (2D)

“De imediato, quando a gente fala, não faço rodeio, não. A primeira reação é quase que condicionada (...) mas no fim a receptividade é muito boa.” (6D)

Vários entrevistados relataram essa preocupação ao encaminhar: o receio de que o paciente pense que está sendo visto como louco pelo seu médico, de que a família não goste. Um preconceito em torno de psiquiatra (e psicólogos) que não deve ser por conta do paciente apenas.

Às vezes o marido se opõe à consulta psiquiátrica daquela mulher com mais de quarenta anos, que já criou os filhos... (14D)

Acho que os médicos têm preconceito contra os dois. Pra mim o psiquiatra tem formação melhor, mas tem pacientes que se sentem constrangidos se são encaminhados ao psiquiatra... (25R)

A suposta objeção irreconciliável do paciente e familiares em relação à necessidade de um psiquiatra faz os médicos encaminharem ao neurologista (médico mais “da cabeça” e menos “de louco”), ou esconderem para quem estão encaminhando. É comum, na prática institucional, recebermos muitos pacientes que se surpreendem quando nos identificamos como psiquiatras. Seu médico não lhes havia dito isso.

“ Às vezes a gente sabe da cefaléia, que pode ser uma coisa orgânica ou não, a gente percebe que o paciente acaba somatizando demais isso, e a gente encaminha pro neurologista e não pro psiquiatra...” (44R)

A princípio são poucas, se são raras, as vezes em que encaminhei pro psiquiatra. Tem medo de se falar no psiquiatra. Eu mesmo pensaria muito se fosse encaminhado... (31R)

XI.2 ALGUMAS CRÍTICAS

Os médicos entrevistados foram incentivados a comentar aspectos de seu relacionamento com o psiquiatra. Tínhamos em mente coletar resistências ao encaminhamento, bem como formar uma idéia de como o psiquiatra tem sido visto por seus colegas, qual a imagem e o papel que lhe reservam. As respostas não se restringiram à atuação profissional dentro da instituição, alguns médicos relataram suas experiências em nível de prática privada. Selecionamos exemplos das críticas mais freqüentes e, certamente, os comentários que introduziremos a seguir não esgotarão o assunto, nem darão o justo peso a fatores extra-psicológicos.

1. Divisão mente-corpo:

“O psiquiatra tende a ser um pouco misterioso, não se sabe muito bem da vida, dos objetivos do psiquiatra, umas idéias diferentes, que envolvem... Parece até que querem se separar da medicina clássica. Mas o próprio psiquiatra, de maneira geral, já se coloca um ar de mistério, a mente totalmente desligada do corpo... e ele sabe que não é assim.”
(4D)

Parece que ele desloca um pouco da área orgânica, acaba indo por um caminho que a gente não tem muito conhecimento. Então é um cara que sabe muito daquilo que a gente não sabe nada. E que sabe pouco daquilo que a gente sabe um pouquinho (risos). (28R)

2. Muito teórico

“Muito teórico, sem pés no chão, ao contrário de nós. Rebuscando, e não fazem nada pelo paciente.” (22R)

“Tenho notado que o psiquiatra sempre faz um belo diagnóstico, embora o tratamento não seja cem por cento favorável...” (17D)

3. Baixa resolutividade

“Outra coisa é que não vejo resultados da psiquiatria para problemas leves ou moderados. Me decepciona muito...” (31R)

“Uma das coisas que a gente sempre pensa é da própria função do psiquiatra no serviço público, que é muito diferente que no consultório. Não daquele paciente que necessita de uma medicação, internação, mas aquele do dia-a-dia. Pra esse tipo de paciente acho que tem que ser discutido, acho que é muito baixa a resolutividade.” (13D)

4. Acesso difícil

“Fora da faculdade, tenho muita dificuldade com paciente internado, a gente não consegue auxílio de um psiquiatra.” (9D)

Observe-se o “caráter de urgência” dado a alguns encaminhamentos:

Quando a gente tá precisando de uma avaliação rápida e ele tá ocupado, aí surge atrito. Um paciente na Retaguarda... a gente corria e não achava... ‘Manda um pedido!’ Mas como? Só amanhã?! (28R)

“Encaminhar uma pessoa que naquele momento está com problema para ter uma consulta daqui a uma semana, um mês, sei lá quando... é meio difícil, porque encaro aquilo lá como urgência. Não dá pra esperar, parar no tempo esperando...” (11D)

5. Não acompanham

“...Outra coisa: não consigo entender porque os psiquiatras não acompanham os pacientes no dia-a-dia.” (3D)

“Paciente internado, precisamos de colaboração, e não pode ver o paciente uma única vez... Pra nós não teve aquela validade.” (46R)

6. Medicamentos demais

“Freqüentemente a gente encaminha e o doente volta com a recomendação que é só pra tomar tal remédio. A gente sente que não foi com aquele objetivo que a gente encaminhou.” (9D)

“Quando eu acho que o paciente não deve receber nenhuma medicação, eu prefiro encaminhar para o psicólogo. Já me analisei: quando eu acredito na necessidade de uma medicação, para o psiquiatra.” (12D)

7. Não dá notícias

“Acho que o maior problema com psiquiatras é que existe a referência, mas não existe a contra-referência, que só acaba percebendo um tempo depois, seis meses, um ano, quando a paciente retorna para a consulta. Conto nos dedos as poucas e raras vezes que recebi uma contra-referência de psiquiatra ou de psicólogo. Parece que estamos tratando coisas diferentes, eu trato do corpo e ele do psiquismo, ou que ele não poderia dizer pra mim alguma coisa pois até estaria quebrando o sigilo profissional, quando na realidade estamos tratando da mesma pessoa.” (5D)

Mas, alguns entrevistados lembraram, há outras causas para a falta de contra-referência:

“Às vezes não tem retorno, pois se eu constato que não tem nada orgânico, nem mando voltar, não tenho o acompanhamento.” (15D)

“...ou então, na hora que ele volta, não estou mais no estágio. Isso é geral, também em outras áreas.” (26R)

8. Dificuldade de contato e comunicação

Nem sempre é possível diferenciarmos se se trata de dificuldade real de comunicação, ou se são mecanismos de evitação do encontro entre os dois profissionais:

“Uma coisa que eu tenho notado é que a gente sabe que o psiquiatra vem, que ele atua, mas, não sei se é por problema de horário, a gente não se cruza, e, que me lembre, nunca vi nada anotado do psiquiatra no prontuário. Algumas vezes procurei o colega, mas não o encontrei.” (11D)

“Quando a gente encaminha, essa parte fica muito... a gente não tem contato quase com psiquiatra, a gente não discute...” (32R)

Na fala seguinte, aparentemente não há dificuldade de comunicação. Mas o relato foi sentido como ironia, mostrando que, na realidade, não há contato:

“A gente manda o papelzinho de encaminhamento e depois vê a resposta na pasta... tudo bem... (35R)”

9. Preço

“Preço! Acho o tratamento psiquiátrico caro.” (18D)

“Tenho dificuldade de oferecer o tratamento, ou a abordagem que o psiquiatra, ou o indivíduo que meze com a emoção iria fazer, pelo custo que isso tem. Se não fosse tão caro, acho que a gente teria um intercâmbio maior. Acabamos usando nas situações extremas.” (6D)

As observações dos entrevistados a respeito do psiquiatra e de seu trabalho trazem alguns obstáculos reais que existem para a integração entre médicos psiquiatras e não-psiquiatras, profissionais que podem estar cruzando nos corredores do hospital, mas sem se encontrarem de verdade.

Na visão de muitos médicos, o psiquiatra pode até envolver as pessoas com as “idéias diferentes” que veiculam, mas ainda não se integrou de fato à prática geral. Espera-se que o psiquiatra coloque “os pés no chão” e faça algo pelo paciente. No hospital geral, não basta ser um *voyeur* do que se passa nos ambulatórios e enfermarias, entre pacientes graves e médicos angustiados. Não adiantam “belos diagnósticos” sobre pacientes vistos uma única vez. Além de providenciar uma internação, ou recomendar tal ou qual medicamento, espera-se que o psiquiatra se ocupe de uma tarefa cuja “baixa resolutividade” angustia a todos: os pacientes do dia-a-dia. A extrapolação de técnicas praticadas em consultórios particulares para a instituição pública não funciona. É preciso, também, enfrentar as barreiras

que impedem um pronto atendimento de pacientes (e de médicos) que não podem esperar tanto tempo. Um problema da assistência médica em nosso país que, certamente, não se restringe ao serviço psiquiátrico.

Segundo críticas dos entrevistados, o psiquiatra deveria estar mais acessível aos médicos, livrando-se de qualquer linguagem hermética e se comunicando claramente com os colegas. Seu silêncio é visto como arrogância e descompromisso.

O que resumimos aqui diz respeito a vários aprimoramentos pelos quais, segundo os entrevistados, o psiquiatra que trabalha em ambientes de prática médica geral deveria passar, a fim de que se defina seu papel e diminua a distância entre as expectativas e possibilidades concretas de atuação.

Através de uma citação bem humorada de Lipsitt, KRAKOWSKI (1975) procura defender seus colegas psiquiatras de algumas críticas que lhes são dirigidas, dá alguns conselhos e faz uma séria advertência final:

“(O consultor psiquiátrico) deve, frequentemente, esperar pacientemente que os outros reconheçam problemas que ele já percebeu antes que pudesse oferecer assistência; ele deve ser capaz de tolerar abuso verbal e rejeição de um paciente que, de início, não havia requisitado seus serviços, uma vez que ele é considerado um agente do médico e não do paciente; ele deve saber como admitir com delicadeza que ele comumente tem pouco ou nada a oferecer; ele deve evitar a tentação narcisista de ter um desempenho mágico, ou de que ele sabe tratar melhor o paciente do que seu médico assistente; ele deve ter suficiente flexibilidade para alterar sua postura de acordo com as necessidades da situação, sem comprometer suas habilidades ou contribuições e deve prontamente reconhecer que, às vezes, algumas das piores coisas que seus colegas não-psiquiatras dizem a seu respeito podem ser verdadeiras.” (p. 244)

XI.3 ALGUNS ELOGIOS

Alguns entrevistados já contrapõem uma imagem antiga e negativa que traziam do psiquiatra com uma imagem nova de um profissional, colaborando com seus colegas médicos:

“Em toda a minha experiência, não a recente, tenho a impressão de que os psiquiatras dão pastilhas e pronto... Acredito muito no efeito benéfico da consulta psiquiátrica. Eu, pessoalmente procurei uma vez um colega de turma meu, a experiência foi muito boa.” (8D)

“Na minha graduação foi muito teórica, a gente não freqüentava o ambulatório. Um paciente posto na roda: a coisa mais chocante que eu já vi na vida foi uma neurose obsessiva, assim, no circo...” (25R)

“Acho que o psiquiatra tá melhorando. Antigamente, todos aqueles que depois de formados não se acertavam, tornavam-se psiquiatras. Antes não tinha Psiquiatria...” (15D)

Nos últimos anos, em nossa instituição, tem havido sensíveis mudanças na atuação da psiquiatria, o que propiciou, inclusive, a instalação de uma enfermaria psiquiátrica com 18 leitos, docentes e residentes de plantão no

pronto socorro, a estruturação de um serviço de inteconsultas e mudanças no ensino de graduação e pós-graduação. Tudo isso vem garantindo ao psiquiatra um importante papel dentro de nosso hospital. O psiquiatra também mudou. Com muito trabalho, talvez esteja conseguindo enfraquecer uma visão preconceituosa a seu respeito, ou mesmo uma aceitação superficial de seu trabalho entre os colegas médicos. Alguns entrevistados detectaram as mudanças e expressaram seu reconhecimento:

“do pouco contato que tive aqui, achei um pessoal bem acessível, que dá pra conversar. (fala da péssima Psiquiatria que teve em sua graduação): Ficavam reverberando, delirando, um horror. Em termos práticos, não se aprendeu nada.” (23R)

“Mudou muito aqui o conceito que eu tinha de Psiquiatria, diferente de outros lugares. Tem ajudado e facilitado o trabalho da gente, esclarecer melhor o paciente, ele se sentir mais seguro...” (43R)

“Aqui vi essa transformação com a inauguração da enfermaria, melhorou muito a relação a nível profissional. Criou-se uma certa confiança no grupo da Psiquiatria. Hoje ninguém hesita em encaminhar um paciente pro psiquiatra.” (13D)

“Acho que, com a Psiquiatria... pra mim é um sossego que existe psiquiatra: tenho com quem contar pra resolver meus problemas.” (26R)

XI.4 "ENCAMINHAR E SER UMA COISA BESTA"

Enquanto o sucesso auferido no tratamento de um paciente aumenta a auto-estima do profissional, o encaminhamento ao psiquiatra ocorre em condições de resultados terapêuticos pobres, e pode deixar o médico muito inseguro quanto a sua capacidade profissional e carisma pessoal. Comentávamos no capítulo IX que a entrada de um psiquiatra na relação médico-paciente, nesse momento, poderia acentuar fantasias paranóides dos médicos e impulsos hostis àquele profissional que, paradoxalmente, foi chamado para ajudar.

Pedir ajuda pode ser algo muito difícil e, por isso, postergado até o limite. É possível que, antes de se decidir pelo encaminhamento ao psiquiatra, o médico tenha de lutar contra seus sentimentos de baixa estima, incertezas e preconceitos quanto à capacidade daquele profissional. Ocorre, então, de às vezes a decisão pelo encaminhamento ser tomada num momento em que o médico já atingiu o seu limite de suportar a angústia desencadeada por uma situação. Quando toma essa decisão, quer a presença urgente do psiquiatra, pois urgente é sua angústia. É difícil, muitas vezes, delimitar o que mais pesa no caráter de urgência: o problema do paciente, ou a necessidade do médico.

"É difícil a demora quando a gente pede uma interconsulta. Às vezes a gente acha até uma urgência relativa." (SD)

Reparamos que, quando uma situação está muito difícil para o médico ou equipe assistencial, o psiquiatra é aguardado com muita expectativa e

idealização. Parece mesmo haver a esperança de que, com o psiquiatra, possam ser feitas reparações parciais, após ter falhado a função reparadora individual ou da equipe.

Quando tem que amputar, pedimos uma interconsulta com a psiquiatria. (...) No fundo o ortopedista está querendo dividir responsabilidade, na verdade ele quer alguém pra ajudar a suportar a carga da conduta.” (11D)

Dele se espera uma solução, às vezes mágica, através dos seus poderes de penetrar na mente e de persuadir, obtendo uma informação antes negada pela paciente:

“Foi feita eco, curetagem. E ela negou o tempo todo. Dava muito problema, não se deixava examinar, muito boa de papo, mas negava completamente a gravidez. Depois que o psiquiatra veio, ela acabou contando...” (21R)

Talvez haja também certa idealização por parte do médico que teme encaminhar ao psiquiatra, e que este descubra algo orgânico no paciente. Ou então, que seja criticado por ter feito um encaminhamento inapropriado:

“Tenho medo de mandar um paciente desses para a Psiquiatria e de ser uma coisa besta, entendeu? Não tenho critérios, tenho

dificuldades... 'Pô! O cara não sabe lidar com isso!' (...) Talvez seja a nossa preocupação orgânica." (30R)

"A gente acaba tentando resolver com panos quentes, bem rapidinho, no seu consultório e acaba não encaminhando. Temo parecer aos psiquiatras meio incompetente encaminhando um caso que seria simples para resolver." (25R)

O temor de parecer incompetente por não resolver "casos que seriam simples", "bestas", geralmente vem acompanhado do receio de "comer bola": o médico teme que algo orgânico que lhe passou inadvertido seja descoberto pelo psiquiatra ou se manifeste de forma trágica, mais tarde. BALINT (1973) refere-se a esse temor como "o terrível cuco que nosso atual sistema de ensino soube introduzir com tanto êxito na mente de todo médico" (p. 286).

"A insegurança do diagnóstico só clínico, precisar de confirmação laboratorial, diferenciar entre o que é orgânico, somático, e emocional." (2D)

Na realidade, não existem encaminhamentos "errados", digamos. Após o diagnóstico da *situação* de encaminhamento, pode-se encontrar, qual o principal condicionante do pedido de ajuda psicológica. Temos visto ao longo desta investigação e de nossa experiência que o foco da atuação do psiquiatra pode não ser o paciente, e sim seu médico, por exemplo. CAPLAN (1980), que estudou modelos de consultoria em saúde mental, comenta a esse respeito que o que se requer do consultor é um apoio não

específico ao ego. “A única dificuldade técnica é que esse apoio deve ser prestado com muito tato, para que o consulente não seja ainda mais debilitado pelo reconhecimento explícito de suas dificuldades num contexto que poderá acarretar uma perda ainda mais profunda de auto-confiança e amor-próprio.” (p. 246)

XI.5 “CONFIAR E FICAR EVITANTE”

“Confio muito, por outro lado a gente tem visto que eles encontram problemas demais. ‘Opa! Não sei se isso existe, ou tá na cabeça do profissional...’ A minha tendência na maioria das vezes é confiar e encaminhar com muito entusiasmo, mas também freqüentemente fico um pouco evitante...” (29R)

Críticas e elogios, confiança e desconfiança, uma observação constante, em grande parte das entrevistas. Ou a tendência de alguns entrevistados a focar o psicólogo como ruim e o psiquiatra como bom... Seria pelo fato de o entrevistador ser um psiquiatra? É algo para ser levado em conta. Mas gostaríamos de ir por outro caminho, já sugerido por diversos trabalhos na área da Psicologia Médica: quanto ao sentimento de ambivalência presente nos encaminhamentos ao especialista. Uma ambivalência que, segundo nossa visão, interfere na expectativa e evolução dos pacientes encaminhados.

Como já vimos, o médico fica entre complacente e irritado, sente-se ferido em sua auto-estima quando precisa encaminhar, depender do especialista. O psiquiatra pode ser muito idealizado num momento e, a seguir, ter de enfrentar muita hostilidade, ser acusado violentamente, se falhar (ou, às vezes, seu fracasso é algo até desejado, para aplacar a inveja de um médico assistente enfraquecido em seu sentimento de onipotência).

A relação médico-médico (especialista) é, portanto, condicionada por sentimentos transferenciais e contratransferenciais, com idealização, ciúmes, inveja, geralmente com ambivalência e pouco grau de discriminação.

BALINT (1973) localiza no respeito ambivalente ao especialista a perpetuação da relação mestre-aluno. O médico olharia o especialista como um ser mais capaz, sobre cujo procedimento não tem controle. Ao mesmo tempo, sente por ele respeito e credibilidade, herança trazida pelo médico, a partir de seus sentimentos em relação aos antigos mestres da graduação.

Seguindo pela mesma linha de Balint, BOURNE (1976) sugere que muito do que fazemos por nossos pacientes reflete nosso relacionamento, mantido em algum lugar dentro de nós, com aqueles que nos ensinaram:

“É obvio que todos nós desejamos que nossos professores saiam de nossas costas, mas, simultaneamente, talvez não desejemos, realmente, ser separados deles. Algumas vezes, há quase o estranho sentimento de que os médicos têm seus pacientes primariamente para manter e sustentar suas relações internas com seus próprios professores, ídolos e ‘alma mater’.” (p. 492)

Em outras palavras, a relação com o paciente é influenciada por necessidades do médico e essas necessidades também modulam o relacionamento

médico-especialista. O encaminhamento é utilizado de diferentes maneiras, e do especialista esperam-se coisas diferentes:

“Algumas vezes, por exemplo, nós precisamos de um consultor rígido, outras vezes de um que seja gentil – e essas considerações podem ser ‘realistas’ e conscientes, tendo em vista o estilo do paciente. Mas isso vai além, e fatores inconscientes podem determinar a procura de um consultor idealizado, ou de um denegrido, ou mesmo para um determinado problema, um consultor que seja um enigma desconhecido.” (BOURNE, 1976, p. 493)

Quando entramos numa crise de confiança em nosso poder de reparar, encaminhamos. Remetemos ao especialista escolhido a mesma confiança e esperanças que depositávamos em nossos pais, em nosso médico pessoal, quando ficávamos doentes. No entanto, até mesmo por sermos médicos, e podermos sentir o que isso significa, desconfiamos. Medo de “comer bola”, de “ser uma coisa besta”, uma “bomba”... de sermos incluídos no diagnóstico do psiquiatra.

CAPÍTULO DÉCIMO SEGUNDO

XII. Conclusão	241
----------------------	-----

XII. CONCLUSÃO

O momento de concluir é peculiar e paradoxal. Vencida a batalha de escrever capítulo por capítulo, submetendo as idéias ao enquadramento temático estabelecido, chega-se à liberdade de concluir.

O paradoxo reside justamente nesse caráter de liberdade que temos num momento que deve ser de síntese e elaboração, quando a conclusão, por outro lado, incita-nos a começar a escrever tudo de novo, repensado, agora reorganizado e, talvez, mais harmonioso. A conclusão é, portanto, esse momento de fechamento da investigação e de abertura de idéias.

XII.1 O PROBLEMA ESTUDADO E A ESCOLHA DO MÉTODO

Interessava-nos a convivência entre médicos em geral, pacientes e psiquiatras no âmbito de um hospital geral universitário. De início, revisamos dados referentes a frequência e variedade das situações clínicas nas quais um profissional de saúde mental pode ser chamado para atuar. Procuramos, então, detectar as dificuldades dos médicos para reconhecer e lidar com essas situações, com que vocabulário e sentidos a elas se referem, o que decidem tratar, o que decidem encaminhar ao psiquiatra.

A revisão crítica de diversos trabalhos que procuraram isolar fatores ligados à decisão de se encaminhar ao psiquiatra através de métodos quantitativos conduziu à necessidade de um instrumento de pesquisa que nos permitisse compreender as motivações, as razões e o momento em que um médico decide encaminhar ou não ao psiquiatra, o *modus operandi* do encaminhamento.

A entrevista de que nos valemos foi um convite formulado aos médicos para que refletissem sobre algumas das rotinas que orientam sua ação no hospital geral. Raramente se penetra nas motivações e funções que animam essas rotinas médicas, e a situação de entrevista abriu um caminho para isso.

As dificuldades com o método não foram maiores do que imaginamos a princípio. Colhidos de surpresa numa interação face-a-face, muitos entrevistados demonstraram certo embaraço, buscando as primeiras respostas de maneira mais formal e racional. Depois, iam relaxando e se abrindo, alguns até se surpreenderam com coisas que vinham fazendo de forma mecânica e irrefletida. Se, no começo, muitas dificuldades foram colocadas sob a responsabilidade do paciente ou da instituição, com o decorrer da entrevista senti que a maior proximidade entre entrevistador e entrevistado permitiu que este último pudesse perceber e comunicar seus próprios limites e conflitos. Algumas entrevistas fluíram mais fácil que outras, trazendo mais material para compreensão. Reflexo, provavelmente, das diferentes interações que se estabeleceram entre duas pessoas: uma que entrevistava com a demanda de alcançar um conhecimento, outra que calculava o que e quanto seria possível oferecer, revelar-se.

XII.2 DIFICULDADES RELATADAS PELOS MÉDICOS

A maioria dos entrevistados referiu-se aos obstáculos enfrentados na assistência médica dentro da instituição, dificuldades ligadas tanto à organização institucional, quanto à clientela atendida.

Por conta dos problemas institucionais, foram lembrados o excesso de demanda, a demora nas filas de espera de atendimento, a falta de recursos de diagnóstico e tratamento e o pouco tempo destinado a cada consulta. O médico se insere de modo conflituado na instituição, que o envolve com suas normas, e que busca atender não só necessidades assistenciais, como também interesses de pesquisa, de grupos profissionais, ou necessidades geradas pela própria instituição. Sente-se, de um lado, pressionado pela estrutura institucional; de outro, gratificado e compensado por algumas de suas regras.

Aspectos não decodificados da instituição podem se confundir com as dificuldades pessoais dos médicos. Seu caráter ambíguo permite e facilita o estabelecimento de projeções defensivas. Vimos, por exemplo, como o pouco tempo reservado ao paciente e o esquema de rodízio por estágios, tantas vezes justificados por normas institucionais, são recursos dos quais os médicos se valem para lidar com pacientes difíceis e com situações angustiantes. O lugar do conflito pessoal, ativado pelo encontro com o paciente e sua doença, passa a ser ocupado por uma instituição cheia de problemas; problemas que, afinal, existem de fato. A impotência para fornecer cura integral, muitas vezes, fica sendo "da instituição".

Muito se falou do tipo de paciente atendido: de baixo nível sócio-econômico-cultural, que vem com muitos preconceitos em relação à doença e desconfiado do médico. Vindo de outro universo existencial, traz dificuldades para a relação médico-paciente. Segundo os entrevistados, já a partir de seu vocabulário, de sua capacidade de entendimento e de seu modo de

se queixar.

A maioria das dificuldades relatadas girou em torno de pacientes que manifestam queixas corporais, mas que não apresentam alterações compatíveis no exame clínico. Vimos como os médicos esperam uma queixa principal para orientar o raciocínio clínico, dentro de uma teoria que esclareça e ordene um mundo restrito ao biológico. Mas os pacientes trazem problemas de vida, “assuntos que não são da área médica”, muitas vezes cifrados numa linguagem corporal desconhecida por quem queixa, intraduzível por aquele que presta assistência.

Localizar um problema no outro, seja ele a instituição ou o paciente, e tentar resolver esse problema também no outro é algo constitutivo da profissão médica. Pois, desde o início de sua formação, o médico racionaliza e disseca a doença e a morte do outro. As pessoas que atende em seu dia-a-dia, entretanto, assemelham-se a seus objetos primitivos e ativam seus conflitos e sua necessidade de promover reparações. Quando vê sua capacidade de curar abalada, sente-se atingido em sua auto-estima, angustia-se. Então o médico pode abreviar o tempo de consulta, valer-se de esquemas de rodízio, adiar para uma próxima consulta a resposta ao paciente, ou passar a rotulá-lo e a marginalizá-lo. Nesse momento, também pode se lembrar do psiquiatra e pedir ajuda.

XII.3 OS SENTIDOS DA PALAVRA

A partir de palavras freqüentemente encontradas nos encaminhamentos médicos ao psiquiatra, partimos em busca das representações que as geram

e as alimentam. Observamos como os termos utilizados consolidam-se como instrumentos naturais de compreensão e de orientação da conduta médica, embora seus sentidos não permaneçam claros na mente dos entrevistados.

Vários médicos procuraram se acercar do sentido de vários termos, como, "pessoa nervosa", "histérica", "distúrbio de comportamento" a partir da noção do normal, alguns descobrindo-se, afinal, tão "nervosos" ou "histéricos" quanto seus pacientes. As vezes, as palavras para descrever o mais marcante em uma pessoa, ou comportamento, não eram encontradas: "depressão", por exemplo, pareceu ser algo sentido, e suas conotações foram transmitidas, principalmente, por meio de uma linguagem não-verbal.

As palavras adquirem novos sentidos, adaptados a necessidades e valores dos médicos. Delas se faz uma idéia rasa, provavelmente com função de controle da ansiedade despertada por uma situação fora do esperado. Prepondera a noção de crise, daquilo que é captado imediatamente pela percepção, ou que provoca sentimentos desconfortáveis no médico, pouco valor sendo reservado para os conflitos inconscientes que possam estar motivando o comportamento da pessoa. Ficou patente como certos termos utilizados pelos médicos caem como rótulos vindos de um ouvinte apressado ou angustiado, que espera o comedimento e a normalidade do paciente. Revelou-se, também, a importância dos mecanismos projetivos na idéia que se faz de uma pessoa, bem como no termo que se escolhe para nomeá-la. Às vezes, quem está "nervoso" é o médico.

XII.4 OS ENCAMINHAMENTOS AO PSIQUIATRA

O que se encaminha ao psiquiatra não é uma problemática restrita ao paciente. É, ao contrário, uma situação clínica onde participam e se interrelacionam vários condicionantes de ordem social, pessoal e institucional. Os encaminhamentos não se baseiam em critérios clínicos, exclusivamente, e podemos observar nesta investigação a importância de fatores pessoais, relacionais e institucionais. O médico pode decidir-se pelo encaminhamento, desconhecendo as motivações profundas do mesmo.

É possível que muitos encaminhamentos necessitem ser elaborados, devendo o médico superar a crise de confiança que se instala na relação com o paciente, ou consigo próprio. Preconceitos e sentimentos de ambivalência em relação ao psiquiatra também concorrem para tornar difícil o pedido de ajuda, que pode ser postergado até que se atinja o limite de tolerância do médico. Quando este, finalmente, opta pelo encaminhamento, pode estar tão angustiado, que a presença do psiquiatra reveste-se de um "caráter de urgência", urgência às vezes do médico, não do paciente.

Em outras circunstâncias, o encaminhamento é automático: algo toca profundamente no médico, ameaçando de tal maneira a exacerbação de seus conflitos, que são encaminhadas, de imediato, a angústia e a responsabilidade despertadas por uma situação. Desse modo, o perigo é mantido pelo médico fora de si e de seu campo de atuação, projetado no e assistido pelo colega a quem se encaminha.

Automáticos podem ser, também, os encaminhamentos que respondem a normas institucionais, quando médicos residentes e internos são pressionados a encaminhar por "filosofias" de serviços, principalmente em triagens e ambulatórios superespecializados. Referir o paciente ao psiquiatra faria parte, assim, de uma rotina de encaminhamentos que se pratica compulsivamente na assistência institucional, talvez, nesse caso, guardando-se a

esperança de que um atendimento psicológico possa por fim ao movimento errante que certos pacientes são condenados a fazer dentro de instituição superespecializada.

O encaminhamento surge como emergente de conflitos pessoais ou institucionais, e, através dele, procura-se dar um destino à angústia que certas situações despertam: o término de uma pesquisa, fins e inícios de estágios, alta do paciente. Momentos de crise que podem revelar o caráter técnico e impessoal da assistência prestada. O psiquiatra pode ser chamado para reparar alguns desses danos que os médicos sentem que impõem periodicamente a seus pacientes. Pode ser convidado a restituir a capacidade de continência do médico ou da equipe, integrar-se. Ou, então, manter-se dissociado, participando da dissociação que a equipe assistencial faz sobre o paciente. Encaminhar ao psiquiatra, portanto, pode servir tanto para a manutenção das defesas daqueles que prestam assistência, quanto para romper com um pacto de irreflexão e silêncio, com procura de novas adaptações da equipe em sua tarefa assistencial.

Observamos como nas instituições os encaminhamentos não são feitos de pessoa para pessoa. Encaminha-se para profissionais que cumprem papéis e dos quais se esperam determinadas atitudes. Isso reforça a "cumplicidade no anonimato" existente entre os membros da instituição (incluindo-se, às vezes, o próprio paciente), a partir da qual ninguém se responsabiliza pelas ações que se praticam. Na impessoalidade dos encaminhamentos perde-se, também, todo o jogo de identificações e busca de encaixes entre profissionais e pacientes que podemos encontrar em situações onde as pessoas têm nome e personalidade.

A intervenção do psiquiatra pode ser aguardada com expectativa e idealização, a fim de que se restaurem as condições de reparação que o médico sente não possuir mais. Mas lembrar que o psiquiatra é chamado a intervir em condições de resultados terapêuticos pobres, e pode encontrar um médico inseguro quanto a própria capacidade profissional e com medo de parecer incompetente. É comum o surgimento de sentimentos de hostilidades, ciúmes e inveja a ele dirigidos. Não só as condições clínicas do paciente, mas também a necessidade e sentimentos do médico modulam sua relação

com o psiquiatra. O encaminhamento é utilizado de diferentes maneiras, e dos psiquiatras esperam-se diferentes atitudes, onde influem aspectos transferenciais e contratransferenciais da tríade formada por paciente, médico e especialista.

XII.5 PALAVRAS FINAIS

O estudo dos encaminhamentos faz leitura tanto das necessidades da população assistida, quanto da que presta assistência na instituição. Como vimos, os encaminhamentos não se baseiam unicamente nas necessidades dos pacientes. É preciso conhecer os médicos e os problemas institucionais.

O tempo todo, no curso desta investigação, o psiquiatra e sua atuação no hospital geral estiveram presentes na fala dos médicos. Difícil determinar de que psiquiatria falavam, numa mistura de imagens do antigo e do novo, mesclando críticas e elogios. De qualquer maneira, o que os médicos expressaram pode ser tomado como um referencial na tentativa de diminuirmos a distância entre o que se espera e o que, efetivamente, pode ser realizado pelo psiquiatra no hospital geral.

Os médicos entrevistados falaram, freqüentemente de modo muito natural, aquilo que muitos manuais de psicologia médica trazem, às vezes de forma doutrinária e pouco prática. Para um psiquiatra que se interessa pelo trabalho ao lado de médicos, foi muito útil incentivá-los a falar de seus sentimentos e dificuldades, procurar ouvi-los, atentamente, em cada detalhe. Uma experiência que estendemos aos cursos de psicologia médica na graduação e de formação de residentes de psiquiatria em interconsultas: os

médicos e outros profissionais do hospital são entrevistados, e o conteúdo das entrevistas, discutidos em grupos operativos.

O presente estudo provocou também a reorientação, esperamos que para melhor, do estágio em interconsultas por que passam os residentes de psiquiatria em seu segundo ano. Houve a inclusão, por exemplo, de novos temas, entre os quais, relação médico-médico e funcionamento institucional, aspectos que aqui se revelaram tão importantes no encaminhamento. Nem por isso diminuimos o espaço dos tópicos de psiquiatria clínica. Ao contrário, ampliamos sua carga horária, juntamente com o estudo das repercussões psicológicas de doenças e tratamentos orgânicos. Vemos nesse aprimoramento do programa uma consequência desta investigação: dar ao psiquiatra que trabalha no hospital geral recursos teóricos para uma análise crítica, psicológica, da prática médica institucional, reservando-lhe, ao mesmo tempo, conhecimentos clínicos que permitam, além de melhor ajudar os pacientes, uma aproximação ao referencial adotado pela medicina e a comunicação com seus colegas médicos.

Finalmente, só posso concordar com a idéia de que o método clínico aplicado à investigação científica propicia ao investigador uma vivência que transcende os resultados que são registrados e divulgados. Entrevistar ex-professores, colegas médicos, permitiu o reencontro com sentimentos e motivações que fizeram de mim o que eu sou, que orientam e dão um sentido a minha prática. Foi gratificante, também, estar entrevistando médicos de um lado, e atendendo pacientes encaminhados, de outro. Ensinando e aprendendo com alunos e residentes, compartilhando com os colegas minhas dúvidas e descobertas. Uma coisa alimentou a outra.

"Não sei se era isso que você queria ouvir..." (17D)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referências Bibliográficas	251
----------------------------------	-----

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [01] ALMEIDA F^o, N. de – Migração e rótulo psiquiátrico – um estudo de caso. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 35(4): 231 – 240, 1986.
- [02] AMADO, G. & GUITTET, A. – A dinâmica da comunicação nos grupos. Rio de Janeiro, Zahar, 1978.
- [03] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd ed. Washington, APA, 1980.
- [04] AYUSO G., J. L. & CALVÉ P., A. – *La Psiquiatria en el hospital general*. Madrid, Paz Montalvo, 1976.
- [05] BACHRACH, A. J. – *Introdução à Pesquisa Psicológica*. São Paulo, Ed. Pedagógica e Universitária, 1975.
- [06] BALINT, E. & NORELL, J. S. – *Seis minutos para o paciente*. São Paulo, Manole, 1976.
- [07] BALINT, M. – *The Doctor, his Patient and the Illness*. 2nd ed. New York, Int. Universities, 1973.

- [08] BARSKY, A. J. – Hidden reasons some patients visit doctors. *Annals of Internal Medicine* 94(4): 492 – 498, 1981.
- [09] BENSAID, N. – *A consulta médica – importância da relação médico-paciente*. Rio de Janeiro, Interciência, 1977.
- [10] BION, W. R. – *Experiências com grupos*. Rio de Janeiro, Imago, 1970.
- [11] BLEGER, J. – *Simbiose e Ambigüidade*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1977.
- [12] BLEGER, J. – *Temas de Psicologia: entrevista e grupos*. São Paulo, Martins Fontes, 1980.
- [13] BOTEGA, N. J.; FONTANELLA, B. J. B.; GONÇALVES, E. B. & RODRIGUES, R. T. – Ambulatório de Psiquiatria em hospital geral – alguns dados do HC – UNICAMP. *Revista ABP – APAL* 10(2): 57 – 62, 1988.
- [14] BOTEGA, N. J. – Interconsulta Psiquiátrica no Brasil: uma enquete nacional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* (em avaliação para publicação) 1989.
- [15] BOURNE, S. – Second opinion – a study of medical referrals in a seminar for general practioners at the Tavistock Clinic, London.

- Journal of the Royal College of General Practitioners* 26: 487 – 495, 1976.
- [16] BRASIL, M. A. Alves – *A unidade psiquiátrica em hospital geral*. Tese de mestrado. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1982.
- [17] BUSNELLO, E. L.; LIMA, B. & BERTOLETE, J. M. – Aspectos interculturais de classificação e diagnóstico. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 4: 207 – 210, 1983.
- [18] BUSTAMENTE, J. P. & FORD, C. V. – Characteristics of General Hospital Patients Referred for Psychiatric Consultation. *Journal of Clinical Psychiatry* 42(9): 338 – 341, 1981.
- [19] CAPLAN, G. – *Princípios de Psiquiatria Preventiva*. Rio de Janeiro, Zahar, 1980.
- [20] CASSORLA, R. M. S. – Algumas experiências sobre morte e suicídio desenvolvidas na UNICAMP. In: TORRE, W. C. & COLS. (coord.) – *A Psicologia e a morte*. Rio de Janeiro, Ed. Fund. Getúlio Vargas, 1983, pp. 75-82.
- [21] CASSORLA, R. M. S. – O impacto dos atos suicidas no médico e na equipe de saúde. *Jornal Brasileiro de Medicina* 56(3): 84-97, 1989.

- [22] CHIOZZA, L. – Conocimiento y acto médico en medicina psicossomática. *Eidon C.L.M.P.* 1(1), 1974.
- [23] COHEN-COLE, S. A.; HAGGERTY, J. & RAFT, D. – Objectives for residents in consultation psychiatry: recommendations of a task force. *Psychosomatics* 23(7): 699–703, 1982.
- [24] COHEN-COLE, S. A., PINCUS, H. A.; STOUDEMIRE, A.; FLESTER, S. & HOUPY, J. L. – Recent Research Developments in Consultation – Liaison Psychiatry. *General Hospital Psychiatry* 8: 316 – 329, 1986.
- [25] COOPER, B. & MORGAN, H. G. – *Epidemiological Psychiatry*. New York, American Lectures, 1973.
- [26] COSTA, J. S. F. B. – Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária. *II Congresso da Associação de Psiquiatria e Psicologia da Infância e Adolescência*, Rio de Janeiro, 1976.
- [27] CUMMINS, R. O.; JARMAN, B. & WHITE, P. M. – Do general practitioners have different referral thresholds? *British Medical Journal* 282: 1037 – 1039, 1981.
- [28] DAVIES, B. – Psychiatric illness at general hospital clinics. *Post-graduate Medical Journal* 40: 15 – 18, 1964.

- [29] DEMO, P. – *Metodologia Científica em Ciências Sociais*. São Paulo, Atlas, 1980.
- [30] EPSTEIN, L. & FEINER, A. H. – Countertransference: The Therapist's Contribution to Treatment. *Contemporary Psychoanalysis* 15(3): 489 – 513, 1979.
- [31] ESCANDE, M. – Le psychiatre vu par l'omnipraticien. *Confrontations Psychiatriques* 17: 59 – 91, 1979.
- [32] FAHY, T. J.; O'ROURKE, A. & WILSON – DAVIS, K. – The Irish family doctor and psychiatry: a national survey of attitudes. *Journal of the Irish Medical Association* 56: 616 – 623, 1974.
- [33] FAUMAN, M. A. – Psychiatric Components of Medical and Surgical Practice: a Survey of General Hospital Physicians. *American Journal of Psychiatry*. 138(10): 1298 – 1301, 1981.
- [34] FAUMAN, M. A. – Psychiatric Components of Medical and Surgical Practice II: Referral and Treatment of Psychiatric Disorders. *American Journal of Psychiatry* 140(6): 760 – 763, 1983.
- [35] FERRARI, H. – Interconsulta y funcionamiento institucional. *Acta Psiquiátrica y Psicológica América Latina* 20: 51 – 56, 1974.

- [36] FERRARI, H.; LUCHINA, N. & LUCHINA, I. L. - *La Interconsulta médico - psicológica en el marco hospitalario*. Buenos Aires, Nueva Visión, 1977.
- [37] FERRARI, H.; LUCHINA, N. & LUCHINA, I. L. - *Asistencia Institucional. Nuevos desarrollos de la Interconsulta médico - psicológica*. Buenos Aires, Nueva Visión, 1979.
- [38] FERREIRA, A. B. H. - *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975.
- [39] FREUD, S. (1910) - Leonardo da Vinci e uma lembrança da sua infância. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. 2ª ed. Rio de Janeiro, Imago, 1987, vol. XI.
- [40] FREUD, S. (1916-17) - Conferências introdutórias sobre Psicanálise. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. 2ª ed. Rio de Janeiro, Imago, 1987, vols. XV e XVI.
- [41] GOLDBERG, D. P. & BRIDGES, K. - Somatic presentations of psychiatric illness in primary care setting. *Journal of Psychosomatic Research* 29: 563 - 569, 1985.
- [42] GREENHILL, M. H. - Teaching and training of the psychosomatic approach. In: KIMBALL & COLS. (eds.) - The teaching of psycho-

somatic medicine and consultation – liaison psychiatry. Basel, Karger
(*Bibliotheca psychiat.* 159: 15 – 22, 1979).

- [43] GRINBERG, L.; LANGER, M. & RODRIGUÉ, E. – *Psicoterapia de grupo*. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1976.
- [44] GUSDORF, G. – *A fala*. Porto, Despertar, 1970.
- [45] HEIMANN, P. – On Countertransference. *International Journal of Psycho-Analysis* 31: 81 – 84, 1950.
- [46] HENGEVELD, M. W.; ROOÏMANS, H. G. M. & HERMANS, J. – Assesment of Patient – Staff and Intrastaff Problems in Psychiatric Consultations. *General Hospital Psychiatry* 9: 25 – 30, 1987.
- [47] HOIRISCH, A. – *O problema da identidade médica*. Tese de professor titular. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1976.
- [48] HOPKINS, P. & COOPER, B. – Psychiatric Referral from a general practice. *British Journal of Psychiatry* 115: 1163 – 1174, 1969.
- [49] HOUP, J. L., ORLEANS, C. S.; GEORGE, L. K. H. – The Role of Psychiatry and Behavioral Factor in the Practice of Medicine. *American Journal of Psychiatry* 137(1): 37 – 47, 1980.

- [50] HULL, J. – Psychiatric Referrals in General Practice. *Archives of General Psychiatry* 36: 406 – 408, 1979.
- [51] INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E PREVIDÊNCIA SOCIAL – *Programa de reorientação da assistência psiquiátrica*. Brasília, MPAS/CCS, 1983.
- [52] JAQUES, E. – Os sistemas sociais como defesa contra a ansiedade persecutória e depressiva. In: KLEIN, M.; HEIMANN, P. & MONEY – KYRLE, R.E. – *Temas de psicanálise aplicada*. Rio de Janeiro, Zahar, 1969.
- [53] JASPERS, K. – *Psicopatologia Geral*. 2ª ed. Rio de Janeiro, Atheneu, 1979.
- [54] JENKS, S. F. – Recognition of Mental Distrees and Diagnosis of Mental Disorder in Primary Care. *The Journal of American Medical Association* 253(13): 1903 – 1907, 1985.
- [55] KAESER, A. C. & COOPER, B. – The psychiatric patient, the general practitioner, and the outpatient clinic: an operational study and a review. *Psychological Medicine* 1: 312 – 325, 1971.
- [56] KAPLAN, H. I. & SADOCK, B. J. – *Compêndio de psiquiatria dinâmica*. 3ª ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1984.

- [57] KARASU, T. B.; PLUTCHIK, R.; CONTE, H.; SIEGEL, B.; STEINMULLER, R. & ROSEMBAUM, M. – What do physicians want from a psychiatric consultation service? *Comprehensive Psychiatry* 18: 73 – 81, 1977.
- [58] KARNIOL, I. G.; BOTEGA, N. J.; MACIEL, R. R. & COLS. – Uso e abuso de benzodiazepinas no Brasil. *Revista ABP-APAL* 8(1): 30-35, 1986.
- [59] KERR – CORRÊA, F. & SILVA, B. C. M. – Avaliação do Ensino de Psiquiatria pela Análise dos Pedidos de Interconsulta. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 34(4): 247 – 252, 1985.
- [60] KESSEL, N. – Who ought to see a psychiatrist? *Lancet* 1: 1092 – 1095, 1963.
- [61] KESSEL, N. & SHEPHERD, M. – Neurosis in hospital and general practice. *Journal of Mental Science* 108: 159 – 166, 1962.
- [62] KESSLER, L. G.; AMICK, B. C. & THOMPSON, J. – Factors Influencing the Diagnosis of Mental Disorder Among Primary Care Patients. *Medical Care* 23(1): 50 – 62, 1985.
- [63] KLEIN, M. (1952) – Algumas conclusões teóricas sobre a vida emocional do bebê. In: KLEIN, M.; HEIMANN, P.; ISAACS, S. & RIVIERE, J.– *Os progressos da psicanálise*. 2ª ed. Rio de Janeiro, Zahar, 1978, p. 216.

- [64] KLIMOVSKY, G. - Aspectos epistemológicos da interpretação psicanalítica In: ETCHEGOYEN, R. H. - *Fundamentos da Técnica psicanalítica*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1987.
- [65] KNOBEL, M. - La función psicoterapéutica del psicólogo. In: BRICHT, S. & COLS. - *El rol del psicólogo*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1973, pp. 217-243.
- [66] KNOBEL, M. - La relación entre el médico y el psicoterapeuta en el tratamiento de la enfermedad somática. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina* 32: 31 - 40, 1986.
- [67] KOHUT, H. - *La restauración del sí-mismo*. Barcelona, Paidós, 1980.
- [68] KRAKOWSKI, A. J. - Doctor-Doctor Relationship. *Psychosomatics* 12(1): 11 - 15, 1971.
- [69] KRAKOWSKI, A. J. - Doctor-Doctor Relationship III : A study of feelings influencing the vocation and its tasks. *Psychosomatics*, 14: 156 - 161, 1973.
- [70] KRAKOWSKI, A. J. - Psychiatric Consultation in the General Hospital: an Exploration of Resistances. *Diseases the Nervous System* 36: 242 - 244, 1975.

- [71] LAGACHE, D. *La unidad de la psicología*. Barcelona, Paidós – Ibérica, 1985.
- [72] LANGER, M. & LUCHINA, I. L. – El médico frente al cáncer. In: SCHAVELZON, J. & COLS. – *Cáncer – Enfoque psicológico*. Buenos Aires, Galerna, 1978, pp. 129 – 185.
- [73] LANGSLEY, D. – Primary Care and Psychiatry. *Social Psychiatry* 17: 89 – 94, 1982.
- [74] LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J. - B. – *Vocabulário da Psicanálise*. 8ª ed. São Paulo, Martins Fontes, 1985.
- [75] LEVINE, M. – The Practice of Mental Health Consultation: some definitions from social theory. In: ZUSMAN, J. & DAVIDSON, D. L. (Eds.) – *Practical Aspects of Mental Health Consultation*. Springfield, Charles C. Thomas, 1972 pp. 8 – 29.
- [76] LIPOWSKI, Z. J. – Review of Consultation Psychiatry and Psychosomatic Medicine – II. Clinical Aspects. *Psychosomatic Medicine* 29(3): 201 – 224, 1967.
- [77] LIPOWSKI, Z. J. – Consultation – liaison Psychiatry : an overview. *American Journal of Psychiatry* 131(6): 623 – 630, 1974.

- [78] LIPOWSKI, Z. J. – Psychosomatic Medicine: a science, movement, or point of view? In: LIPOWSKI, Z. J. & COLS. – *Psychosomatic Medicine: current trends and clinical applications*. New York, Oxford University Press, 1977.
- [79] LIPOWSKI, Z. J. – Current trends in Consultation – Liaison Psychiatry. *Canadian Journal of Psychiatry*. 28(5): 329 – 338, 1983.
- [80] LIPOWSKI, Z. J. – Consultation – Liaison Psychiatry: the first half century. *General Hospital Psychiatry* 8: 305 – 315, 1986.
- [81] LIPOWSKI, Z. J. & WOLSTON, E. J. – Liaison - Psychiatry: Referral patterns and their stability over time. *American Journal of Psychiatry* 138: 1608 – 1611, 1981.
- [82] LUCENA, J.; LIMA, M. D. C.; OLIVEIRA, G. S. & ALBUQUERQUE, J. F. – Unidade psiquiátrica em um hospital geral. *Neurobiologia* 41(4): 455 – 466, 1978.
- [83] LUDKE, R. L. – An examination of the factors that influence patient referral decisions. *Medical Care* 20(8): 782 – 796, 1982.
- [84] MAGDALENO JR., R. & BOTEGA, N. J. – Interconsulta Psiquiátrica no hospital geral universitário: um ano no Hospital das Clínicas – UNICAMP. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* (no prelo), 1990.

- [85] MAGUIRE, G. P.; JULIER, D. L.; HAWTON, K. E. & BANCROFT, J. H. J. – Psychiatric Morbidity and Referral on Two General Medical Wards. *British Medical Journal* 1: 268 – 270, 1974.
- [86] MARI, J. J. – *Minor Psychiatric Morbidity in Three Primary Medical Clinics in the City of São Paulo*. PhD Thesis, University of London, 1986.
- [87] MARTINS, L. A. N. – Tarefa médica e interconsulta médico-psicológica em um hospital universitário. *Boletim de Psiquiatria* 17(3): 108 – 111, 1984.
- [88] MATTA, R. da – O ofício do etnólogo, ou como ter “anthropological blues”. *Boletim do Museu Nacional*, nº 27, 1978.
- [89] McCUE, J. D. – Psychiatric Consultation to Internal Medicine: An Internist’s thoughts. *Psychosomatics* 23(8): 832 – 839, 1982.
- [90] MELLO F., J. – *Concepção Psicossomática: Visão Atual*. 3ª ed., Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1983.
- [91] MELO, A. L. Nobre de – *Psiquiatria*. 3ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara – Koogan, 1980.
- [92] MENDEL, G. – Articulações crítico – produtivas entre intervenção

individual, grupal e institucional. In: BAREMBLIT, G. F. (org.) & COLS. – *O inconsciente institucional*. Petrópolis, Vozes, 1984.

- [93] MENDELSON, M. & MEYER, E. – Countertransference Problems of the Liaison Psychiatrist. *Psychosomatic Medicine* 23(2): 115 – 122, 1961.
- [94] MEZEY, A. G. & KELLET, J. M. – Reasons Against Referral to the Psychiatrist. *Postgraduate Medical Journal* 47: 315 – 319, 1971.
- [95] MILLAN, L. R.; MIGUEL Fº, E. C.; LIMA, M. G. A.; FRÁGUAS JR., R. & GIMENES, R. – Psiquiatria no Hospital Geral: experiência de um ano. *Revista de Psiquiatria Clínica* 13(1-4): 33 – 38, 1986.
- [96] MITCHELL, A. R. K. – Psychiatrists in Primary Health Care Settings. *British Journal of Psychiatry* 147: 371 – 379, 1985.
- [97] MOSCOVICI, S. – *A Representação Social da Psicanálise*. Rio de Janeiro, Zahar Ed., 1978.
- [98] MOWBRAY, R. M.; BLAIR, W.; JUBB, L. G. & CLARKE, A. – The General Practitioner's Attitude to Psychiatry. *Scottish Medical Journal* 6: 314 – 321, 1961.
- [99] NOVACK, D. H. & LANDAU, C. – Psychiatric Diagnoses in Problem Patients. *Psychosomatics* 26(11): 853 – 858, 1985.

- [100] OKEN, D. - Liaison Psychiatry (Liaison Medicine). In: WISE, T. N. & FREYBERGER, H. (ed.) - Consultation - Liaison throughout the World. Basel, Karger. (*Advances in Psychosomatic Medicine*, 11: 23 - 51, 1983).
- [101] OPPENHEIM, A. N. - *Questionnaire Design and Attitude Measurement*. New York, Basic Books, 1966.
- [102] PASTERNAK, M. - El método experimental y el método clínico em psicología. In: BRAUSTEIN, N. A.; PASTERNAK, M.; BENEDITO, G. & SAAL, F. - *Psicología : ideología y ciencia*. 13ª ed. México, Siglo veintiuno, 1987.
- [103] PEREIRA, M. E. .C. & BOTEGA, N. J. - Implantação de um Serviço de Psicologia Médica no HC - UNICAMP. In: FORTES, J. R. A. & COLS., ed. *Psiquiatria e Medicina Interna: Anais do I Congresso Brasileiro de Psiquiatria e Medicina Interna* (S.P. - 1987). São Paulo, Astúrias, 1988, p. 263.
- [104] PERESTRELLO, D. - *A Medicina da Pessoa*. 3ª ed., Rio de Janeiro, Atheneu, 1982.
- [105] PRITCHARD, M. - Who sees a psychiatrist? A study of factors related to psychiatric referral in the general hospital. *Postgraduate Medical Journal* 48: 645 - 651, 1972.

- [106] RACKER, H. - The Countertransference Neurosis. *International Journal of Psycho-Analysis* 34: 313 - 324, 1953.
- [107] RAIMBAULT, G. - *El Psicoanálisis y las Fronteras de la Medicina*. Barcelona, Ariel, 1985.
- [108] RAMADAM, Z. B. A. - Conceito, quadro clínico e classificação dos quadros histéricos. In: FORTES, J. R. A. & COLS., ed. - *Psiquiatria e Medicina Interna: Anais do I Congresso Brasileiro de Psiquiatria e Medicina Interna* (S.P. - 1987). São Paulo, Astúrias, 1988, pp. 20 - 25.
- [109] RAWNSLEY, K. & LOUDON, J. B. - Factors Influencing the Referral of Patients to Psychiatrists by General Practitioners. *British Journal of preventive and social Medicine*, 16: 174 - 182, 1962.
- [110] SAMPAIO, A. P. - Serviço psiquiátrico do hospital geral de ensino *Neurobiologia* 19(1): 72 - 82, 1956.
- [111] SANTANA, V. S. - Transtornos mentais no setor de clínica de adultos em um centro de saúde da cidade do Salvador. *Revista Baiana de Saúde Pública* 4(3-4): 160 - 167, 1977.
- [112] SANTANA, V. S.; ALMEIDA F., N. & MARI, J. J. - Revisão dos Estudos Epidemiológicos no Brasil, 2ª parte. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 37(6): 291 - 295, 1988.

- [113] SARANO, J. – *O relacionamento com o doente: dificuldades e perspectivas no relacionamento entre terapeutas e clientes*. S. Paulo, Ed. Pedagógica Universitária Ltda., 1978.
- [114] SCHAFFER, W. A. & HOLLOMAN, F. C. – Consultatin and referral between physicians in new medical practice environments. *Annals of Internal Medicine* 103(4): 600 – 605, 1985.
- [115] SCHWAB, J. J., CLEMMONS, R. S., FREEMON, F. R. & COLS. Differential characteristics of medical in-patients referred for psychiatric consultation: a controlled study. *Psychosomatic Medicine* 27: 112 – 118, 1965.
- [116] SCHWAB, J. J. & BROWN, J. – Uses and Abuses of Psychiatric Consultation. *The Journal of the American Medical Association* 205(2): 65 – 68, 1968.
- [117] SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SÃO PAULO – *Recomendações técnicas sobre a área programática de saúde mental do SVDS* – São Paulo, 1987.
- [118] SEGUIN, C. A. – *La enfermedad, el enfermo y el médico*. Madrid, Ed. Pirámide, 1982.
- [119] SENSKY, T. – The general hospital psychiatrist: too many tasks and too few roles? *British Journal of Psychiatry* 148: 151 – 158, 1986.

- [120] SHEPHERD, M. – General Practice, Mental Illness, and the British National Health Service. *American Journal of Public Health* 64(3): 230 – 232, 1974.
- [121] SHEPHERD, M.; COOPER, B.; BROWN, A. C. & KALTON, G. W. – *Psychiatric Illness in General Practice*. London, Oxford University Press, 1966.
- [122] SIMEANT, S. J. – Estudio de la capacidad resolutive de la demanda en atención de morbilidad a nivel primario (área urbana). *Cuadernos médico – sociales* 24: 156 – 169, 1983.
- [123] SKODOL, A. E. & SPITZER, R. L. – DSM III: rationale, basic concepts, and some differences from ICD-9. *Acta psychiatrica scandinavica* 66: 271 – 281, 1982.
- [124] SPITZER, R. & FLEISS, J. – A re-analysis of the validity of psychiatric diagnosis. *British Journal of Psychiatry* 125: 341 – 347, 1974.
- [125] STEINBERG, H.; TOREM, M. & SARAVAY, S. M. – An Analysis of Physician Resistance to Psychiatric Consultations. *Archives of General Psychiatry* 37: 1007 – 1012, 1980.
- [126] TRINCA, W., ed. – *Diagnóstico Psicológico : prática clínica*. São Paulo, Editora Pedagógica e Universitária, 1984.

- [127] TURATO, E. R. – Estágio integrado de residência psiquiátrica em ambulatório de Clínica Médica – relato de uma experiência. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 32(2): 109–114, 1983.
- [128] TURATO, E. R. – Transtornos Mentais em Ambulatório. *Jornal Brasileiro de Medicina* 49(2): 116 – 123, 1985.
- [129] UCHÔA, D. M. – *Organização da Psiquiatria no Brasil*. São Paulo, Sarvier, 1981.
- [130] VYGOTSKY, L. S. – *A formação social da mente*. São Paulo, Martins Fontes, 1984.
- [131] WILSON, M. & MEYER, E. – The doctors' vs. the nurses' view of emotional disturbances. *Canadian Psychiatric Association Journal* 10: 212 – 215, 1965.
- [132] WITTKOVER, E. D. – Historical Perspective of Contemporary Psychosomatic Medicine. In: LIPOWSKI, Z. J. & COLS. – *Psychosomatic Medicine*. New York, Oxford University Press, 1977 pp. 3 – 13.
- [133] WORLD HEALTH ORGANIZATION – *Mental Disorders: Glossary and Guide to their Classification in Accordance with the Ninth Revision of the International Classification of Diseases*. Geneve, 1978.