

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA

MÉDICOS CLÍNICOS E SUA VIVÊNCIA

PRÁTICA DA RELAÇÃO MÉDICO - PACIENTE

AUTORES: HELOISA RAMOS

NICOLAU HEUKO FILHO

ORIENTAÇÃO: DR. PEDRO LARGURA

FLORIANÓPOLIS, NOVEMBRO DE 1985.

AGRADECEMOS AS COLABORAÇÕES E SUGES-
TOES DOS DRS. WALDOMIRO DANTAS E MAR
CIA M. M. PIZZICHINI.

Í N D I C E

	<u>PÁGINA</u>
01. RESUMO	01
02. INTRODUÇÃO	02
03. OBJETIVOS	03
04. MATERIAIS E MÉTODOS	04
05. RESULTADOS	10
06. DISCUSSÃO	24
07. CONCLUSÕES	40
08. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42

I. RESUMO

Foram entrevistados 50 médicos clínicos, empregados do Serviço de Saúde do INAMPS e Hospital U_niversitário de Florianópolis, com o objetivo de conhecer seu modo de abordagem, conduta e dificuldades frente aos aspectos psicológicos dos pacientes e da relação médico - paciente.

Verificou-se que a maioria mostrou-se atraída pelo questionário, juntamente com a afirmação de que apenas uma pequena minoria recebeu conhecimentos sobre o funcionamento da vida emocional e pode utilizá-los na prática profissional.

Sugestões possíveis de serem colocadas em prática para melhorar o ensino médico neste aspecto, foram citadas.

II. INTRODUÇÃO

A verificação da dificuldade da abordagem dos aspectos psicológicos da relação médico - paciente e também do pouco acesoramento neste aspecto, que nós, doutorandos, recebemos durante o curso de graduação, motivou o nosso interesse em conhecer como o clínico vive este acontecimento no seu dia-a-dia profissional.

III. OBJETIVO

Nossos objetivos foram verificar:

1. A valorização, pelo médico clínico, das queixas emocionais do paciente.

2. Como este clínico se sente frente à estas queixas.

3. Qual seu conhecimento em relação aos aspectos psicológicos dos seus clientes.

4. Qual a sua conduta.

5. Quais suas sugestões para a melhor preparação do médico de forma a auxiliá-lo a viver com maior segurança e conhecimento a relação médico - paciente e as queixas emocionais deste.

IV. MATERIAIS E MÉTODOS

Nosso estudo constou da aplicação de 50 questionários a médicos clínicos de diversas especialidades, escolhidos aleatoriamente.

Destes, 32 profissionais trabalham em atividades didáticas, de assistência médica ambulatorial ou de enfermagem do Hospital Universitário; e 18 trabalham em atividade ambulatorial do INAMPS.

- Dados gerais:

- . Instituição de graduação médica:
- . Ano de formatura:
- . Especialidade:
- . Idade:

Questionário:

01. Quanto tempo da consulta dispense com os problemas emocionais do paciente?

- a) 0 a 10%
- b) 10 a 20%
- c) 20 a 40%
- d) 40 a 60%
- e) acima de 60%

02. Quais suas reações pessoais frente aos problemas emocionais dos pacientes?

- | | |
|--------------|-------------------------|
| a) Inibição | e) Irritação |
| b) Ansiedade | f) Rejeição |
| c) Depressão | g) Indiferença |
| d) Empatia | h) Outros (especifique) |
- _____
- _____

03. Dos problemas emocionais, quais lhe trazem mais dificuldade?

- a) Recordações pessoais muito significativas.

b) Vida sexual.

c) Sintomas que causam sofrimento.

04. Que quadros são mais encontrados?

() Transtornos transitórios de inaptações a situação especiais.

() Neuroses.

() Distúrbios psicossomáticos.

() Distúrbios comportamentais.

() Alcoolismo.

() Psicoses.

05. Quais, dentre os seguintes quadros, tem maior facilidade diagnóstica?

() Neurose de ansiedade.

() Neurose fóbica.

() Neurose histérica.

() Neurose depressiva.

() Neurose obsessivo-compulsivo.

() Todos.

() Nenhum.

06. Quais, dentre os seguintes quadros, tem mais dificuldade diagnóstica?

() Neurose de ansiedade.

() Neurose fóbica.

() Neurose histérica.

() Neurose depressiva.

() Neurose obsessivo-compulsivo.

() Todos.

() Nenhum.

07. Prescreve mais:

() Placebo.

() Psicofármacos.

08. Dentre os placebos, quais?

R.:

09. Dentre as psicofármacos, quais?

R.:

10. Conduta frente as queixas emocionais:

() Ignora,

() Pede exames,

() Receita e não comenta.

() Receita e comenta.

() Não receita e comenta.

() Tem retorno,

() Não tem retorno.

() Encaminha ao psiquiatra.

11. O que entende por psicoterapia de a

poio?

() Escutar.

() Escutar + aconselhar.

() Hipnose.

() Psicoterapia breve.

() Psicanálise.

- () Psicofarmacologia.
- () Desconhece o assunto.

12. Como encara a psicoterapia?

- () Falha.
- () Enganosa.
- () Necessária.
- () Imprescindível.
- () Eficaz.
- () Difícil.
- () Útil.

13. Como encara o psiquiatra?

- () Enganoso.
- () Falho.
- () Charlatão.
- () Inútil.
- () Necessário.
- () Imprescindível.
- () Prescindível.
- () Útil.

14. Como se sente frente ao presente

questionário?

- () Indiferente.
- () Ansioso.
- () Invadido.
- () Conflitante.
- () Atraído.

() Traz questionamentos pessoais.

15. Durante sua formação médica recebeu informações sobre o funcionamento da vida emocional?

() SIM () NÃO

16. Caso afirmativo, foram suficientes para aplicá-los na sua vida Profissional?

() SIM () NÃO

17. Quais suas sugestões, em relação ao ensino médico, para melhorar as dificuldades encontradas na relação médico - paciente?

V. RESULTADOS

Os resultados obtidos foram os seguintes:

- Instituição de formação médica - a Tabela 1 mostra que 82% dos clínicos consultados foram graduados na UFSC.

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS CLÍNICOS CONFORME A INSTITUIÇÃO DE GRADUAÇÃO MÉDICA

INSTITUIÇÃO	Nº	%
UFSC	41	82
UFPR	04	8
UFRS	01	2
UFRJ	01	2
UNB	01	2
UFFluminense	01	2
Faculdade Fluminense	01	2
TOTAL	50	100

FONTE: Questionários aplicados a 50 clínicos - Florianópolis.

- ANO DE FORMATURA - A Tabela 2 distribui os clínicos consultados conforme o ano de formação.

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS CLÍNICOS CONFORME O ANO DE FORMATURA.

ANO	Nº	%
55 - 59	01	2
60 - 64	02	4
65 - 69	03	6
70 - 74	06	12
75 - 79	30	60
80 - 84	08	16
TOTAL	50	100

FONTE: Questionários aplicados a 50 clínicos - Florianópolis

- ESPECIALIDADE - A Tabela 3 distribui os clínicos consultados conforme a sua especialidade.

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS CLÍNICOS CONSULTADOS CONFORME A SUA ESPECIALIDADE

ESPECIALIDADE	Nº	%
Clínica Médica	18	36
Gastroenterologia	09	18
Pneumologia	05	10
Cardiologia	04	08
Hematologia	03	06
Neurologia	03	06
Nefrologia	02	04
Endocrinologia	02	04
Medicina Intensiva	02	04
Reumatologia	01	02
Dermatologia	01	02
TOTAL	50	100

FONTE: Questionários aplicados a 50 Clínicos - Florianópolis

- IDADE - A Tabela 4 distribui os clínicos conforme a sua idade. Observa-se que 74% se encontram na faixa de 30 à 39 anos.

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS CLÍNICOS CONFORME A IDADE

IDADE (ANOS)	Nº	%
25 - 29	03	6
30 - 34	21	42
35 - 39	16	32
40 - 44	04	8
45 - 49	04	8
50 - 54	02	4
TOTAL	50	100

FONTE: Questionários aplicados a 50 clínicos - Florianópolis

- SEXO - A Tabela 5 demonstra que 78% dos clínicos consultados pertenciam ao sexo masculino.

TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DOS CLÍNICOS CONFORME SEXO

SEXO	Nº	%
MASCULINO	39	78
FEMININO	11	22
TOTAL	50	100

FONTE: Questionários aplicados a 50 clínicos - Florianópolis

- TEMPO DA CONSULTA DISPENDIDO COM OS PROBLEMAS EMOCIONAIS DO PACIENTE - A Tabela 6 distribui os clínicos, conforme sua resposta em relação a quanto tempo da consulta reserva com os problemas emocionais. Observa-se que 10% preferiram não delimitar este tempo, sendo colocado entre os variáveis.

TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO CONFORME O TEMPO DISPENDIDO AOS PROBLEMAS EMOCIONAIS

TEMPO (%)	Nº	%
0 - 10	01	2
10 - 20	24	48
20 - 40	16	32
40 - 60	04	8
Acima de 60	00	0
Variáveis	05	10
TOTAL	50	100

FONTE: Questionários aplicados a 50 clínicos - Florianópolis

- REAÇÕES PESSOAIS FRENTE AOS PROBLEMAS EMOCIONAIS DO PACIENTE - Através da Tabela 7 observamos que 52% dos clínicos apresentam empatia frente aos problemas emocionais do paciente.

TABELA 7 - REAÇÕES PESSOAIS FRENTE AOS PROBLEMAS EMOCIONAIS DOS PACIENTES

REAÇÃO	Nº	%
Empatia	26	52
Ansiedade	12	24
Indiferença	05	10
Irritação	01	2
Rejeição	01	2
Depressão	01	2
Inibição	00	0
Outros *	14	28
TOTAL	60	-

FONTE: Questionários aplicados a 50 clínicos - Florianópolis

* Entre as outras reações foram relatados; solidariedade, tentativa de auxílio, orientação, afeto, deixá-lo falar, preocupação, calma, observação, compreensão, tranquilidade, interesse e reação variável dependendo do paciente.

- PROBLEMAS EMOCIONAIS QUE TRAZEM MAIOR DIFICULDADE - A Tabela 8 mostra que 50% dos clínicos tem maior dificuldade frente a problemas que causam sofrimento.

TABELA 8 - PROBLEMAS EMOCIONAIS QUE TRAZEM
MAIOR DIFICULDADE

PROBLEMAS	Nº	%
Sintomas que causam sofrimento	25	50
Recordações pessoais significativas	17	34
Vida sexual	07	14
Nenhuma das acima	03	6
TOTAL	52	-

FONTE: Questionários aplicados a 50 clínicos
Florianópolis

- QUADROS MAIS ENCONTRADOS - A Tabela 9 mostra que o distúrbio psicossomático é o quadro mais encontrado no dia-a-dia dos clínicos consultados.

TABELA 9 - QUADROS MAIS ENCONTRADOS NA
PRÁTICA MÉDICA

QUADROS	Nº	%
Dist. psicossomáticos	36	72
Inadaptação a situações especiais	16	32
Neuroses	07	14
Dist. comportamentais	06	12
Alcoolismo	06	12
Psicoses	02	4
TOTAL	73	-

FONTE: Questionários aplicados a 50 clínicos -
Florianópolis

- MAIOR FACILIDADE DIAGNÓSTICA - Conforme mostra a Tabela 10, 66% dos clínicos informaram que encontram maior facilidade no diagnóstico da neurose de ansiedade.

TABELA 10 - MAIOR FACILIDADE DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICO	Nº	%
Neurose de ansiedade	33	66
Neurose depressiva	16	32
Neurose histérica	15	30
Neurose fóbica	04	8
Neurose obsessivo-compulsivo	04	8
Todos	07	14
Nenhum	01	2
TOTAL	80	-

FONTE: Questionários aplicados a 50 clínicos - Florianópolis

- MAIOR DIFICULDADE DIAGNÓSTICA - A neurose obsessivo - compulsivo foi indicada como a patologia de maior dificuldade diagnóstica, conforme mostra a Tabela 11.

TABELA 11 - MAIOR DIFICULDADE DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICO	Nº	%
Neurose obsessivo-compulsivo	25	50
Neurose fóbica	08	16
Neurose de ansiedade	03	6
Neurose histérica	03	6
Neurose depressiva	03	6
Todos	01	2
Nenhum	09	18
TOTAL	52	-

FONTE: Questionários aplicados a 50 clínicos -
 Florianópolis

- DROGAS MAIS PRESCRITAS - 58% (29)
 dos clínicos responderam que prescrevem mais psico-
 fármacos, 38% (19) prescrevem placebos e 4% (2)
 não responderam.

A) PLACEBOS - A Tabela 12 distribui os
 placebos relacionados.

TABELA 12 - PLACEBOS MAIS PRESCRITOS

PLACEBO	Nº	%
Vitaminas	18	36
AAS	03	6
Ervas	01	2
Soro Fisiológico	01	2
TOTAL	23	-

FONTE: Questionários aplicados a 50 clínicos -
 Florianópolis

B) PSICOFÁRMACOS - A Tabela 13 distribui os psicofármacos relacionados.

TABELA 13 - PSICOFÁRMACOS MAIS PRESCRITOS

PSICOFÁRMACOS	Nº	%
Ansiolíticos *	29	58
Anti-depressivos	04	8
Neurolépticos **	04	8
Outros	01	2
TOTAL	38	-

FONTE: Questionários aplicados a 50 clínicos - Florianópolis

* Todos os ansiolíticos relatados pertenciam ao grupo dos benzodiazepínicos.

** Os neurolépticos pertenciam ao grupo das fenotiazinas (clorpromazina) e derivados da benzamida (sulpirida).

- CONDUTA FRENTE AS QUEIXAS EMOCIONAIS - A Tabela 14 mostra que a maioria dos clínicos consultados preferem receitar e comentar (72%) ou encaminhar ao psiquiatra (52%).

TABELA 14 - CONDUTA FRENTE AS QUEIXAS EMOCIONAIS

CONDUTA	Nº	%
Ignora	01	2
Pede exames	03	6
Receita e não comenta	00	0
Receita e comenta	36	72
Não receita e comenta	13	26
Tem retorno	24	48
Não tem retorno	03	6
Encaminha ao psiquiatra	26	52
TOTAL	-	-

FONTE: Questionários aplicados a 50 clínicos
Florianópolis

- CONCEITO DE PSICOTERAPIA DE APOIO -

A Tabela 15 responde o que os clínicos entendem por psicoterapia de apoio.

TABELA 15 - CONCEITO DE PSICOTERAPIA DE APOIO

CONCEITO	Nº	%
Escutar + aconselhar	37	74
Psicoterapia breve	10	20
Psicanálise	06	12
Escutar	02	4
Hipnose	01	2
Desconhece o assunto	01	2
Psicofarmacologia	00	0
TOTAL	57	-

FONTE: Questionários aplicados a 50 clínicos -
Florianópolis

- AVALIAÇÃO DA PSICOTERAPIA - A Tabela 16 mostra como os clínicos avaliam a psicoterapia.

TABELA 16 - AVALIAÇÃO DA PSICOTERAPIA

AVALIAÇÃO	Nº	%
Necessária	23	46
Útil	21	42
Eficaz	16	32
Imprescindível	07	14
Difícil	06	12
Falha	00	0
Enganosa	00	0
TOTAL	73	-

FONTE: Questionários aplicados a 50 clínicos - Florianópolis

- AVALIAÇÃO DO PSIQUIATRA - A Tabela 17 mostra como os clínicos avaliam o psiquiatra.

TABELA 17 - AVALIAÇÃO DO PSIQUIATRA

AVALIAÇÃO	Nº	%
Necessário	26	52
Útil	23	46
Imprescindível	08	16
Falho	01	2
Enganoso	00	0
Charlatão	00	0
Inútil	00	0
Prescindível	00	0
TOTAL	58	-

FONTE: Questionários aplicados a 50 clínicos - Florianópolis

- SENTIMENTO EM RELAÇÃO AO PRESENTE

QUESTIONÁRIO - Através da Tabela 18, observamos que 42% dos médicos consultados, sentiram atração em relação ao questionário.

TABELA 18 - SENTIMENTO EM RELAÇÃO AO QUESTIONÁRIO

SENTIMENTO	Nº	%
Atração	21	42
Traz questionamentos pessoais	11	22
Conflito	08	16
Indiferença	06	12
Invasão	05	10
Ansiedade	01	2
TOTAL	52	-

FONTE: Questionários aplicados a 50 clínicos - Florianópolis

- FUNCIONAMENTO DA VIDA EMOCIONAL - 33

clínicos (66%) declararam não ter recebido informações sobre o funcionamento da vida emocional, durante sua formação médica; e 17 (34%) informaram tê-las recebido.

- VALIDADE PRÁTICA DAS INFORMAÇÕES - 9

Dos 17 (34%) clínicos que declaram ter recebido informação sobre o funcionamento da vida emocional, 9 (18%) responderam que estas não foram suficientes e

8 (16%) acharam-nas suficientes.

Quanto às sugestões relacionadas ao ensino médico para melhorar as dificuldades encontradas na relação médico - paciente, verificamos:

a) Maior contato entre alunos e pacientes durante a formação médica, enfatizando a prática ambulatorial dentro e fora da Universidade.

b) Aprimoramento do ensino médico, ampliando o ensino da semiologia aos fenômenos psicológicos.

c) Ensino de aspectos dos problemas psicossomáticos, relação médico-paciente e psicoterapias, enfatizando-os na prática ambulatorial.

d) Maior orientação quanto à vivência clínica e terapêutica por profissionais capacitados.

e) Estudo ampliado do doente e da doença, abordando-os em seus aspectos bio-psíquico e social.

f) Discussão em grupo com corpo discente e docente das vivências individuais da relação médico - paciente.

g) Melhor entrosamento da Psiquiatria e outras áreas clínicas.

h) Reformulação da cadeira de Psiquiatria.

i) Ambulatório de Saúde Mental.

j) Orientação quanto à literatura que

aborda o assunto.

l) Possibilidade de participar de ati
vidades psicoterápicas (análise de si mesmo).

m) Sem resposta (18 clínicos não a -
presentaram sugestões).

VI - DISCUSSÃO

"É irônico que enquanto os médicos e a medicina tornaram-se mais competentes tecnicamente, os médicos tornaram-se mais impessoais e menos atraentes, quando ambas as áreas de competência são reconhecidamente necessárias." (1)

Em virtude do presente estudo questionar 50 clínicos, sendo que, 41 (82%) destes realizaram o seu curso de graduação médica na UFSC, é válido correlacionar os seus resultados com o ensino médico nesta Universidade, principalmente no período compreendido entre 1970 e 1984, que corresponde ao ano de formatura de 44 (88%) dos profissionais consultados.

Os clínicos com formação especializada totalizaram 64% das consultas, e dentre estes, as especialidades de Gastroenterologia, Pneumologia e Cardiologia, corresponderam a 56,2%. Os demais 36% se referem aos profissionais com formação em Clínica Médica, sem menção de especialização.

A faixa etária predominante foi entre 30 e 39 anos, que correspondeu a 74%. O sexo masculino prevaleceu em 78% dos clínicos consultados.

Quando questionados sobre o tempo que dispenderam com aspectos emocionais dos pacientes, 48% dos médicos citam entre 10 e 20% do tempo da

consulta (considerando o tempo médio de cada cons^ulta em 15 minutos, temos entre 1,5 e 3 minutos) e ' 32% dos profissionais dispendem entre 20 e 40% (3 a 6 minutos).

Hemminki (2) cita pesquisas que demons^{tr}am que os médicos que dispendem menos tempo com ca^da paciente e são os mais ocupados tendem a prescre^{ver} mais drogas e mais psicofármacos. Marks e Cols (3) demonstraram que os médicos que questionam sobre a família e como estão as coisas em casa, estão mais ' aptos a diagnosticar problemas psiquiátricos e estes estão entre os médicos mais velhos e de maior experi^{ên}cia.

Considerando que estatísticas citam ' que entre 10 (4) a 26% (5) dos indivíduos que procu^{ram} o médico clínico possuem uma desordem mental diagnosticável e 60% de todos os indivíduos com distúr^bios mentais são tratados por generalistas em regime ambulatorial, trazemos novamente a pergunta: Qual de^{ve} ser o tempo dispensado com os aspectos emocionais na prática médica?

Quanto as reações pessoais frente aos problemas emocionais do paciente, verificamos que ' 52% destes apresentam empatia frente as queixas emocionais deste. A Empatia ~~ou~~, fenômeno que se de^{ve} à identificação com o paciente, numa atitude de a^{ce}itação e entendimento, facilita o estabelecimento

de um vínculo afetivo profundo com este. (6,7) A attude do médico em relação ao paciente (contra-transferência) é dependente da atitude do paciente, mas não só dela. Segundo Abuchaim (8), a personalidade do próprio médico, suas defesas paranóides, esqui - zóides, a mania o seu narcisismo e as suas condu - tas psicopáticas são determinantes na relação a dois que constitui a relação do médico com o seu pa - ciente.

Verificamos que 40% das respostas in - cluem reações negativas. Estas reações são dependen - tes da atitude do paciente, mas também da personali - dade do médico, e nem sempre desejáveis num proces - so terapêutico. Gough (1) mostra que os estudantes de medicina resistem às inovações e à autonomia pes - soal, são descritos como imaturos e menos empáticos que outros estudantes da mesma idade. Leif (1) de - monstrou que um grande número de estudantes de medi - cina apresentam desordens de personalidade e que es - tas aumentam com o tempo gasto na escola médica. U - ma conclusão é a de que os procedimentos de admis - são geralmente selecionam indivíduos mal-ajustados e que a educação médica exacerba seus problemas. Há também um alto índice de suicídio, alcoolismo e u - so de drogas entre os estudantes.

Entretanto, não está claramente esta - belecido se estes problemas são resultantes do pro -

cesso de seleção ou do stress da educação médica. É provavelmente seguro dizer que há um significativo efeito interativo. Estudantes de medicina, parcialmente como resultado de seus próprios problemas são geralmente menos capazes de lidar com problemas pessoais de outros e menos interessados nos aspectos sociais e psicológicos da assistência médica. Tentam compensar suas inadequações pessoais com competência técnica. O modelo de como suas próprias dificuldades pessoais são respondidas pela faculdade serve de modelo para o seu próprio comportamento.

Tais problemas se perpetuam na prática, quando verificamos com Weuer e Korsh ⁽¹⁾ que internos e residentes demonstraram serem incapazes de lidarem com o stress pessoal e serem menos assistidos principalmente nos aspectos psicológicos do que estudantes de graduação.

Tais afirmações trazem questionamentos sobre o papel da escola na seleção e formação do profissional médico e na maneira como este irá abordar os aspectos emocionais do seu paciente.

Das queixas emocionais que trazem maior dificuldade ao médico, verificamos que 52% das respostas referem-se a sintomas que causam sofrimento.

Freud ⁽⁹⁾ descreveu o masoquismo mo

ral, condição psicológica na qual o indivíduo busca sofrimento e castigo para si e, secundariamente, para os demais.

Na profissão médica este masoquismo pode ser incrementado pelo fato de o médico viver situações de identificação com o sofrimento dos pacientes; índices de cura real baixos, excesso de trabalho e exigências sociais, confronto com um modelo de assistência médica insatisfatório e etc.

Tal masoquismo leva o indivíduo a renunciar aos instintos eróticos (de vida, bem estar) e exacerbar seus instintos tanáticos (de morte, agressividade, destruição) que lhe trazem prejuízos na sua vida íntima e na relação com os seus pacientes.

Durante toda a formação médica, verificamos uma grande idealização da profissão, como se o médico devesse ser imune a todos estes aspectos. Na prática, verifica-se que pouco se discute sobre estas dificuldades e o profissional termina por arranjar soluções individuais na tentativa de minorar suas dificuldades. Esta lacuna na vida do profissional leva-o a lacunas nas suas relações e vivência com o paciente, gerando um círculo vicioso sem solução.

Dentre os quadros mais encontrados são citados: distúrbios psicossomáticos (72%) e i-

nadaptação a situações especiais (32%).

Trabalho alemão de Kielholz e Cols⁽⁵⁾ cita serem presentes as depressões em 18% de todos os pacientes consultados. A diferença social possivelmente explica a diferença dos achados, mas o mesmo trabalho constata que 26% de todos os pacientes consultados pelos clínicos questionados necessitam abordagem psicológica ou psiquiátrica. Nos Estados Unidos (EUA) estudos demonstraram⁽³⁾ que 39% dos pacientes da clínica possuem dificuldades psicossociais, necessitando cuidados do seu médico.

Dentre os pacientes consultados, 10%⁽⁴⁾ possuem um distúrbio mental diagnosticável.

Em muitos trabalhos consultados^(1,4,5,10,11) é unânime a afirmação de que o médico poderia e deveria possuir conhecimentos para a abordagem psicoterapêutica destes pacientes.

Balint⁽¹²⁾ sugere que há ~~maneiras~~^{maneiras} simples e que consomem pouco tempo do médico e ao mesmo tempo possibilitam o aprofundamento psicoterapêutico. Seu método consiste em consultas de pouca duração e em curtos intervalos de tempo, utilizando mais o ouvir do que o interrogar, provocando no paciente uma facilitação em exprimir os seus sentimentos.

Quando questionados sobre a maior facilidade diagnóstica, verificamos ser a neuro

se de ansiedade (66%), seguida da neurose depressiva (32%) as neuroses de maior facilidade diagnóstica para os médicos.

A neurose obsessiva - compulsiva (50%), seguida da neurose fóbica (16%) foram consideradas as neuroses de maior dificuldade diagnóstica. Marks e Cols (3) demonstraram que índice de diagnóstico psicopatológico correto varia em grande escala entre os médicos. Constataram que muitos médicos apresentam dificuldades em diagnosticar distúrbios psiquiátricos, afirmando que um substancial grupo de pacientes permanece não diagnosticado por seu médico, e que ao menos para os casos mais graves, o diagnóstico traria uma menor duração da doença.

Os mesmos autores sugerem que, apesar de não poder modificar a personalidade e não ser fácil promover a empatia do médico, seria possível modificar a forma de como o paciente é entrevistado. Verificou-se que os médicos que questionam seus pacientes sobre sua família e a casa, estão muito mais aptos a detectar distúrbios psiquiátricos. Viu-se que os médicos mais antigos e experientes possuem maior índice de acerto diagnóstico, provavelmente porque abordam mais os aspectos da vida íntima do paciente.

Verificamos que 38% dos médicos pres

crevem mais placebos e, destes, 36% o fazem através de vitaminas.

Goodman e Gilman (13) citam que milhares de americanos ingerem regularmente quantidades de vitaminas que excedem amplamente os "Provimentos Dietéticos Recomendados Diariamente." E afirma que no caso das vitaminas hidrossolúveis, este fato pode causar pequeno dano ao organismo devido à baixa toxicidade desse grupo de compostos.

No caso das vitaminas lipossolúveis, os compostos se acumulam nas gorduras do organismo e podem ser tóxicas. E, além disso, tal prática é economicamente um desperdício e, em algumas situações, pode causar dificuldades financeiras." Estariam os médicos brasileiros também sendo auxiliares no estímulo à ingestão desnecessária de vitaminas a uma população carente e mal orientada dieteticamente?

Em contrapartida, 58% dos clínicos utilizam psicofármacos e, destes 58% utilizam ansiolíticos do grupo dos benzodiazepínicos.

Em trabalho realizado sobre a Personalidade do Médico e Suas Circunstâncias de Trabalho e a Prescrição de Drogas Psicotrópicas, Hemmink (2) cita que, em média, 1 droga é prescrita para cada diagnóstico; 1 droga psicotrópica é prescrita para cada 10 diagnósticos e uma "droga psicotrópica disfarçada" é prescrita para cada 14 diag

nósticos, Refere também que os médicos que são mais atarefados, com assistentes mais subservientes e que dispendem menos tempo com cada paciente, prescrevem mais que outros.

Linn (2) relata que o uso de drogas psicotrópicas está mais relacionado aos valores, posição social e visão social que a características relacionadas ao conhecimento médico ou científico.

Verificou-se que os médicos que prescrevem mais drogas são também os que prescrevem mais psicotrópicos.

Constatou-se também que a quantidade de pacientes com distúrbios psicológicos não estava sempre correlacionada (entre os diversos médicos acompanhados) com a quantidade de drogas psicotrópicas prescritas.

Cabe portanto perguntar com Mellinger e Colbs (14):

1) Em que extensão a ansiedade ou depressão severos e prolongados diminuem a habilidade do indivíduo em lidar com situações de vida stressantes ou alcançar soluções definitivas para os seus problemas?

Esta habilidade estaria de alguma forma ampliada em indivíduos que utilizam psicotrópicos ou não?

2) Quais são os efeitos, a longo pra-

zo, da ansiedade ou depressão prolongados na etiologia, ocorrência e curso da doença física?

Em que extensão estas condições interferem no tratamento ou retardam a recuperação da doença orgânica?

Em que extensão, ansiedade ou depressão não tratados levam a maiores índices de morbidade, mortalidade e impedem as atividades sociais do indivíduo ?

3) O tratamento com medicação psicoterapêutica possui conseqüências negativas demonstráveis para o indivíduo ou para os que o rodeiam?

Em que extensão este tratamento impede o indivíduo de assumir seu papel familiar ou sua ocupação, ou leva a dependência psíquica ou física ou a efeitos físicos adversos?

4) Em que extensão indivíduos stressados que evitam ou rejeitam tratamento psicoterapêutico procuram alívio através da alternativa farmacológica mais acessível fora do sistema médico, isto é, o álcool?

5) Qual a evidência de que o uso da farmacoterapia é benéfica em conjunto com outras formas de tratamento?

Existem incompatibilidades?

Em que condições a terapia conjunta

estaria indicada ou contra-indicada?

Cabe também colocar o que Balint⁽¹⁰⁾ concluiu, juntamente com muitos médicos em grupos de discussão de casos: a droga mais freqüentemente utilizada na clínica geral é o próprio médico. Esta droga, quando bem utilizada é a mais eficaz. Entretanto é a substância menos estudada em seu modo de utilização e possíveis efeitos colaterais.

Quanto à conduta frente as queixas emocionais, verificamos que 72% dos médicos receita e comenta; 48% tem retorno e 52% encaminha ao psiquiatra.

Verificamos uma atitude positiva quanto a valorizar o fato comentando-o e solicitando retorno.

Segundo Balint⁽¹⁰⁾, apesar da nossa quase patética carência de conhecimento sobre os dinamismos e as possíveis conseqüências do "conforto" e do "conselho", estas são, talvez, as formas mais freqüentes de tratamento médico.

A psicoterapia de apoio, definida como escutar e aconselhar pela maioria dos médicos na maioria das vezes constitui-se em questionar e aconselhar. Balint diz que na sua experiência, se o médico formula a pergunta segundo o método utilizado para redigir a anamnese, sempre obterá respostas - mas quase nada a mais.

Escutar implica uma técnica muito mais difícil e sutil do que a que necessariamente deve precedê-la: a técnica de descontrair o paciente, colocando-o em condições de falar livremente. A capacidade de escutar, constitui uma nova habilidade, que exige uma modificação considerável, embora limitada, da personalidade do médico.

Quantas vezes, nós estudantes, escutam os orientações deste tipo, que nos permitam uma melhor abordagem da problemática total do paciente?

Entretanto, mesmo sem os conhecimentos mais aprofundados, os médicos consideram a psicoterapia necessária (46%); útil (42%), eficaz (32%) e imprescindível (14%), qualidades positivas, na sua maioria.

Quanto ao encaminhamento ao psiquiatra, é citado em 52% das vezes.

O efeito terapêutico do médico começa antes da consulta, quando o enfermo decide consultar determinado médico, em geral, por informações prévias. Isto implica uma disposição antecipada de colaboração com o tratamento e favorece a melhora ⁽¹⁵⁾. O encaminhamento a outro profissional muitas vezes não é bem aceito e não traz bons resultados para o paciente.

Walker ⁽⁴⁾ diz que as indicações de encaminhamento ao psiquiatra pelo clínico, devem restringir-se a pacientes que não respondam à psicoterapia

pia suportiva, pacientes agudamente psicóticos ou suicidas, aqueles que desejam um entendimento mais profundo dos seus problemas emocionais, os que desejam modificar hábitos como o fumo ou obesidade ou com quem o médico não consegue trabalhar confortavelmente.

Walker afirma que o médico bem preparado pode lidar e ajudar à maioria das dificuldades emocionais encontradas na clínica diária, evitando encaminhamento desnecessários.

Quando perguntados sobre o psiquiatra, estes são considerados necessários em 52% das vezes, úteis (46%) e imprescindíveis em 16%. Qual seria o papel do psiquiatra dentro da medicina?

A psiquiatria é uma especialidade integrativa; valoriza áreas que normalmente não são enfatizadas na educação médica: psicologia, sociologia e antropologia.

Ao mesmo tempo toma conhecimentos das neurociências, bioquímica e fisiologia. Dentre as técnicas psiquiátricas, a comunicação, os métodos de suporte levando em conta as necessidades pessoais e as maneiras efetivas de obter informações, são conhecimentos importantes para todas as áreas da medicina. (16) Entretanto, cabe questionar quantos psiquiatras em nosso meio estão aptos a aprofundar este conhecimento entre os médicos ge

rais? Alguns serviços médicos bastante organizados no Brasil já valorizam e apresentam esta integração. Entretanto esta prática está distante de ser freqüente nos serviços médicos brasileiros.

Dentre os profissionais abordados, 42% mostraram-se atraídos pelo questionário; para 22% trouxe questionamentos pessoais; 16% mostraram-se conflituosos; 12% indiferentes; 10% invadidos e 2% ansiosos.

Podemos dizer que a maioria dos médicos apresentou sentimentos positivos e sentiu-se aberto a discutir a maneira como vive a relação médico - paciente e os aspectos emocionais deste. A indiferença contou com apenas 12% e as atitudes negativas foram minoritárias. Isto permiti-nos concluir que os nossos médicos estão abertos e curiosos, na sua maioria, para saberem mais e melhor sobre o assunto.

Vimos que 66% dos profissionais relatam não terem recebido informações sobre o funcionamento da vida emocional. Dos 34% que afirmam terem-nas recebido, apenas 16% consideraram-nas suficientes para aplicá-las na vida prática.

Demonstra-se, portanto, existir uma grande lacuna no ensino médico quanto a considerar uma abordagem ampliada do indivíduo e da doença, nos seus aspectos bio-psico-social, ao mesmo tempo que o parágrafo anterior mostra que há interesse em conhecer me

lhor o aspecto psicológico dos indivíduos e das relações vividas na prática médica.

Variadas foram as sugestões para melhorar o ensino médico, sanando a lacuna citada anteriormente. Dentre elas citamos:

- Ampliação da prática, principalmente ambulatorial, proporcionando, ao estudante, uma vivência mais precoce da relação médico - paciente. Simultaneamente, a orientação por profissionais capacitados sobre as dificuldades deste relacionamento.

- Discussões em grupo, com corpo docente e discente, das vivências e das dificuldades.

- Melhoria do ensino médico, abordando a semiologia dos fenômenos psicológicos, relação médico - paciente e formas de psicoterapias possíveis de serem realizadas pelo médico.

- Reformulação da cadeira de Psiquiatria e maior entrosamento desta com as outras áreas clínicas, incluindo um Serviço de Saúde Mental a nível ambulatorial acessível aos alunos.

- Possibilidade de acesso a atividades psicoterápicas para si próprio.

- Estudo ampliado da doença e do indivíduo nos aspectos bio-psico-social.

Heszen-Klemes e Cols ⁽¹⁷⁾ demonstraram que a relação médico-paciente influencia não só os pacientes com problemas psicossomáticos ou altera-

ções psiquiátricas, mas que esta altera a aduência ao tratamento de qualquer doença, modificando o grau de memorização das instruções médicas e o índice de auto-medicação.

Portanto, o conhecimento mais profundo da relação médico - paciente, além da melhora da comunicação, é um auxiliar importante na efetividade do tratamento.

Demonstrar estes aspectos, foi o objetivo dos autores.

VII. CONCLUSÕES

Frente aos resultados obtidos, verificamos:

I. A maioria dos médicos entrevistados foi graduado na UFSC (82%), entre 1970 - 1984 (88%) e eram do sexo masculino (78%).

II. Foram escolhidos médicos clínicos e, dentre estes, 36% eram clínicos gerais, 36% gastroenterologistas, cardiologistas e pneumologistas e, os restantes, possuíam outras especialidades.

III. 48% dos profissionais referiram que dispõem de 10 a 20% da consulta com os problemas emocionais do paciente.

IV. 52% referem empatia frente as queixas emocionais.

V. Os sintomas que causam sofrimento (50%) são os problemas emocionais que mais causam dificuldades.

VI. Os distúrbios psicossomáticos é o quadro psicopatológico mais encontrado na clínica diária (72%).

VII. A neurose de ansiedade é o quadro de maior facilidade diagnóstica (66%) e a neurose obsessivo - compulsiva o quadro de maior dificuldade diagnóstica (50%).

VIII. 58% dos clínicos utilizam psicofárm

macos, dentre os quais os ansiolíticos correspondem a 58%; 38% utilizam placebos, predominantemente vitaminas.

IX. A conduta citada em 72% é receitar e comentar.

X. O conceito de psicoterapia de apoio mais assinalado foi escutar + aconselhar (74%).

XI. 46% dos médicos consideram a psicoterapia necessária e 52% destes consideram também o psiquiatra necessário.

XII. A atração pelo presente questionário foi demonstrada por 42% dos profissionais.

XIII. 66% dos médicos relatam não terem recebido informação sobre o funcionamento da vida emocional durante sua formação médica.

Dos 34% que a receberam, apenas 16% refere que seja de utilização na sua vida prática profissional.

VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. ROSS, M. & WILLER, B. Primary care and medical education. Medical Care. 20(2): 235-41. Fev. 1982
02. HEMMINKI, E. The effect of a doctor's personal characteristics and working circumstances on the prescribing of psychotropic drugs. Medical Care. 12(4): 351 - 7, abril 1974.
03. MARKS, J.N.; GOLDBERG, D.P. & HILLER, V.F. Determinants of the ability of general practitioners to detect psychiatric illness. Psychological Medicine. 9(2): 337-53, maio 1979.
04. WALKER, J.I. Suportive techniques and indications for referral. Office Psychotherapy. 70(4): 34-43, outubro 1981.
05. KIELHOLZ, P.; LODEWIG, D. & HAUSWIRTH, R. Psychische störungen in der täglichen praxis - Ein beitrag zur Medizinischen psychologie der arzt-patient - beziehung. Praxis. 68: 1378-82, 1979.
06. FREUD, S. Psicologia das Massas e Análise do Ego, Ed. Std. Bras., Imago, vol. 18, p. 133, 1970.

07. BATES, B. & HOEKELMAN. Interviewing and the health history. In: -. BARBARA, B. A Guide to Physical Examination. 2. ed. USA, Harper International Edition, 1979. Cap.1, p. 1-24.
08. ABUCHAIM, S. R. Além da Contra-transferência. p. 1-9, Outubro 1985.
09. FREUD, S. O Problema Econômico do Masoquismo. Ed. Std. Bras. Imago, Vol. 19, p. 199, 1970.
10. BALINT, M. O Médico, seu Paciente, e a Doença. 2ª ed., RJ, Atheneu, 1975.
11. GREBEN, S.E. et al. The teaching and learning of psychotherapy in a General Hospital. Canadian Journal of Psychiatry. 26(7):449-54, Nov. 1981.
12. BALINT, E.; NORELL, J.S. Seis Minutos para o Paciente. Ed. Manole, São Paulo, 1978.
13. GREENGARD, P. Vitaminas. In: -. GOODMAN & GILMAN. As Bases Farmacológicas da Terapêutica. 5ª ed. RJ, Guanabara Koogan, 1978. Vol. 2, secção 18, p. 1373-76.
14. MELLINGER, G.D. et al. Psychic distress, life crisis, and use of psychotherapeutic medications. Archives of General Psychiatry. 35: 1045-52, set. 1978.

15. GOIC. A. La relacion medico-pacient en la practica clínica. Rev. Med. Chile. 111(16): p. 61-65, 1983.
16. LEIGH, H. The role of Psychiatry in Medicine. American Journal of Psychiatry. 139(12): p. 1581 - 87, 1982.
17. HESZEN - KLEMENS, I. & LAPINSKA, E. Doctor - patient interaction, patients' health behavior and effects of treatment. Society of Scientific Medicine. 19(1): 9-18, 1984.

**TCC
UFSC
CM
0037**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CM 0037

Autor: Ramos, Heloisa

Título: Médicos clínicos e sua vivência



972803182

Ac. 253236

Ex.1 UFSC BSCCSM

N.Cham. TCC UFSC CM 0037