

#### 4. TIPO DE ESTUDO E SUJEITOS PARTICIPANTES

Podemos considerar nossa pesquisa um estudo de caso, já que descrevemos as características do funcionamento da instituição pesquisada, tratando de aspectos operacionais desta, a partir da consideração de Scrimshaw & Gleason (*apud* AMARAL, 2002), os quais consideram estudo de caso sempre que se refere, normalmente, à análise de um programa ou uma instituição.

Nosso estudo visou compreender como os médicos da Instituição X concebem esta dimensão psicossocial do cuidado, principalmente no atendimento médico das consultas ambulatoriais, onde (como citado anteriormente) estes médicos criaram um item sobre investigação psicossocial na anamnese, mas a investigação inclui o acolhimento oferecido a estas questões também nas visitas domiciliares do local.

O grupo estudado envolve também os estudantes de medicina de quinto e sexto ano, já que eles realizam atendimento ambulatorial (além das visitas domiciliares com supervisão de dois dos médicos), apesar deles não terem sido entrevistados, mas apenas citados sob a ótica dos professores e observados em alguns trabalhos e registros dos prontuários.

As entrevistas com os médicos e as observações do estudo duraram um total de três meses, mas a pesquisadora já trabalhava no local há seis meses, supervisionando estágio em Saúde da Família para estudantes de psicologia que realizam histórias de vida de pessoas da comunidade, integrantes de famílias acompanhadas pelo citado Núcleo de Apoio à Família, composto pelos professores responsáveis pelas visitas e residentes da pós-graduação em Saúde da Família. Esta já conhecia, então, a dinâmica do trabalho e os princípios da Sociedade H, que mantém a instituição.

Dentre os dez médicos pesquisados, seis trabalham como professor no ambulatório desta instituição, dois médicos supervisionam visitas domiciliares, um administra o local e o outro é diretor técnico. Apenas três médicos eram do sexo masculino e a idade deles variou entre 32 a 53 anos, com tempo de trabalho no estabelecimento variando entre dois a nove anos e formações distribuídas entre: três pediatras, quatro clínicos, dois ginecologistas e obstetras e um

pneumologista e especialista em Saúde da Família. Destes dez médicos, apenas quatro são sócios da ONG que mantém a instituição, três foram convidados para trabalhar no local por terem conhecido o organizador do espaço na residência médica onde trabalhavam, e dois conheceram o organizador em disciplinas de metodologia do ensino superior. Apenas um foi cedido pela Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências.

Decidimos incluir um quadro com as respectivas trajetórias profissionais destes médicos (Quadro I), consideradas uma das categorias de análise, a fim de obtermos uma melhor apresentação de cada um.

**Quadro I – Trajetórias profissionais**

	<b>OUTROS CURSOS</b>	<b>MESTRADO</b>	<b>DOCTORADO</b>	<b>PSICOTERAPIA</b>
<b>1</b>	Metodologia do ensino superior	Medicina e Saúde	Não	Sim
<b>2</b>	Metodologia do ensino superior	Não	Não	Sim
<b>3</b>	Gastroenterologia, psicossomática, acupuntura, clínica da dor	Não	Não	Sim
<b>4</b>	Psicologia analítica junguiana	Leishmaniose visceral	Educação/Não concluiu	Sim
<b>5</b>	Epidemiologia, bio-estatística, medicina interna	Medicina e saúde	Não	Não
<b>6</b>	gravidez de alto risco, endocrinologia ginecológica	Assistência materna e infantil	Histerectomia	Não
<b>7</b>	Pneumologia, psicodrama, metodologia do ensino superior	Não	Não	Sim
<b>8</b>	Biossíntese, psicopedagogia, teatro	Educação - metáfora lúdica no diagnóstico e elaboração de valores com adolescentes	Não	Sim
<b>9</b>	Tanatologia, psicoterapia analítica junguiana	Schistosoma mansoni	Não	Sim
<b>10</b>	Psicólogo, filósofo Psicoterapia analítica Junguiana e transpessoal	Medicina	Educação médica	Sim

Neste quadro consideramos como relevante alguns cursos realizados por cada médico que podem ter auxiliado na sua percepção e maneira de abordar o adoecimento, inclusive mestrado e doutorado e se fez psicoterapia em algum momento da vida. Destas trajetórias constituímos três grupos que aparecerão em alguns momentos do processo de análise, a partir dos tipos de curso que buscaram para determinada forma de abordagem do processo saúde-doença.

O primeiro grupo é constituído de três médicos que não fizeram cursos mais aprofundados de psicologia ou psicossomática; o segundo grupo é formado pela maioria, ou seja, cinco médicos que se aprofundaram mais em questões psicossociais e, o terceiro, pelo administrador e o diretor, que confundem sua trajetória profissional e pessoal com a própria história da instituição, na qual tentam alcançar a integração biopsicossocial ou bio-psico-sócio-cultural-espiritual no modelo de atendimento.

A maioria dos médicos já fez inclusive psicoterapia em algum momento de suas vidas; todos os médicos possuem, de alguma forma, preparo, experiência e sensibilidade para realização do tipo de atendimento almejado e, vamos perceber ao longo das outras categorias, que os médicos do segundo grupo apontam na maioria das respostas este maior preparo para esta percepção e inclusão psicossocial do que os do primeiro grupo. No primeiro grupo de médicos são oferecidas respostas do pensamento biopsicossocial em alguns momentos, mas, em outros momentos, se confundem ou se contradizem.

A maioria dos médicos do segundo grupo apresentaram maior firmeza na totalidade das respostas oferecidas, inclusive em relação aos casos práticos que apresentaram, assim como conhecimento de assuntos abordados nas entrevistas. Vamos ilustrar com a fala de um dos médicos deste segundo grupo o perfil que é esperado de todos eles:

“Eu acho que todos os médicos que trabalham aqui não estão aqui por acaso, foram convidados, se interessaram porque já têm um determinado perfil, então eu acho que todo mundo que trabalha aqui tem condição de investigar repercussões da vida emocional da pessoa na saúde. A questão da vida emocional na manifestação dos sintomas, todo mundo aqui tem condições de fazer isso e se preocupa em fazer isso e a gente vai treinando os estudantes. Esses estudantes já têm uma formação de psicologia médica muito melhor, porque a escola, de um tempo para cá, já vem investindo na formação de psicologia”.M6

Good (1994) realizou um estudo etnográfico sobre a construção do objeto da prática médica para estudantes de medicina, no qual percebeu uma variação na conformação das práticas a partir da formação pessoal ou trajetória profissional, mediada pelos seus interesses que influenciavam nas concepções do processo saúde-doença-cuidado.

Assim, pensamos que os interesses, preparo da formação médica e cursos de pós-graduação que traçam a trajetória do profissional, influenciam na maneira de como cada um concebe, valoriza e acolhe a dimensão psicossocial, bem como o trabalho de autoconhecimento pessoal e experiência no trabalho irão também melhorar a habilidade para se lidar com esta questão.

Agora citaremos algumas falas importantes para apresentar melhor o perfil de alguns deles, justificando a razão de terem sido convidados para trabalhar na instituição e outros assuntos de suas trajetórias profissionais:

“Por isso mesmo fui chamada, temos um pensamento mais ou menos similar, pelo menos um pensamento mais harmônico, com relação ao tratar com o paciente, a necessidade de se atuar dentro da comunidade, colocando o paciente como um todo, dentro de um todo que é a comunidade. E ter uma visão mais ampliada de saúde integral”.M1

“Gastroenterologista e psicossomática, depois dessa formação eu acabei não exercendo a formação psicossomática, porque eu vi que ia ter que optar e seria uma abordagem muito mais psicoterapêutica do que médica, e eu optei pela abordagem médica, e aí eu fui fazendo outros tipos de abordagem, primeiro uma especialização em acupuntura, depois em clínica de dor (...) você tem uma percepção melhor do outro, você não fica tão focado no biológico, você tem uma noção dos seus limites (...) você sabe até onde você pode ir, até onde o outro agüenta que você vá, até onde o outro agüenta ir com você ou ir sozinho, então essa percepção você acaba tendo”.M3

“Eu fazia um trabalho voluntário ligado à Mansão do Caminho com crianças, então eu já conhecia a comunidade e a área, além de ter a formação “clínica”M4

“Vim trabalhar aqui por estar trabalhando diretamente com a comunidade, que é uma coisa que eu gosto de fazer, lidar diretamente com o paciente, com o estudante, paixão em ensinar, e desenvolvimento também de pesquisa e contribuição para o conhecimento científico”.M5

“Conheço a proposta do Saúde da Família e da instituição (...) Então eu me interessei por trabalhar numa equipe que tivesse essa visão integral de saúde, de atendimento pleno”.M6

“O olhar não, o olhar, eu tenho porque eu sempre tive, desde que eu entrei na faculdade porque isso é uma coisa minha (...) trabalho com terapia de disfunção sexual (...) eu não sou sexólogo, mas, nos casos de disfunção sexual, eu tenho

como abordar, o ginecologista, em geral, não tem esse treinamento, mas eu escolhi ser e me sinto seguro para terapizar a maioria das situações femininas que dizem respeito a disfunções sexuais”.M6

Esta próxima médica citada chega a apontar dificuldades na integração de sua formação generalista com a especialista e do âmbito público e privado, bem como a questão de ter feito um curso na área de psicologia para ajudar na sua prática:

“(…) eu queria fazer medicina comunitária (…) era trabalhar em gabinete, com papéis e não com a comunidade mesmo, aí eu optei fazer pneumologia, pensando mais em fisiologia, mas, desde que saí da faculdade, sempre trabalhei com comunidade como voluntária (…) eu vejo neste trabalho a integração daquilo que eu sempre quis, mas não deixo de perceber que existe uma cobrança externa (…) poderia estar ganhando muito mais dinheiro. Em algum momento, há tempos atrás, isso me incomodou bastante, eu cheguei a ponderar se eu tinha feito a opção certa, ou não, porque também trabalhar com comunidades há um desgaste muito grande (…) porque cobrar de eu ser uma estrela no lado da especialização, se na realidade for observar esse nunca foi o meu investimento maior. Eu tenho certeza de que eu estou bem como eu estou (…) trabalhar com a atenção básica ainda não é valorizado (…) Consultório particular tem uma demanda que o paciente lhe quer no momento em que ele precisa, então se eu só estou dedicando algum momento, isso conta um ponto na consolidação da clientela (…) como eu estou realmente dedicando mais tempo à instituição, até para a consolidação do trabalho, há uma demanda não atendida no consultório.”M7

“Eu fiz psicodrama, eu fiz três anos(...) pensando no psicodrama pedagógico, nunca tive a intenção de fazer terapia, de me transformar em psicoterapeuta, não. Eu quis melhorar a qualidade de meus encontros com os pacientes, e me preparar melhor para os trabalhos com grupos educativos, sempre nessa visão educativa” M7

Esta outra médica coloca que sua trajetória seguiu um sonho de dar um toque mais emocional, afetivo e alegre ao seu trabalho, além de desenvolver uma tecnologia mais adequada à promoção da saúde:

“Querida levar o sorriso e a alegria às crianças hospitalizadas, às crianças da minha UTI (...) comecei a fazer teatro (...) acabou me levando a fazer o vestibular para teatro (...) quando eu vim para cá, eu vim para trabalhar como arte educadora (...) num grupo de arte educação com adolescentes, ligado à saúde. A princípio era ‘jovens para um mundo melhor’ (...), mas a gente desenvolveu ‘o poder da arte na promoção da saúde’”.M8

Seguem-se também as trajetórias dos idealizadores e organizadores do espaço:

“Eu consegui, junto com o diretor, reduzir o número de atendimentos de cada turno, para oferecer uma visão mais da totalidade do paciente, do seu adoecer, promoção, prevenção (...) um projeto de extensão universitária de trabalhar com a comunidade, e aí oferecemos uma proposta que foi Saúde da Família. Então nós iniciamos com alunos voluntários, aos sábados à tarde, tendo o apoio da Mansão do Caminho. Eram mais ou menos vinte alunos, tanto da Bahiana quanto da Federal e, neste momento, a gente fazia atividades mais em grupo, palestras, dramatizações com os estudantes (...) eu aproveitei a minha experiência pedagógica que foi desenvolvida na pós-graduação, no Instituto de Saúde Coletiva, comecei a utilizar os instrumentos que tinham contribuído para implantação da residência no internato Saúde da Família (...)”M9

“Eu queria ser professor de medicina, e, na verdade, eu fiquei mais progressivamente na área de educação (...) eu fui fazer um mestrado e, logo que eu comecei o mestrado, eu fui contratado pelas duas faculdades de medicina e fui ser professor. Um terceiro emprego num concurso para o instituto de assistência médica e previdência social, INAMPS, eu fui transferido para outra universidade para criar a residência de medicina social, em 1981. Na época era uma coisa diferente, eu fui chamado para participar como clínico que tinha interesses sociais, daí em diante, também nesse período, eu fui montar o internato, a residência no hospital Santo Antônio, em 1979, criado pela Escola Bahiana de Medicina, eu fiquei até 93, depois da morte da irmã Dulce, quando a estrutura deixou de me interessar pelos modelos que estavam sendo empregados como válidos. Nesse período, eu vi que esse triângulo não resolvia tudo que eu queria, fiz a graduação em filosofia, eu acho que é um dos cursos mais difíceis, fui formado em filosofia, achei que devia fazer psicologia (...) Um projeto H começou em 1979 trabalhando arte, eu também fui diretor de arte por um tempo com grupos amadores (...) de vez em quando eu estudava por conta própria física quântica, física e relativismo (...) e que seria interessante integrar as diferentes formas de conhecimento, essa é a idéia do projeto H, que já nasceu fazendo uns experimentos dentro da faculdade de medicina com estudantes de medicina (...) nós resolvemos criar então um modelo que trabalharia institucionalizado”. M10

Podemos perceber diversas questões ligadas à integralidade da atenção, preocupações com questões psicológicas e sociais, busca de uma promoção à saúde mais próxima da arte e da alegria, ao invés de foco na doença, além de metas de vida que buscam uma transformação na assistência à saúde e um ideal maior de ser agente de transformação social e espiritual.

## 5. LIMITES METODOLÓGICOS

É importante ressaltar alguns pontos que podem ser questionados sobre a veracidade e qualidade das informações. Estes pontos referem-se ao fato da pesquisadora ser psicóloga, trabalhar no local e a situação já referida dos estudantes do local não terem sido também entrevistados, apesar deles atenderem no ambulatório e realizarem as visitas domiciliares.

Algumas informações sobre a importância da psicoterapia e da presença do psicólogo na equipe de Saúde da Família revelam, sem dúvida, um interesse da pesquisadora na defesa de sua profissão. A necessidade da psicoterapia como um importante fator que auxilia na integração biopsicossocial, por expandir o autoconhecimento e sensibilizar na capacidade de escuta de questões do paciente, principalmente inconscientes, são reveladas na literatura, como cita Vasconcelos (2006), onde o médico necessita se conhecer profundamente, para as máscaras não atrapalharem o contato, nem a eficácia na transformação subjetiva de seu paciente.

No entanto, não consideramos a psicoterapia como um pré-requisito obrigatório para todos os médicos, e sim para aqueles que desejam maior aprofundamento na integração biopsicossocial almejada. Estamos tentando encontrar uma forma de sensibilizar a maioria dos médicos para esta integração corpo-mente, sem, contudo, interpretarem como uma disputa de poder, em que “estamos querendo transformá-los em psicólogos”, como têm se queixado muitos alunos de medicina.

Para tanto, a pesquisadora resalta a importância de mudanças também na psicologia, tanto na sua maior aproximação com o social, integrando o psicossocial, quanto também na inclusão da preocupação desta com o “bio”, apesar de seu foco ser o psicossocial. Mas não vamos nos ater nas questões sobre a atuação do psicólogo, por não ser esta a nossa questão investigativa.

A questão da neutralidade ficou um pouco influenciada pela questão da pesquisadora trabalhar no local, mas o principal motivo da reflexão sobre a integração biopsicossocial não foi atrapalhado por este tipo de envolvimento intersubjetivo (JOHNSON, 1993), desde quando a pesquisadora procurou se manter numa posição de estranhamento e afastamento momentâneo durante a realização das observações e entrevistas, procurando inclusive evitar diálogos informais que não estivessem no contexto da pesquisa.

A outra questão sobre o grupo estudado envolver estudantes de medicina de quinto e sexto ano que não foram entrevistados, mas citados através da ótica dos professores e observados apenas em alguns trabalhos e registros nos prontuários, também não abalou o objetivo principal, pois já clareamos que a nossa preocupação foi saber sobre a percepção dos professores médicos (diante dos perfis que apresentam) sobre a dimensão psicossocial, a fim de sistematizar melhor como seria a inclusão desta questão, principalmente na anamnese médica.

Além disso, os professores entrevistados que supervisionam os alunos, acompanham os casos e atendem quando necessário (férias ou ausência de aluno e qualquer caso mais complexo que necessite de seu atendimento). As práticas consideradas referem-se aos “relatos de práticas”, por terem sido descritas e não observadas “in lócus”. Estas práticas relatadas foram os casos acompanhados que solicitamos como exemplos de como os médicos agiam, a fim de visualizarmos melhor o que estes falam acerca da prática do atendimento.



## 6. DESCRIÇÃO DOS DADOS SEGUNDO AS CATEGORIAS ANALISADAS

### 6.1. CONCEPÇÕES SOBRE O PROCESSO DE ADOECIMENTO E CURA

Diante das concepções de saúde e doença expostas no primeiro capítulo desta dissertação, concluímos que a saúde é multidimensional, onde aspectos físicos, psicológicos e sociais (bem como culturais e até espirituais) estariam envolvidos de maneira interdependente. A doença mais orgânica pode ser contrabalançada numa atitude preventiva como no restabelecimento do estado de “equilíbrio dinâmico” que chamamos saúde, por uma atitude mental positiva e um apoio social bem estabelecido (família e/ou comunidade). Uma pessoa também pode estar em bom estado físico, mas sentir-se em sofrimento por questões emocionais e/ou isolamento social. A sensação de estar saudável implica no equilíbrio de tudo isso de maneira subjetiva e relativa dentro de cada cultura (CAPRA, 1982).

Sendo assim, procuramos perceber como os médicos da instituição, diante dos perfis de cada um, encaravam o processo de adoecimento e cura. As respostas oferecidas foram, na sua maioria, semelhantes ao que consideramos na revisão teórica. Seguem-se abaixo falas de médicos do segundo grupo da trajetória profissional, a fim de ilustrar o que consideramos:

“... Você tem que olhar a parte biomédica como um todo, que hoje é muito ampla, tem desde a parte genética, a parte que a gente chama de ambiental e o indivíduo que transcende a parte da genética e essa questão ambiental e uma das coisas mais complicadas no adoecer é uma estruturação psíquica do indivíduo. Agora hoje, um pouco mais do que isso o ambiente social e a cultura interferem muito na questão de saúde, no comportamento tanto do adoecer, quanto o próprio adoecer. O comportamento do adoecer, eu acho que tem uma influência cultural enorme. Aquela coisa do médico estar sendo colocado sempre como a pessoa principal nesse processo, quando, na verdade, a gente sabe que é uma relação em que existe uma troca em que o doente, a família do doente e, às vezes, a comunidade e, talvez às vezes até a sociedade, tem uma contribuição nesse processo de adoecimento e desse tratamento desse adoecimento. Então, na verdade, hoje a visão que se tem do adoecer, eu acho que é uma coisa muito ampla que envolve toda essa história, a biológica, psíquica, cultural, social, econômica, espiritual, enfim, eu acho que envolve todos esses aspectos. Então, como você abordar esses aspectos é a grande questão nossa.”M3

“Todos os fatores, depende, a gênese da doença, ela pode ser até exclusivamente orgânica, o cara foi atropelado, estava atravessando a rua e alguém invadiu o sinal e ele foi atropelado. Então a causa foi um acidente, mas como ele foi atropelado, ele vai ficar internado, vai ter uma fratura exposta, vai fazer uma amputação, outras coisas vão ser mobilizadas (...) nunca vai ser exclusivamente só o orgânico porque o cara vai faltar o trabalho, vai ter repercussão econômica para ele, está tudo junto. Eventualmente você pode ter um fator isolado, levando à gênese, ou fatores associados, o indivíduo pode ter sido atropelado... por questões psicológicas dele: não prestou atenção ao sinal que estava aberto, estava ali, passou e acabou sendo atropelado”.M6

Podemos perceber que este médico acredita que podem existir tanto estes fatores (físicos, psíquicos, sociais, culturais e espirituais) associados, como isolados, no caso da gênese de algumas doenças, como cita no exemplo da causa física do atropelo (apesar de considerar os outros fatores logo em seguida como participantes do decorrer do processo).

No entanto, mais adiante ele refere, neste mesmo exemplo, a possibilidade desta pessoa atropelada ter estado com questões psicológicas interferindo desde o momento do atropelo, ou seja, em sua gênese também.

Sua fala seria menos dúbia se pudesse reconhecer a participação dos aspectos psicossociais envolvidos conjuntamente com os físicos desde o início, mesmo neste exemplo do acidente.

Trombini (*apud* ERBA, 2005) afirma que todos os distúrbios devem ser considerados psicossomáticos a partir do momento em que toda e qualquer doença, mesmo aparentemente física, é “sempre acompanhada de sofrimento psicológico”(p. 33).

E ainda completa que o próprio estado de doença facilita a restituição da unidade mente-corpo.

A próxima médica considera a questão dos aspectos psicossociais interferirem desde a gênese do adoecimento, citando o exemplo de problemas imunológicos e de estresse, inclusive nas doenças infecciosas, como o fato das dificuldades pessoais diante de famílias desagregadas, bem como problemas sócio-econômicos e ambientais, interferirem no processo de adoecimento e cura dos casos resistentes de tuberculose:

“São muitos fatores realmente, tem o fator imunológico da dificuldade, tem o estresse que também interfere bastante no adoecer, e, se tratando do estresse, você tem milhares de situações. A gente vê, lá, a gente tem percebido muito a questão dos relacionamentos, as dificuldades de sobrevivência, as dificuldades de emprego, as dificuldades no crescimento assim pessoal, as pessoas querem investir profissionalmente, estudo requer muito investimento financeiro também. Eu acho o modo realmente que a gente está vivendo hoje, é um modo que

dificulta bastante a saúde das pessoas (...) a tuberculose, que é uma doença que a situação econômica é muito importante e o meio ambiente também é muito importante. Já têm trabalhos afirmando que aqueles casos mais difíceis, casos de resistência, uma tuberculose mais resistente de mais difícil controle, está justamente naquelas pessoas que têm dificuldades pessoais, família desagregada. Tudo isso conduz para que, em adoecendo, a pessoa tenha uma dificuldade da busca à saúde. Eu acho que são as duas coisas, tanto as pessoas adoecem, como também, quando a pessoa adoecer, há uma dificuldade do retorno à saúde, porque a estrutura é frágil.”M7

As doenças infecciosas têm sido um campo de estudos muito pesquisado em psico-neuro-endocrino-imunologia, relacionando fatores psicológicos e estresse interferindo na baixa de resistência às infecções e no estímulo à multiplicação de agentes infecciosos, inclusive que já viviam no corpo humano sem causar distúrbios até este momento de adoecimento.

Amkraut e Solomon (*apud* MELLO FILHO, 1992), por exemplo, pesquisaram a natureza multifatorial destas doenças, afirmando que pequenas mudanças no processo imune, devido a aspectos da integração mente-corpo que se refletem no sistema neuro-endócrino, que por sua vez, interferem no sistema imunológico, podem causar alterações na ativação ou inativação do trabalho de macrófagos (tipo de células do sistema imune), além de interferência no trabalho de linfócitos, produção de anticorpos e células NK (células responsáveis pelo controle de células neoplásicas). Ou seja, estas mudanças no processo imune permitem o estabelecimento de infecções por patógenos, bem como surgimento do câncer e AIDS.

Doenças como gripe, bronquite até a tuberculose são afetadas pela baixa do sistema imune, este último estudado por Ishigami (*apud* MELLO FILHO, 1992), no qual percebeu a redução da atividade fagocitária (trabalho realizado pelos macrófagos) durante episódios de excitação emocional, por problemas de estresse, em pessoas acometidas por esta doença, relacionando melhoras e pioras de seus pacientes com problemas emocionais.

O terceiro grupo, dos médicos administradores, manifestou-se concordando com estes múltiplos fatores de adoecimento, como podemos ver logo em seguida:

“Os fatores envolvidos no processo de adoecimento de uma pessoa são bastante abrangentes contendo ações ambientais que são lesivas ao corpo físico, alterações naturais do desenvolvimento, da decorrência do tempo sobre o corpo, disposições genéticas e relações com o meio do ponto de vista psicológico e

social, que cada vez mais ganham corpo em termos de estudos e de relevância para entender o adoecer do ser humano de uma maneira mais abrangente. É claro que existem outras questões como as dificuldades de auto-aceitação, desenvolvimento psíquico da própria pessoa e as interações com as dimensões mais transcendentais. O estilo de vida também se soma aos múltiplos focos de adoecimento do ser humano”.M10

O primeiro grupo de profissionais, apesar de dar a entender a mesma idéia de multifatorialidade sobre o processo do adoecimento, não referiu tantos fatores como os outros médicos. Algumas falas citadas demonstraram maior preocupação com os fatores sócio-econômicos e culturais, não referindo os psico-relacionais.

“O principal aqui é a condição de vida que a comunidade vive. Este é um grande desafio pra gente, porque o principal produto aqui é justamente a falta de condição social relacionada ao trabalho, moradia, educação. Se a gente pudesse criar um modelo que conseguisse dar educação, conseguisse melhorar esta estrutura de trabalho pra essa comunidade, condições de moradia, seria muito menor essa necessidade de demanda espontânea. Neste momento não temos ainda condições de fazer isso, o sonho é chegar lá, você ter uma estrutura pra você conseguir ter interferência diretamente com os órgãos, com a prefeitura, com o governo do Estado e conseguir sensibilizar pra que se melhore isso aí. Isso na verdade é uma idéia, que é uma coisa difícil de se alcançar, mas não é impossível e até chegar lá fazemos a nossa parte, vamos dar a educação que eu posso dar, o atendimento que eu posso dar, vamos ver até onde eu posso ir. Às vezes a gente fica triste porque não consegue resolver tudo, você tem o conhecimento pra resolver, mas não tem a estrutura e a condição pra resolver, faz o que pode.”M5

Ainda neste grupo aparece uma fala meio confusa refletindo sobre aspectos psicológicos do processo de adoecimento, comparando a experiência de adultos com a de crianças, mas apontando a ocorrência de problemas na sua prática mais por debilidade natural do sistema imunológico em formação na criança do que por fragilidade psicológica:

“Eu acho que a questão física, a problemática do agente agressor, chegou lá o agente agressor, ou uma deterioração de algum órgão do corpo que teve um processo de comprometimento. Mas eu acho assim, a instalação da coisa tem muito de como você recebe aquela patologia. Então eu acho, por exemplo, que as pessoas que lidam de uma forma mais, que têm mais bom humor, positividade, energia, essas respondem melhor ao tratamento, às orientações, têm mais aderência entre aspas. Porque aquela bem humorada que acha que não está doente de jeito nenhum, nega o tratamento (...) o processo na criança é bem mais rápido, então não tem essa consciência de elaboração que o adulto tem,

então, se ela fica doente, muito mal, na maioria das vezes, é porque a agressão realmente é intensa. É um agente agressivo muito intenso, é frágil no sentido orgânico de imunidade, de resposta orgânica, então é mais fácil de ser agredida, porque ela ainda não amadureceu a ponto de resistir àquela agressão. E os processos psíquicos relacionados à criança, eu acho que eles talvez tenham menos força do que no adulto, porque a grande maioria delas é otimista, ela não quer nem saber a gravidade do seu problema, mas no adulto é diferente. Então eu acho que, no adulto, essa instalação depende muito dessa sua receptividade, vamos dizer assim, em relação à doença. (...) Porque aí eu acho que não vai ser só agir sobre o agente agressor e melhorar o corpo do hospedeiro, tem que agir também sobre a questão psíquica dele, trabalhar também a questão mental.” M1

No entanto, não podemos deixar de considerar que, na abordagem da criança, segundo Winnicott (1978, *apud* MELLO, 1992), os problemas psicossociais também estão envolvidos em tensões que, cronicamente persistentes, desestruturam o emocional da criança e comprometem os diversos setores de sua vida, gerando distúrbios como anorexia, insônia, mau aproveitamento escolar, problemas intestinais e diarréias, além de baixas de resistência para infecções. Cabe ao médico investigar o problema apresentado nas diversas áreas da vida da criança, e não apenas se preocupar com questões biológicas. Como o estímulo à cura envolve o auxílio na devolução de padrões de saúde, e não apenas calar sintomas, é imprescindível o interesse em zelar pela criança de maneira global, preocupando-se com aspectos preventivos também em questões comportamentais que envolvem o ambiente do lar da criança, numa abordagem sócio-psico-somática (MELLO FILHO, 1992) ou bio-psico-social (ENGEL *apud* ERBA, 2005). Alcântara (*apud* MELLO, 1992) considera a maior parte dos problemas infantis como sendo de ordem social e insiste que se deve atender a criança de modo global, ou o atendimento será destituído de valor efetivo e, casos que nesta forma de abordagem podem ser de simples resolução tornar-se-ão complexos.

Considerando agora a concepção de cura, sabe-se que, com esta nova visão de estímulo à participação dos sujeitos, deve-se incentivá-los ao processo de autocuidado e cura, bem como à participação no processo investigativo de sua enfermidade e no acordo das recomendações terapêuticas, entrelaçada ao processo de educação em saúde. Se a abordagem biopsicossocial for assimilada na condução da consulta, integrando estes aspectos biopsicossociais e envolvendo a participação da família e da comunidade, esta concepção envolverá, por um lado, a boa relação e o estímulo do médico como sendo fatores indispensáveis no processo da cura e, por outro lado, a participação da psique do paciente com pensamentos otimistas e de perseverança, agregado ao apoio social.

Abaixo trazemos falas de apenas dois médicos, já que este item da concepção de cura foi abordado juntamente com a primeira questão sobre o processo de adoecimento, fazendo com que a maioria dos médicos respondessem sobre este de forma mais extensa, deixando, muitas vezes, a questão sobre a cura sem resposta.

“Existem determinadas patologias em que a cura é possível independente da questão psicológica da pessoa: se a pessoa tem apendicite, operou, tirou o apêndice e ela ficou boa da apendicite. Se tem uma infecção, tomou um antibiótico e fica boa, também em outras patologias vai precisar que a pessoa mude a atitude dela, com ela mesma, com os outros e às vezes até a mudança de hábitos, de comportamentos que vão depender da estrutura psicológica. Se a pessoa não vai poder comer açúcar, ela só vai deixar de comer açúcar se ela tiver com ela mesma atitudes de força de vontade, de compreensão, a coisa dos obesos que fazem cirurgia. Eu conheço gente que toma uma lata de leite condensado que passa lá no estômago, que botou o anel, o cara não consegue aquilo e precisa de um apoio psicológico, psicoterápico ou, às vezes até psiquiátrico, para segurar o resultado da cirurgia. Mas, a depender da causa, tem muitas patologias que você vai precisar de tudo andando junto”.M6

Este médico traz a questão da participação da psique do paciente no processo de cura, mas novamente é considerada a possibilidade de questões que não precisam tanto desta participação, como determinadas cirurgias (exemplo do apêndice) e tomar antibiótico para uma determinada infecção.

Na comparação com o modelo integrativo que estamos explicitando, seguindo o pensamento de Jung, a participação da psique e do corpo ocorreria de forma integrada em todos os tipos e processos do adoecimento, bem como no tratamento e processo de cura, na utilização de qualquer medicamento e cirurgias, envolvendo a resposta terapêutica a estes. Não dá para afastar em nenhum momento a participação da psique, pois está tudo junto, corpo e mente, como retirar, então, a participação de algum deles em algum momento ou em alguma doença?

Em seguida, outra fala considera a questão da grande importância de valores espirituais, como a confiança ou fé do paciente na obtenção de uma cura e, apesar desta nem sempre se concretizar, o principal é a renovação da pessoa numa atitude transcendente que o aproxime de Deus.

Vasconcelos (2006) acrescenta que é freqüente a crise da doença ser porta para o contato com a transcendência e cabe ao profissional de saúde a tarefa de ajudar seu paciente a encontrar este sentido profundo, com base em seus valores e exemplo de vida.

“Se você tem algo além do cotidiano, algo transcendente, isso lhe dá mais força para buscar, porque naquilo que você está mais frágil, você tem algo maior onde você vai buscar. Então eu acredito muito nisso, e eu acho assim, que o milagre maior para mim não é tanto a cura das doenças, ou a cura dos processos; na minha visão o milagre maior é a possibilidade que a gente tem de buscar o transcendente, a transcendência (...) Então daí poderiam acontecer diversos milagres na minha vida que poderão ou não ser necessariamente a cura. Por exemplo, uma pessoa que saiba enfrentar um processo de neoplasia, quimioterapia, radioterapia com serenidade, com tranquilidade, esse é um grande milagre. E se ela poder reconstruir, recompor a sua vida enquanto ela estiver por aqui, é um grande milagre. Uma pessoa que, apesar de todas as dificuldades econômicas, consegue batalhar, enfrentar todo o processo de diagnóstico, de terapia, com serenidade também. Eu vejo assim, não buscar apenas num caso difícil, mas em qualquer situação (...) é uma pessoa que vai buscar o autoconhecimento, é uma pessoa que vai buscar o enfrentamento da sua dificuldade, vai ampliar suas possibilidades, não vai ficar tão limitada. Tem que notar uma visão mais ampla, eu imagino assim, pelo menos uma possibilidade mais saudável da própria religiosidade”. M7

Encerramos este item com esta reflexão trazida sobre a importância da fé e da religiosidade no auxílio do enfrentamento e processo de cura de doenças, assim como para amenizar situações estressantes que possam ser risco para a saúde (IDLER, 1987 *apud* VASCONCELOS, 2006). “A integração entre ciência e espiritualidade tem grande potencial como estratégia de enfrentamento dos problemas de saúde não só para os indivíduos, como também para a coletividade” (VASCONCELOS, 2006: 69).

## 6.2. DOENÇA PSICOSSOMÁTICA E DOENÇA MENTAL

A separação que realizaram na medicina ocidental entre a doença considerada orgânica, causada por problemas biológicos, físicos, químicos, e a doença considerada mental, causada por problemas psíquicos e sociais, mas também referida em suas questões biológico-genéticas, situou as doenças que foram consideradas como psicossomáticas, ou de origem psicogênica que se expressavam no corpo, no meio desta delimitação entre o corpo e a mente. Aqueles sintomas, aparentemente orgânicos, que não se conseguia detectar algum agente patogênico externo ou a localização e explicação causal no corpo, através de exames físicos e/ou laboratoriais, eram considerados como originados na mente (RAMOS, 2006). Nos avanços atuais, se concluiu ser melhor não delimitar a fronteira entre o corpo e a mente, acreditando que estes estão constantemente inter-relacionados. A medicina psicossomática, diante desta abordagem psicossomática ou biopsicossocial, já é vista como uma forma de abordar o paciente de maneira integral, agrupando todas as doenças, de modo a estender este tipo de abordagem para todo tipo de médico, implicando numa evolução da medicina ocidental. A Psicossomática passaria a ser respeitada como uma forma de encarar a saúde e o paciente com enfoque holístico, integrando mente e corpo, presente em todas as especialidades médicas e não vista como uma disciplina isolada ou mais uma especialidade médica (FREITAS, 2005). O médico, então, deveria adquirir competência interdisciplinar para abordar aspectos psicológicos e sociais da história de vida do paciente em função da queixa que se apresenta no contexto vivenciado (RIEHELMAN, 2000).

A medicina avançaria para esta tendência de integrar o biológico, o psicológico e também o social, que estamos chamando de abordagem sócio-psicossomática ou biopsicossocial, onde toda e qualquer doença seria chamada de psicossomática por envolver todos estes aspectos de maneira integrada, variando entre sintomas mais orgânicos e menos emocionais até os mais emocionais e menos orgânicos, sem dizer que uma doença é puramente psicológica nem puramente fisiológica (CAPRA, 1982). Daí construirmos a imagem de um espectro onde estariam dois pólos, o psicossocial ou psico-sócio-cultural (e espiritual) e o bio-físico-químico. Entre estas duas polaridades situar-se-iam as nuances do adoecer em que a doença mais orgânica (do pólo bio-físico-químico) envolveria aspectos psicossociais e a doença mais psicológica ou psicossocial no outro pólo (as doenças ditas mentais em geral) envolveria também aspectos corporais. As



doenças que já foram consideradas psicossomáticas estariam ainda no intermediário deste espectro, entre as doenças mais orgânicas e as mais psicológicas, independente de ser possível sua visualização mais concreta em exames, como câncer, AIDS, hipertensão, ou aquelas que o médico não consegue visualizar direito, como a síndrome do digestório irritável. Só que estariam situadas de forma dialética entre os aspectos psíquicos e corporais, sem necessidade de delimitação de fronteiras.

As doenças mais orgânicas seriam o foco do trabalho do médico, sem, contudo se excluir os aspectos psicossociais como se não fossem preocupação deste, podendo, então, incidir em mudanças na forma de abordar o paciente, inclusive na maneira de conduzir a consulta, a qual seria semelhante à maneira do psicólogo conduzir, ou seja, ocorreria um misto das duas formas de consulta, a fim de incluir os aspectos biológicos tão ressaltados, sem excluir os psicossociais. No entanto, ao psicólogo continuaria cabendo o foco principal e acolhimento mais profundo, com tratamento dos problemas e doenças mais psicossociais (sem excluir o que poderíamos chamar de acolhimento do biológico). A doença psicossomática estaria, então, no campo interdisciplinar do trabalho conjunto do médico e do psicólogo.

Nosso objetivo não é o esclarecimento de cada doença classificada dentre orgânicas ou mentais (neuroses e psicoses), mas sim pontuar que esta classificação, tão delimitada, muitas vezes confunde os médicos no mapeamento da dor. Se fôssemos citar, por exemplo, esta doença em questão, considerada anteriormente como psicossomática, poderíamos situá-la confundindo-se com as doenças consideradas crônicas e visualizá-la, na escala de dor crônica, entre a dor crônica mais orgânica (com expressão claramente orgânica e lesão perceptível de acordo com a queixa) e a dor mais psicológica, que não depende de lesão tecidual e que não se percebe expressão no corpo, ou o que se percebe não é compatível com a queixa, inclusive aquelas que são simuladas. Esta dor mais psicológica se expressaria entre fenômenos psicossomáticos, somatizações, conversão na histeria e a hipocondria. Santos Filho (1992) a chama de dor psicogênica e distingue o fenômeno da histeria e da hipocondria ao considerar a primeira em se apresentando recalque de representações simbólicas de associações que permeiam um discurso, onde o afeto associado à idéia entra em conflito com o ego e é reprimido, se descarregando no organismo, e a segunda, podendo associar-se à neurose ou psicose, se utiliza, neste segundo caso, de um delírio que aponta rompimento com a realidade, mostrando uma relação fragmentada com seu corpo físico. Não concordamos em chamar só esta dor de psicogênica por acreditarmos que

as dores ou doenças mais orgânicas apresentam também conteúdos emocionais e simbólicos, pois a questão não é saber se a origem do problema vem do corpo ou da mente, já que os dois se manifestam integradamente (RAMOS, 2006). A doença aconteceria envolvendo este processo integrativo tanto nas doenças mais mentais como nas mais orgânicas. A visão de Jung, já citada, integra corpo e mente no processo de origem, desenvolvimento e cura de todas as doenças. Para Jung, o arquétipo integra aspectos mentais e corporais, transcendendo o corpo e a mente, envolvendo conjuntamente um dinamismo fisiológico e a consciência através das imagens simbólicas que lhe chegam (RAMOS, 2006).

A Psicossomática antiga também considerava que pessoas chamadas de alexitímicas eram mais propensas a doenças psicossomáticas por apresentarem supressão, ou falta de vivência, de afetos ligados a situações traumáticas de perdas como desmame, morte ou separação de ente querido, hospitalizações (GUIR, 1983 *apud* SILVA & CALDEIRA, 1992). Elas apresentariam dificuldades de perceber e nomear suas emoções, bem como de expressá-las ou de simbolizar, reprimindo o afeto, que, dissociado da idéia e da representação simbólica, se expressaria no corpo físico através da doença. Estes traços de personalidade alexitímica, que estão ligados a distorções na relação com os pais, os quais criticaram, distorceram, negaram ou deixaram dúvidas quanto ao afeto sentido pela criança (já que são estes que a ensinam a nomeá-los – KRISTAL, 1973 *apud* SILVA & CALDEIRA, 1992), se manifestam no fenômeno psicossomático na situação de repetição de cena real de perda, ou representação imaginária de determinada cena, associada a alguma perda nesta cadeia de significantes particulares (GUIR, 1983 *apud* MELLO FILHO, 1992).

Ramos (2006), apesar de considerar a propensão destas pessoas que possuem dificuldades para simbolizar na manifestação de doenças mais orgânicas ou fenômenos psicossomáticos, ressalta que todas as doenças envolvem um simbolismo, e as pessoas podem expressar seus conflitos tanto de maneira abstrata ou psíquica quanto de maneira mais concreta no corpo físico, só que estas últimas apresentariam simbolismos pré-verbais. Segundo a psicologia analítica de Jung, o sintoma orgânico contém mensagens psíquicas que não possuem representação abstrata acessível à consciência. Este sintoma apresenta um simbolismo de alguma disfunção no eixo ego-self que precisa ser corrigida, no qual o conteúdo inconsciente deve ser integrado à consciência. Este sintoma corpóreo ocorre devido à utilização por parte do paciente de mecanismo simbólico pré-verbal, onde as impressões sinestésicas estão cindidas de suas representações abstratas. Situações existenciais profundas, traumáticas e complexas podem trazer

certos questionamentos que o ego, não conseguindo integrá-los no plano abstrato, é induzido a somatizar (RAMOS, 2006). Só não está esclarecido por que alguns expressam seus conflitos pela via psíquica, enquanto outros se expressam mais pela via corpórea, ou ainda por que em determinados momentos expressamos nossos conflitos pela via psíquica e, em outros momentos, pela via orgânica. No entanto, torna-se importante deixar o self conduzir o processo de reestruturação do eixo descompensado com o ego, ligando-se a conteúdos da relação única e subjetiva de complexos pessoais com arquétipos, envolvendo a história pessoal situada nos mitos coletivos (WHITMONT, 1969).

Concluindo, todas as doenças, sejam as mais orgânicas ou mais emocionais, devem hoje ser consideradas como psicossomáticas e simbólicas, envolvendo participação conjunta da psique e do corpo, podendo se manifestar por uma via ou outra. Podemos afirmar, então, que estes fenômenos considerados anteriormente como psicossomáticos são encontrados não só nos ditos alexitímicos, mas nas pessoas em geral, distribuídos nas diversas propensões dos tipos de caráter ou personalidade (LOWEN, 1988), ou, se formos citar a psicanálise, diante das neuroses, síndrome do pânico ou fobia, obsessões, situando a neurose de compensação, descrita por Hackett (*apud* LOBATO, 1992) e a conversão na histeria, a hipocondria, desde as mais leves até as de quadros psicóticos, e nas diversas psicoses. A depressão está presente também como fator conjunto ou desencadeante destes fenômenos, tanto nas mais leves como as que envolvem quadros psicóticos.

No entanto, com toda esta dificuldade de separar ou classificar a doença psicossomática, perguntamos aos médicos da instituição o que eles achavam sobre a doença psicossomática e sua diferença para a doença mental (vide anexo I), sabendo que a resposta não seria fácil, mas que nos auxiliaria a captar se estes percebiam as doenças dentro desta visão integradora do espectro biopsicossocial, para daí estarem preparados para atuar nesta percepção. Pensávamos que, se o médico se interessa por este assunto, se prepara e demonstra nas suas respostas, o fato de todas as doenças envolverem aspectos psíquicos (e sociais) integrados aos corporais, isto seria um dos facilitadores para apresentar esta visão integradora que se almeja na prática. Pudemos notar, nas respostas sobre a doença psicossomática, que a maioria dos médicos corresponderam às expectativas do que é esperado do seu perfil. No entanto, um dos médicos reconheceu necessitar de maiores conhecimentos sobre o assunto e os três médicos do primeiro

grupo, classificados a partir da categoria da trajetória profissional, demonstraram uma certa confusão em suas respostas.

Iremos exemplificar primeiramente com algumas falas que se encontram no pensamento do espectro anteriormente descrito:

“O que é doença psicossomática? Eu acho que esse termo é inadequado, pois supõe que há doenças que não são psicossomáticas. Todo adoecer tem uma vertente psíquica e uma vertente física, às vezes se prioriza o físico por causa do risco biológico de sobrevivência, mas o próprio adoecimento físico altera a psique do indivíduo. Não há uma separatividade possível aí, pois se trata de uma unidade e as doenças psíquicas também alteram o físico, essa divisão é didática, fruto da mente fragmentadora que estamos acostumados a falar no velho modelo cartesiano. Por isso o correto seria uma abordagem psicossomática do adoecer e do tornar-se saudável”..M10

“Toda e qualquer doença tem um fundo psicossomático, desde a pneumonia até a asma que é clássica entre as psicossomáticas. Sendo que a pneumonia é uma doença infecciosa, bacteriana, mas se sabe que o emocional influi na resistência imunológica do indivíduo, essa baixa resistência que faz a pessoa pegar a gripe, a pneumonia. O estresse vai estar ligado à hipertensão. O diabetes também tem a ver com essa parte imunológica e também tem a ver com o emocional. Então, se você for ver, toda doença tem um reflexo psicossomático, ao meu ver. Não precisa falar nem de câncer, porque câncer já está mais do que estabelecido, apesar de que o estabelecido é uma forma muito rasteira, muito linear, mas toda e qualquer doença tem um aspecto psicossomático e que precisa ser dado a atenção quando se cuidando dela”.M8

Todos os médicos do segundo e terceiro grupos demonstraram, então, pelas suas respostas que participaram na sua trajetória de cursos mais profundos e atualizadores na área de psicossomática ou psicologia (vide quadro I sobre os participantes), já que o curso de medicina (principalmente quando eles o cursaram) não prepara o médico com esta visão ampliadora do processo saúde–doença. Uma outra médica, que também demonstrou preparo na resposta, mas reconheceu necessitar no momento de maior aprofundamento neste tema, colocou o seguinte:

“... doenças que são acentuadas pelos processos psicológicos. (...) o momento de fragilidade daquele paciente acentuou aquele problema que poderia em outra situação ser mais bem fechado. Agora eu sinto assim que eu preciso estudar melhor isso (...) Quer seja hipertensão, quer seja diabetes, quer seja asma, quer seja rinite, quer seja dermatite atópica, as doenças reumatológicas (...) Primeiro porque todo mundo quer a cura milagrosa e rápida Quando você não tem isso, você precisa aprender a lidar com isso, porque vai estar em todo o seu viver, se você não souber lidar com isso, a patologia toma um papel tão grande na vida que limita a vida como um todo, eu vejo assim. Os problemas gástricos (...)”

assim lombalgias, que tem a ver muito com a postura que a pessoa assume no seu cotidiano, então tem a ver com problemas emocionais que a pessoa está passando (...) alergia de um modo geral (...) os problemas vestibulares, então as vertigens, as famosas labirintites (...) agora eu não tenho investido em trabalhar com isso. Eu acho que é um ponto que talvez eu tenha que fazê-lo, assim em breve, para o trabalho coletivo.” M7

Os médicos do primeiro grupo da trajetória profissional citado anteriormente também ofereceram respostas de acordo com este pensamento biopsicossocial, mas um pouco confusas, quando juntamos com outras falas que eles colocam.

“Existe algum desequilíbrio no psiquismo, vamos dizer assim, que determine uma baixa de imunidade, ou um comprometimento de energia em determinada área. Eu acredito que existem energias específicas relacionadas a determinados órgãos do corpo, no momento que você tem uma disfunção psíquica, um distúrbio qualquer você pode comprometer a energia dentro daquele órgão, com isso você poderá ter sintomatologias relacionadas com aquele órgão que poderão vir a se manifestar como doença. Às vezes você tem toda a sintomatologia aparente para doença gastrointestinal, se observar os exames, a anatomia não tem problema, mas você tem o comprometimento da função daquele órgão (...) Um distúrbio psicossomático, ele vai se manifestar no campo orgânico assim, no ponto de vista de localização em algum órgão alvo, eu vejo assim, vamos tentar fechar porque isso não é uma coisa muito clara em minha cabeça não... Então, assim, a somatização tem distúrbios de convivência, por exemplo, desestruturação familiar, complexo de inferioridade, baixa auto-estima, isso vai se refletir em comprometimento na imunidade, no sistema gastrointestinal, alguma patologia respiratória. Isso vai se manifestar como alguma doença nesses órgãos que forem atingidos, uma doença de origem psíquica”. M1

Ao final de sua fala, ela considera que seja uma doença de origem psíquica, como nos primeiros momentos em que esta doença foi classificada. Outro médico situou a doença psicossomática confusa entre questões sócio-econômicas e a doença mental, mas consegue mais adiante lembrar de exemplos para esclarecer melhor.

“Desemprego, violência familiar, más condições de moradia, filhos com fome, você não ter dinheiro pra alimentar um filho, não tem dinheiro pra comprar medicação quando ele fica doente (...) A doença psicossomática seria uma situação onde o paciente enfrentaria um distúrbio de comportamento um pouco parecido com os sintomas que a gente diria do depressivo ou das fases de mania, mas ela manifestaria isso no seu corpo (...) A própria labirintite, por exemplo, pode ser dita uma doença psicossomática, aparece sempre em situações de estresse, situações que você começa a ter um desequilíbrio emocional, você passa a manifestar isso como mecanismo de escape, você não sabe pra onde vai, vai pra o corpo, seria um exemplo clássico. As cefaléias tensionais seriam um

outro exemplo, pacientes que têm náuseas e vômitos; a bulimia parece estar associada à psicossomática também”.M5

As questões sócio-econômicas são normalmente mais ressaltadas no Programa Saúde da Família do que as questões psíquicas, e, segundo Samuels (2002), é comum os aspectos sócio-econômicos preocuparem mais quem trabalha com classes menos favorecidas. É interessante a preocupação econômica deste médico quando se questiona sobre a doença psicossomática, no entanto, a integração destes aspectos sociais com os psíquicos na anamnese médica ainda não se mostra clara na sua resposta.

Outro médico refere a neurose como doença psicossomática (pela dificuldade que é separar ou classificar coisas tão próximas):

“Na história da doença você não encontra nenhum fator orgânico, então aquele paciente está apresentando aquela doença. Mas é dependente de um comportamento que deve existir na casa dele, só com uma história bem detalhada, que às vezes nem o próprio paciente sabe contar, porque ele não percebe o que está acontecendo com ele (...) Um paciente que tem síndrome do pânico, uma criança que tem fobia, fobias por animais, fobia por alguma coisa que se torna realmente patológica, se identifica que aquilo ali não é normal. As neuroses todas, as compulsões, aí eu acho que realmente é uma doença psicossomática.”M2

Além disso, este mesmo médico aponta nesta próxima fala, que não tem lidado muito com estas situações na prática do ambulatório, como se a doença orgânica que ele atende não envolvesse também questões psíquicas:

“Eu não tenho visto uma criança que tenha adoecido por fator psicológico, mas eu acho que o fator psicológico leva realmente o paciente a adoecer, a depender de que fatores psicológicos estão interagindo naquele momento. Uma criança que não é amada, uma criança que não é respeitada, uma criança que é agredida, ela pode desenvolver mais tarde uma neurose, uma psicose, algum distúrbio realmente de comportamento. Se tornar uma criança agressiva, uma criança doente, uma criança com síndrome de pânico, qualquer coisa no futuro, mas nessa faixa pediátrica até doze eu não tenho visto nem aqui, nem na emergência o fator psicológico predispondo a uma doença no momento, mas ela pode desenvolver no futuro”.M2

Vamos relatar agora as crenças destes três médicos do primeiro grupo sobre a doença mental, observando que as duas primeiras falas abaixo consideram esta doença como

exclusivamente orgânica e a terceira fala aborda apenas a psicose, já que referiu anteriormente a neurose como sendo doença psicossomática:

“A doença mental, eu acho que é uma desordem orgânica a nível neurológico, sistema nervoso, ou em nível de herança genética. Para cada patologia existirá uma explicação etiológica de qual o nível; por exemplo, uma pessoa que vai ao psicólogo e que tenha um distúrbio psicótico, compulsivo ou que tenha uma demência. Isso aí é independente do cotidiano, de experiências que tenha ao longo da vida, são definidas como genéticas ou comprometimento do sistema nervoso, essas são as doenças mentais”.M1

“Doença psiquiátrica é uma doença orgânica, onde você teria sinais e sintomas característicos da depressão, dos sinais de hipertimia ou distimia, ou fases de mania e depressão. Então o que caracteriza a presença de uma doença psiquiátrica é quando você tem todos os sinais e sintomas e não encontra uma patologia (...) que parece ter uma característica orgânica, orgânica que justifique aquilo, um diagnóstico de exclusão claro”.M5

“Como chegou esse paciente aqui, que se auto agride, ele bate muito a cabeça no chão e na parede. Uma criança que come fezes, uma criança que o pai disse que ele sentava no sofá e ficava falando sozinho “Eu vou matar”, um monte de coisas assim; o pai chegava e ele não percebia a presença do pai. Esse paciente eu acho que tem uma doença mental, você olha para a criança e percebe que é uma criança mentalmente comprometida (...) uma pessoa que não está na sua realidade.” M2

Podemos concluir que este assunto foi confuso e difícil para os médicos com sua formação mais orgânica para delinear o que seria a doença mental, mas nosso objetivo com esta questão foi apontar o quanto a medicina considera o padrão orgânico em detrimento do psicológico até nas doenças ditas mentais, apesar da questão orgânica estar envolvida nestas doenças também. A Psiquiatria Biológica, como citada na introdução do trabalho, vem disputando o seu espaço no campo biomédico, buscando legitimação através do reconhecimento da etiologia biológica das doenças mentais. A Psicanálise e outras teorias da personalidade, em Psicologia, abordam esta questão envolvendo mais profundamente os aspectos psicossociais. No entanto, não iremos nos aprofundar na análise de cada doença dita mental, devido ao objetivo ser mais de perceber a integração entre as diversas doenças na variação das polaridades corpo-mente deste espectro citado, na ótica do médico.

Nas falas dos médicos, a maioria respondeu sobre a doença mental nesta visão do padrão orgânico. Na verdade, a maioria dos médicos nem respondeu a esta questão, desviou o assunto, e nem foi lembrado pela pesquisadora por esta não encontrar espaço. Estas falas

citadas do primeiro grupo acabam exemplificando que os médicos parecem se confundir neste assunto, principalmente quando se compara com a doença psicossomática. Na verdade, esta confusão é um retrato da realidade sobre o assunto e da pouca participação dos médicos neste debate. Percebemos também, na fala do médico M5 sobre a doença mental, que ele a considera em diagnóstico por exclusão, o que confunde ainda mais sua prática, já que considera a doença mental sob base orgânica. Talvez fosse melhor se ele, pelo menos, se utilizasse do termo “predisposição orgânica” para doenças mentais, assim como se considera “predisposição psicológica” para doenças físicas.

Outro médico deste grupo refere também, em outro momento, o diagnóstico por exclusão, ou seja, quando se excluem primeiramente todas as possibilidades biológicas para considerar-se o fator psicológico ou psicossocial envolvido no adoecimento, como se não estivessem juntos sempre interferindo:

“Se eu imagino que possa ser um processo de somatização, eu primeiro tento afastar todas as possibilidades orgânicas. Aquilo fica ali como pano de fundo no prontuário sem perder de vista, e orientamos a mãe, desde a primeira etapa, no que pode ser feito, considerando-se a possibilidade que eu não encontre nada ali (...) depois vemos os exames, ‘a gente investigou e não tem nada mesmo’. E ela vai me dando o retorno se aquela coisa está melhorando, ou não está (...) Toda vez que a gente fala de diagnóstico clínico (...) por causa da nossa necessidade de buscar primeiro uma questão orgânica na criança. E depois que a gente vai pensar, por exclusão, numa questão psíquica.”M1

Quando não se vê nada orgânico nos exames, o problema é considerado, então, psíquico, como se pudesse separar “bonitinho” o biológico do psíquico. Alguns casos em que não se encontra um agente patogênico externo causando a doença, pode se considerar uma questão de maior expressão por via psíquica, sem lesão real no organismo. No entanto, não deixam de existir questões orgânicas envolvidas na queixa da somatização, mas consideradas de outra forma, podendo, inclusive, evoluir para real lesão se, em algum momento, encontrar o agente patogênico necessário para a expressão da doença materializar-se no corpo. O sintoma não visualizado concretamente pelo médico é encaminhado, muitas vezes, para o psicólogo de maneira excluída e antagônica à preocupação do médico, no sentido daquele investigar e tratar as questões psicossociais. Não seria melhor o médico concluir que o fator psíquico prepondera nestes casos, na etiologia e manifestação desta doença, e que ele não conseguiu visualizar porque “não tem nada orgânico detectável e que tem um fator de desequilíbrio psíquico mais evidente?” (sic-



médica M3). Ou seja, supomos que os fatores físicos e/ou biológicos preponderariam na etiologia e manifestação da doença considerada orgânica, com envolvimento conjunto e/ou conseqüente de aspectos psicossociais. Na doença mental, então, estes aspectos psicossociais preponderariam na etiologia e manifestação. Quanto mais a doença se expressasse por vias somáticas melhor seria visualizada de forma concreta, o que iria depender, como já citado, de questões simbólicas pré-verbais de conflitos diante de complexos pessoais arcaicos e/ou de maior complexidade, juntamente com agentes biológicos. A disfunção deste complexo que desequilibra o eixo ego-self pode se manifestar por via psíquica em representação simbólica abstrata, ou por via corpórea, através de simbolização pré-verbal organicista. O paciente se expressa somaticamente quando perde a conexão de seu corpo com seu inconsciente somático (RAMOS, 2006). A doença, onde se prepondera o orgânico, seria alvo principal do médico e a doença, onde se prepondera o psicossocial, seria alvo principal do psicólogo ou psiquiatra.

Estes mesmos médicos, que consideraram o diagnóstico por exclusão, citam também, mais adiante, preocupações com aspectos psicológicos em outras falas, além dos exemplos nos casos citados de prática do atendimento demonstrarem uma certa inclusão da dimensão psicossocial em suas consultas, só não sabem direito como, talvez por acreditarem que a investigação psicossocial seja apenas um dos itens separados da anamnese, e não uma abordagem conjunta em todo o processo da consulta.

Abaixo a fala de um deles contradiz o diagnóstico por exclusão que citaram ao mostrar sua responsabilidade do que se pode visualizar e concluir no trabalho do médico:

“Quando eu vou dar um atestado médico eu boto bem claro: ‘atesto para os devidos fins que não são detectados afecções clínicas, anatômicas, funcionais observadas ao exame’, porque é só o que eu posso atestar naquele momento com relação à doença do corpo. Na grande maioria das vezes, só tenho condições de identificar a doença do corpo físico, então eu não sei se a pessoa está cem por cento saudável. É só você olhar para uma pessoa hoje: ‘Está com saúde? Estou’, mas está totalmente deprimida, é uma pessoa que está cheia de problemas de ordem afetiva, econômica, influenciando na pessoa. Então, para mim esta pessoa está doente, entendeu?”M1

A fala de um médico do segundo grupo (classificado pela categoria de trajetória profissional), já que os do terceiro não dissertaram sobre esta questão, nos faz refletir sobre uma questão da doença mental, que, apesar deste ter se mostrado confuso com questões orgânicas que a envolve e desviado um pouco do assunto, ele faz um comentário sobre o fato de um paciente,

que sofre de algo que é considerado “psicossomático”, como úlcera, hipertensão, qualquer coisa somática, é mais aceito pela sociedade na falta ou afastamento do trabalho do que uma doença mental, como depressão:

“Saúde mental! Eu acho que tem hoje em dia umas doenças estabelecidas, você tem a psicose por deficiência de neurotransmissor, você tem hipotireoidismo levando a isso e aquilo. Agora eu acredito que a doença, vamos dizer assim, psicossocial, ela, na sua grande maioria, merece um atendimento e tratamento igual à doença biológica, e o respeito tão igual quanto. Porque o que a gente vê, como eu digo: é muito mais fácil você ter uma úlcera do que você ter uma depressão, porque, se eu tiver uma úlcera, uma hipertensão, diabetes, eu tenho todo um... todo mundo vai aceitar muito bem que você tenha uma úlcera, mas se você tem uma depressão isso ainda não é aceito socialmente. E não falo socialmente em relação à classe social, isso não é aceito socialmente nos grupos universitários, nos grupos acadêmicos, as pessoas que têm problemas relacionados à saúde mental são normalmente discriminadas (...) muito difícil essa questão de você confiar profissionalmente numa pessoa que tenha uma doença mental, eu acho que é complicado, é difícil, a gente não tem preparo para isso. Fazer essa avaliação “Posso confiar até aqui e não posso confiar isso aqui”, então você não vai confiar determinadas coisas para uma pessoa que tenha determinada limitação, todos nós temos nossas limitações e tem determinadas coisas que a gente não faz. Até onde pode e não pode, eu acho que é um nó ainda.”M8

Para encerrar, vamos considerar uma fala sobre doença mental, do segundo grupo, colocada como correspondendo à opinião do espectro de doenças citado:

“Eu diria que a doença mental se torna mais evidente os aspectos psíquicos, eu diria que são assim, espectros da patologia. Enquanto alguns tendem a ir pra polaridade física, outros tendem a ir pra polaridade psíquica nos seus desequilíbrios, e aí, entre esses dois espectros tem aqueles que transitam entre essas duas polaridades, eu veria assim” M4.

### **6.3. INVESTIGAÇÃO PSICOSSOCIAL, ACOLHIMENTO PELO MÉDICO, DIFICULDADES E SUGESTÕES PARA MELHORA DESTA INVESTIGAÇÃO**

Finalmente passaremos a detalhar o item sobre a investigação psicossocial na anamnese do prontuário na consulta médica ambulatorial desta instituição. Estaremos incluindo a percepção do setor de atenção psicossocial das visitas domiciliares que, apesar de estarem

separados na prática das disciplinas pelo modelo adaptado da instituição, devem estar integrados no PSF. Podemos analisar que a maioria dos médicos não comungam quanto às questões a serem incluídas nesta investigação: que roteiro ou perguntas que devem direcioná-los, além da variação destas questões no contexto do paciente e da doença investigada, e qual a melhor maneira de serem feitas.

Sabe-se que a investigação psicossocial está como um dos itens das fichas de atendimento ambulatorial de adulto e de criança na instituição. Estas fichas situam diversos itens biológicos diante do exame físico e solicitação de exames laboratoriais necessários (inclusive aspectos preventivos) em questões envolvidas sobre a queixa principal da consulta, situada na história da doença, que por sua vez deve ser contextualizada na história de vida do paciente, incluindo aspectos psicodinâmicos do adoecimento, os quais podem ser chamados de investigação psicossocial. O item da investigação psicossocial aparece na ficha de criança como história psicossocial, separado de itens sócio-econômicos. Esta história inclui história da gravidez, parto, amamentação e desenvolvimento neuro-psicomotor da criança. Na ficha de adulto, além de aparecer outros itens como tabagismo, etilismo e drogas; questões sobre o trabalho e atividade sexual, as quais precisam ser ampliadas nos seus aspectos psico-relacionais, a história psicossocial subentende também questões sobre a situação sócio-econômica. Que pensam então os médicos sobre esta investigação e quais suas limitações para aplicá-la? A dimensão psicossocial pode ser confundida com esta investigação, sendo apenas um item de uma ficha, ou implica em mudanças na condução da consulta como um todo, na maneira de se relacionar, observar e dialogar com o paciente?

Se formos dividir os médicos entrevistados (excluindo os administradores) em dois grupos: os que atendem no ambulatório e os dois que só atendem a domicílio, o que ocorre infelizmente devido a questões que incomodam, mas ainda não puderam ser resolvidas no local, onde o primeiro grupo se subdividiria em outros dois grupos menores: os que atendem crianças e os de adultos; analisá-los inicialmente o que pensam os pediatras sobre as questões que envolvem a investigação psicossocial na consulta médica. Depois seguiremos para os médicos que atendem adultos, e, finalmente, os médicos da atenção psicossocial.

Os pediatras acreditam que deve ser questionado, além das questões já existentes nos itens contidos na ficha de criança, detalhes relacionais e emocionais sobre a história da gestação e parto desta. Alertam sobre o exame minucioso que envolve a história psicossocial, mas, no

entanto, consideram que seus alunos que atendem no ambulatório (quinto e sexto anos) não questionam estas situações porque só pensam na importância da doença referida na consulta, o esquema vacinal e a alimentação:

“Começa lá na gestação, eles têm que investigar a mãe. Como foi a gestação, processo de gerar o filho, ser aceito, não ser aceito, uma vez que não foi programado, mas como foi que aconteceu, como desenrolou a gravidez. Como a criança é agora, é uma criança que dorme bem, chora muito, é irritadiça, qual a relação com a mãe; isso não existe, essa história. Todos os membros da casa estão satisfeitos com o fato de ter um novo bebê, digamos considerando um bebê ainda; para eles criança come, dorme e brinca, então só pergunta o que come, quais as vacinas que tomou. Essa questão psicossocial é paupérrima.”M1

“(...) sempre começa pela gravidez e a relação dela com a família...Faz aquela história, não tem lazer, uma criança que não vai a uma praia, uma praça, nada; uma criança que não é amada, e fica por isso mesmo(...)saber como esse indivíduo está inserido no contexto social em que ele vive, relacionamento dele pessoal (...) se é uma criança que existe espaço para ela se colocar... se é uma criança que estuda, que frequenta uma capoeira, dança, como é esse espaço para ela, toda essa abordagem eu acho que é importante(...)a gente precisa orientar assim, que a criança seja mais ouvida, que procure entender que é uma fase da criança, a gente procura chamar a atenção para esse lado.”M2

Sabe-se que a consulta pediátrica envolve também a rotina da puericultura (controle de peso, altura, orientações educativas, inclusive sobre amamentação). No entanto, mesmo nestas consultas, que podem construir um melhor vínculo e ter um tempo maior para escuta e diálogo, a pressa dos alunos em observar questões biofísicas existe. Mello (1992) ressalta esta questão quando considera que a verdadeira terapêutica é aquela que zela pela criança de maneira global, com o espírito preventivo característico de uma eficiente puericultura.

Estes pediatras investigados acreditam que deva se seguir este questionamento psicossocial, a partir de cada etapa do desenvolvimento infantil:

“Eu acho que, em cada fase da infância, você tem algumas coisas pontuais. No caso do bebezinho, tem que saber o histórico progresso de como foi a gestação... fruto de um relacionamento amoroso e estruturado(...) aí vou perguntando como a criança é, como ela se comporta diante das coisas: Se ela chora muito, se ela dorme bem, se sente muita cólica(...) Quando a criança vai crescendo, a interação onde ela vive e com as pessoas da casa, a maneira de reagir a determinadas situações corriqueiras da infância, numa brincadeira, interagir com crianças da mesma idade, os medos. O sono, eu acho um aspecto importantíssimo na criança, porque tudo que acontece de negativo na criança reflete no sono, na alimentação. Se está na escola, como é a aceitação de estar na

escola, se a entrada foi tranqüila, se teve resistência, em cada época a gente vai encontrar essas coisas...”M1

E, quanto ao adolescente, os pediatras consideram que haja momentos em que se necessite estar a sós com eles:

“Quando eu percebo que tem alguma coisa a mais para ser investigada, eu peço gentilmente que a mãe saia um pouquinho para a gente bater um papo mais pessoal. Falo que não vai ser uma coisa que vou conversar depois com a mãe, para ver aspectos que eu acho que naquele momento é de relevância. Já tive a oportunidade de algumas coisas eu resolver, direcionar para o adolescente e tentar envolver o entorno dele. Então os aspectos de família mesmo, as necessidades básicas supridas e não supridas, das relações afetivas, a gente conversa das possibilidades, questão de higiene ambiental também.” M1

O outro grupo, dos médicos que atendem adultos, podendo ser clínico ou ginecologista, variaram mais nas opiniões sobre as questões que devem direcionar este item. Alguns citam que os pontos a esclarecer devem estar dentro de uma breve história de vida atualizada do paciente atendido, localizando a história da doença (sem única preocupação na queixa principal que este traz), variando as questões de acordo com a doença e o contexto do paciente. Acreditam que, para os alunos deve-se ter um roteiro mais claro para direcionar as questões mais importantes, tanto da história de vida (que seriam os acontecimentos marcantes dos ciclos vitais - infância, adolescência e maturidade), quanto sobre a percepção do paciente sobre sua enfermidade, o qual pode ser discutido na equipe de forma a integrar melhor as informações, adaptando-se a cada situação contextual. Muitas vezes o aluno que atende no ambulatório pode encontrar no prontuário uma história de vida sobre o paciente em questão, realizada pelos alunos de psicologia, mas é importante atualizá-la para o momento do atendimento e situá-la no contexto da enfermidade em questão. A história de vida da consulta ambulatorial não seria tão extensa e aprofundada como a realizada pelos estudantes de psicologia na visita domiciliar, inclusive por causa da operacionalização do tempo, mas na maneira de conduzi-la utilizariam técnicas de escuta e observação semelhantes, situando a queixa trazida diante de questões principais da vida do paciente e como este percebe seu adoecimento ou enfermidade.

Abaixo, segue uma fala que ilustra como eles não estão integrados no que seja esta abordagem e como os alunos estão despreparados:

“... primeiro a gente ficou vários meses discutindo o que era o bio-psico-social e não se conseguiu até hoje, a verdade é essa, se uniformizar o que é que é realmente essa questão do biopsicossocial. Cada um tem um conceito... embora as pessoas tenham uma certa concordância no que seria, mas o que seria no conceito abrangente de saúde, onde não premeia só níveis de saúde física, mas mental, a questão social de família, educação, emprego, econômica (...) que o aluno soubesse ver a relação do paciente com qual tipo de doença para ele, no que a doença repercutiu para ele, não tem isso aí. Segundo o aluno ele não tem a paciência, a maioria por mais que seja cobrado não tem a paciência de querer fazer(...) a gente já toma tempo pela imaturidade do aluno e aí ele tem que fazer uma coisa que ele não foi treinado para aquilo, nem tem vivência nem estudo sobre aquilo, então ele tem dificuldade de fazer a percepção bio-psicossocial do adoecer, ele não consegue visualizar e aí o que ele acaba fazendo? Ele acaba incorrendo mais numa relação familiar superficial do que no processo da doença e de como a doença repercute na vida do paciente, qual é a sensação do paciente em relação à doença, se ele percebe estar doente, então eles discutem muito mais a relação familiar e, às vezes, a gente até concorda, porque não tem tempo para tantas atividades”. M5

Se organizarmos aqui todas as situações que os médicos levantaram do que deve ser investigado como sendo psicossocial, pode-se citar:

- Na criança: história da gravidez, parto e amamentação (estes itens são encontrados na ficha de criança, mas se incluiriam aspectos relacionais e emocionais);
- Aceitação da criança na família, brincadeiras e traumas, lazer, atividades físicas, aceitação na escola, comportamento, temperamento, integração da família, vida de relações;
- Sono, autonomia, auto-estima, ansiedade, medos, agressividade, depressão, sexualidade;
- No adulto, se considerariam alguns aspectos semelhantes, mas se incluiriam outros, como: crenças espirituais, administração de sentimentos e do stress, percepção e informação sobre a doença;
- Relação a dois, atividade sexual, casamento, projeto de vida e estilo de vida;
- As questões sobre trabalho, as quais estão numa parte específica da ficha de adulto, se incluiria os aspectos relacionais e outras atividades cotidianas.

As questões sócio-econômicas e situação do domicílio, como material de que é feito, quantidade de moradores, renda da família e situação ambiental no entorno encontram-se como itens da ficha A de cadastramento do PSF, e, atualmente, estão incluídos na mais recente ficha de

adulto do prontuário. Esta situação sócio-econômica na ficha de criança já era separada do item da história ou investigação psicossocial, mas, na de adulto modificaram mais recentemente.

A preocupação sobre o acesso a outros serviços de saúde necessários, como para realizar os exames solicitados, encaminhamento de consultas especializadas e serviços de alta complexidade, além de sistemas externos de apoio social, percebendo inclusive se possuem renda para transporte ao local indicado e para adquirir os medicamentos, são também importantes na compreensão do problema do paciente atendido. No entanto, apenas a ficha de acompanhamento de hipertenso do local apresenta esta preocupação.

A condução deste tipo de consulta médica deve, então, mesclar-se em alguns pontos com a maneira de condução de uma consulta psicológica, colocando-se as questões necessárias para investigação diagnóstica da anamnese de forma semi-dirigida (com maior escuta e observação, mantendo um bom vínculo e ambiente propício para confiança de questões íntimas), mesmo mantendo nesta investigação a coleta de dados biológicos e o exame físico do paciente. Para Riechelmann (2000), esta abordagem psicossomática ou biopsicossocial, pressupõe uma anamnese biológica juntamente com uma biográfica, onde se estabelece um diálogo não-diretivo, atenção dirigida para perceber a demanda por trás da queixa, com implicações importantes para o diagnóstico, que é muito mais eficiente quanto mais se souber e tiver uma visão global sobre o paciente, onde a postura profissional deve favorecer a formação do vínculo interpessoal. O tempo necessário para realização desta seria mais extenso também, incluindo as consultas subseqüentes para um reforço no vínculo. O médico sabe que não possui o mesmo tempo de condução da entrevista de um psicólogo, que pode focar no psicossocial e identificar, sem tanta pressa e de forma mais profunda, estas questões, buscando o latente e a origem dos problemas psíquicos envolvidos, os padrões de conduta, interação e solução de conflitos, onde são mais bem investigados e trabalhados. O médico necessita de intervenções mais ágeis, já que lida, muitas vezes, com riscos de vida. Além da modificação no tempo, vínculo e forma de condução da consulta, deve-se ter em mente também o que se deve investigar no sentido psicossocial, juntamente com esta breve história de vida contextualizada, bem como o ponto de vista do paciente sobre sua enfermidade. Ao final deste item, iremos sugerir questões para este roteiro.

Vamos considerar, então, estes pontos citados acima sobre a importância da mudança no tempo, vínculo e forma de condução da consulta. Primeiramente, vamos exemplificar com uma fala destes médicos de adulto sobre a questão do tempo:

“É uma coisa que requer mais tempo, vamos ter que entrar um pouco na vida daquela pessoa (...) começa normalmente pedindo à pessoa para ela contar um pouco sobre a vida dela. Você não vai perguntar ‘o que é que você acha dessa doença?’, vai pedir para que ela conte um pouco da vida dela porque esse seria o passo inicial, começar com uma história de vida, o aluno iria pedir para que ele contasse resumidamente como foi a infância, tudo que o paciente ache que fosse importante falar, para daí você pontuar algumas coisas e a partir daí você criar alguns pontos para você poder abordar.”M3

A questão do vínculo iremos retomar quando tratarmos das dificuldades encontradas para realizar este tipo de abordagem na instituição. Agora vamos considerar alguns pontos na mudança da condução da consulta, citados por estes médicos. Primeiramente, vamos colocar a importância de uma maior sensibilização para estas questões, o que não depende apenas do conhecimento intelectual, mas do treinamento da escuta e observação, além da motivação e trabalho de autoconhecimento do médico que realiza uma consulta com a inclusão do psicossocial. Abaixo segue uma citação sobre o problema levantado:

“Eu sou adepta de uma visão que ninguém é capaz de ver no outro aquilo que não é capaz de ver em si mesmo. Então, habitualmente, eu acho que a primeira contribuição que o educador deve dar é fazer com que seus alunos tenham essa percepção sobre si mesmo. Só a partir de então eles podem passar a enxergar o outro, adquirir essa visão nova, esse olhar sobre o outro e aí esse olhar, ele envolve aspectos da vida, das múltiplas dimensões do outro que possam estar envolvidas no seu processo de adoecimento. Alguns pacientes trazem isso de forma bem evidente, mas outros não, então existe uma certa sutileza nessa pesquisa para a qual o indivíduo vai ter que se capacitar(...) ‘o bom clínico deve ser sobretudo esse observador atento e interlocutor sensível’, porque essa questão que você pode investigar em uma consulta clínica, todos esses aspectos também não é passível de ser realizado, mas eu acho que quando você é esse observador atento e esse interlocutor sensível, alguns aspectos passam a ser evidenciados e com o acompanhamento sistemático desses pacientes você pode ir ampliando sua capacidade de percepção sobre eles.” M4

Para alcançar este tipo de percepção, o médico precisa se trabalhar intimamente. Um importante trabalho sobre a supervisão e preparo de médicos para lidar melhor com estas questões foi o do trabalho já citado de Balint (*apud* PEDROSA, 1992) com a criação dos grupos Balint. Ele acreditava que o médico deveria estar atento para ouvir a história do paciente além das queixas somáticas que este traz. Para ele a formação psicológica do médico oportunizaria o desenvolvimento de uma atitude mais sensível às demandas inconscientes dos pacientes. Sua



formação de psicanalista oferece uma fundamental atenção para a influência da relação médico-paciente nas respostas terapêuticas e mudanças comportamentais dos pacientes.

Este roteiro psicossocial que estamos tentando construir vai depender, então, do médico que o executa, da sua sensibilização, que não depende só de uma melhor formação médica, mas também na importância que o médico coloque nestas questões, na trajetória que ele segue, sua experiência neste tipo de atendimento e trabalho de autoconhecimento pessoal. Este trabalho de autoconhecimento estimulará a percepção e sensibilidade na elucidação de pontos inconscientes na história do paciente, já que as perguntas da investigação vão se organizar a depender do caso, o que muitas vezes o paciente nem sabe responder por resistência, ou por não estar consciente da questão. A contextualização da entrevista psicossocial, a depender da queixa trazida, é importante para selecionarmos o que vai ser necessário perguntar:

“Começa a fazer aquelas perguntas burocraticamente: ‘Quantos quartos tem a casa? Quantas pessoas moram? Qual é a renda familiar? Relaciona-se bem com a sua mãe?’ ‘Sim’. Se alguém perguntar para mim, ‘Se relaciona bem com a sua mãe?’ ‘Sim’, daí para eu lhe dizer que minha mãe na verdade não é assim, é uma outra história. Então, quando se faz essa pergunta assim, no primeiro contato, diretamente, fora do contexto, tanto ele acha que aquilo não seja muito importante, como a própria resposta não é muito confiável. Agora se a paciente vem para você dizendo que tem asma”, tem algum fator ansiogênico gerando essa asma, é um fator ambiental, é você ir investigando, partindo do motivo que leva o paciente na consulta, e ligado àquele motivo estão quais são as causas geradoras daquela situação. Se for hipertenso, “Você está se irritando, está se chateando muito?”, ‘Ah! Estou’, ‘Com o quê?’, ‘Com o meu marido, meu marido bebe muito’. Quer dizer, dentro do contexto, às vezes a informação sai, tanto o aluno, quanto o médico percebem que aquela informação é importante, e o paciente termina às vezes percebendo. Nem sempre ele vai dar aquela informação no primeiro contato, aí volta depois, volta na terceira vez para controlar a pressão e aí fala, ‘Na verdade eu estou...’. Isso acontece na ginecologia também ‘Você teve algum aborto provocado?’, ‘Não.’, qual pessoa vai lhe dizer de cara assim que fez um aborto. Aí depois, um ano depois, ‘Olhe doutor, eu queria dizer que na verdade eu fiz um aborto provocado...’ eu acho importante ele aprender o que precisa perguntar como um treinamento, mas colocar num contexto. Se uma pessoa tem uma rinite alérgica, precisa saber se na casa dela tem poeira, animal doméstico, esse tipo de coisa; se a pessoa tem uma cólica menstrual, não interessa se ela tem animal doméstico ou não, então(...)”M6

Esta contextualização vai depender do vínculo de confiança estabelecido, a fim de conseguirmos as informações necessárias. Todas estas questões psicossociais deveriam ser, então, selecionadas de acordo com o caso do paciente e transformadas em perguntas específicas na

adaptação ao contexto. O preparo dos alunos e a importância da experiência profissional aparecem como fundamentais:

“Talvez eles não percebam muito a importância por causa disso, porque muitas vezes fica muito estanque: a história psicológica, a história social e a história médica ficam em compartimentos separados, às vezes. Ele faz aquilo para treinar, mas não consegue perceber os vínculos que cada uma dessas coisas pode ter com a questão real do paciente(...) em ginecologia faz parte da anamnese ginecológica a história sexual da paciente. Pergunta à paciente quantos parceiros ela teve até hoje, se já teve DST, se sente prazer, se não sente, se tem desejo, se não tem. Quer dizer, fazer aquela pergunta ali fora de um contexto, você não vai esperar uma resposta. A paciente veio porque está sentindo um caroço na mama e se você perguntar, ‘Eu vou embora que esse médico está tomando liberdade comigo’, porque é fora do contexto. Mas a gente recomenda que eles façam a pergunta até para treinar fazer, para memorizar, aprender como fazer e depois contextualizar. Numa fase de treinamento é interessante ele fazer aquele roteirinho todo para aquilo ficar na cabeça do que ele precisa perguntar. No futuro, com a experiência a pessoa aprende a colocar aquilo no contexto real.”M6

Estas questões precisam também ser avaliadas em sua natureza ética, ou seja, em como o paciente que está sendo atendido as recebe. De qualquer jeito, por melhor que se organize um roteiro, todos os médicos acreditam que a percepção dos alunos não será tão eficiente quanto o esperado. Além de se organizar um roteiro comum a todos e que englobe as questões psicossociais necessárias, é importante, na opinião dos professores, se trabalhar o aluno, que no momento tem desvalorizado esta questão, variando de acordo com questões pessoais e/ou por causa da turma que chega, mas com este despreparo evidente da maioria. Neste ponto, os médicos criticam a formação, o desinteresse dos alunos e a imaturidade pessoal e profissional, como fazendo parte da situação:

“O quanto a percepção que o indivíduo tem do seu problema afeta a sua vida familiar, afetiva, profissional e social, porque, muitas vezes, o paciente quer uma solicitação de atestado pela pessoa se achar incapacitada de realizar uma determinada atividade profissional, então, até que ponto isso é uma super valorização ou se é um ganho secundário, e, se é um ganho secundário, o que pode ser feito para isso. Isso o aluno não faz, mal eles têm essa capacidade de percepção.” M3

“O paciente nem percebe e diz assim “tudo normal”...Os alunos também acham tudo normal. A gente pergunta várias coisas e eles só sabem dizer que está normal, não tem nenhuma coisa que varie do que eles esperaríamos, então é um pouquinho complicado para eles entenderem isso(...) ‘esse menino não se

preocupa com nada na vida, está aqui brincando, correndo, saudável, não veio com doença nenhuma. Então por que teria uma questão psicológica para eu me preocupar? Não tem esse sentido de prevenção, isso passa pela prevenção também, não sei. Se adoecer, adoecer no sentido orgânico, está com uma gripe, está com uma dor, diarreia, aí eles vão investigar, mas, fora isso, não tem não”.

M1

Essas dificuldades citadas de conseguir as informações necessárias sobre o psicossocial, onde todos afirmam que está tudo “normal”, até porque muitas vezes não se dão conta de questões que estão inconscientes, principalmente sobre questões relacionais, faz-nos refletir no cuidado desta abordagem sem um vínculo de confiança mais estruturado e na intuição e sensibilidade para saber lidar com estes aspectos psico-relacionais.

Antes de considerar a opinião dos dois médicos que fazem parte do grupo que não atende no ambulatório, mas nas visitas domiciliares de atenção psicossocial, vamos considerar outra questão com a qual esta abordagem pode contribuir. Esta última fala acima nos chama a atenção que a preocupação com a percepção integral do paciente, implica também em medidas preventivas do adoecimento (que não seria apenas prevenção enquanto imunização e exames preventivos para a idade). Esta preocupação com a sensação de bem-estar no sentido psicológico ou psicossocial deste tipo de abordagem, implica, ao nosso ver, no estímulo à prevenção e promoção à saúde de maneira mais abrangente da qual vem se tratando a questão e envolve a percepção da saúde como estado dinâmico, citado na fundamentação teórica deste trabalho de “saber lidar com os desafios da vida” (BOFF, 2000).

Os médicos do grupo da atenção psicossocial também concordam que deva se organizar um roteiro de investigação psicossocial na consulta ambulatorial e, as perguntas precisam ser mais de acordo com a enfermidade e o contexto em questão, a fim de se orientar melhor os alunos e ser operacional diante do tempo a ser utilizado. O treinamento da escuta será fator relevante para obtenção das respostas de maneira não-mecânica, ou seja, mais espontânea e verdadeira:

“... é exatamente você ter a oportunidade de perguntar às pessoas, ‘Qual é a sua imagem? O que você pensa de si mesmo? Como é a sua relação com seus amigos?’. A gente tem na avaliação das famílias um Apgar (vide anexo VI) tem questões assim: ‘A sua família lhe aceita? Como é que seus desejos e aspirações são vistos pela sua família?’. Mas isso depende de uma escuta atenta, isso não é um questionário que você vai aplicar, porque depende muito de quem vai aplicar, da disponibilidade de ouvir. Essa disponibilidade está no corporal, no

tom em quem faz a pergunta. Eu digo corporal assim, postura corporal, se você faz uma pergunta, querendo ouvir, é diferente de quando você faz não querendo ouvir a resposta”. M8

“Eu não tenho assim uma consulta com os tópicos onde eu vou direcionar para isso ou aquilo. Depende de como o paciente traz e se eu percebo na queixa, na história, na forma do adoecer uma ligação com isso. Aí eu insisto mais, como ele percebe o problema, se ele vem quando ele está há mais tempo numa situação de estresse ou de fragilidade. Se ele percebe que acentua o problema, como ele pode trabalhar isso e aí eu vejo mais por aí, mas eu não tenho para todo paciente uma consulta, digamos assim(...)”M7

Além disso, estes médicos do setor psicossocial ofereceram exemplos esclarecedores de situações deste tipo de investigação em outros contextos, onde realizaram consultas, já que eles não atendem no ambulatório desta instituição:

“Por exemplo, dispnéia é uma queixa que nem sempre é do bio, então até a gente entender o que a pessoa está trazendo como falta de ar, o que a pessoa está relatando, e aí você percebe que tem muitas vezes aquilo que a gente chama em medicina de dispnéia suspirosa que tem a ver muitas vezes com o momento que a pessoa está passando. Às vezes, a pessoa que está separando do marido, a pessoa que perdeu o trabalho, a pessoa que está com LER e aí está sem um projeto, um direcionamento para a vida, ou a pessoa que está na maturidade e não está sabendo lidar com isso, não está sabendo lidar com os filhos. Então, dispnéia é um sintoma que me leva sempre a entrar na história, principalmente se não está acompanhado de outros sintomas, de pesquisar isso. Outra é a tosse seca, se não está acompanhada de outros sintomas, e ao exame físico e em toda a pesquisa não tem uma causa maior, eu vou ficar em observação desse paciente, mas eu vou também pensar numa condição psicossomática. Então, na minha área dispnéia e tosse são os maiores, que eu me lembre agora”.M7

“Uma vez eu atendi um garoto num ambulatório, ele tinha uma tosse que não cedia e, dois ou três dias antes de começar essa tosse, o pai dele tinha morrido de infarto dentro de casa, praticamente brincando com ele. O pai passou mal e morreu e, com três dias, o menino começa com a tosse. Foi diagnosticado uma sinusite, eu estava lá investigando, aí a mãe ‘Oh doutora, eu queria te contar que o pai dele morreu’. Eu recomendei que esse garoto fosse para a psicoterapia, tinha quatro anos e precisava de uma ajuda. Ele está com o sintoma e para mim está claro e óbvio, ele tem mil coisas aí para trabalhar e que têm que ser trabalhadas agora, antes que haja um recalque.” M8

Vamos analisar agora questões como a que já consideramos anteriormente da prevenção e promoção à saúde, debruçando-se um pouco mais na preocupação sobre a educação em saúde e, depois, iremos discorrer sobre as dificuldades encontradas na prática desta abordagem na instituição investigada, com possíveis sugestões para melhora.

O roteiro da investigação psicossocial, esta forma de questionamento sobre o que o paciente pensa sobre sua enfermidade, apresenta também pontos de encontro com as ações educativas em saúde, já que o mesmo necessitará de esclarecimentos para dúvidas, transcendendo a escuta e acabando em um diálogo de orientação médica. Este diálogo educativo é tecido nas teias da participação do paciente e do médico na investigação da enfermidade em questão, no cenário da dimensão psicossocial. Esta dimensão psicossocial quando assimilada na condução do atendimento médico figura como contexto onde ocorre a ação dialógica tão esperada para realização das práticas ideais de educação em saúde.

É bem verdade, que a inclusão da dimensão psicossocial não deve ser apenas um item de investigação de uma ficha, como estes médicos vêm trabalhando com seus alunos, mas implica em mudanças mais profundas na forma de percepção do adoecimento de maneira integrada do biopsicossocial e até na forma de se relacionar, observar e dialogar com o paciente. Mas podemos afirmar que, a partir do momento em que se conduza o atendimento médico nesta forma de abordagem, isto implicará em medidas educativas no processo dialógico. A construção de uma melhor relação com seu paciente e a percepção do ponto de vista deste sobre sua enfermidade vai envolver questões ligadas às ações educativas em saúde, utilizando-se destas para auxiliar na mudança e desenvolvimento de hábitos mais saudáveis, ou seja, comportamentos transformados de ambos os lados que envolvem o diálogo da educação em saúde (ALVES, 2004), que acontecem neste contexto da integração biopsicossocial. Um exemplo disso encontra-se nesta citação:

“Uma investigação psicossocial, na verdade... eu tinha acabado a formação em psicossomática e como psicossomática ainda continua sendo uma área restritiva, nós abrangemos para a área psicossocial também, já que o social é muito importante; não só o social como o cultural e até mesmo o espiritual, no sentido do espiritualismo. Então, na verdade a proposta foi ter uma percepção do paciente, de como ele se vê como um todo, como é que ele vê o problema dele, como é a percepção dele da doença em si, como também a percepção disso nas relações dele... e quanto isso poderia influenciar no tratamento, não só na abordagem do médico que vai avaliar de acordo com as crenças desse paciente, que vai passar também pela cultura dele, pela função social, mas, sobretudo sobre as crenças em relação a isso, para ajudar numa abordagem melhor desse paciente, até mesmo na abordagem educativa e ao mesmo tempo ver como poderia melhorar a aderência desse paciente a qualquer proposta terapêutica”  
M3

Este pano de fundo da integração biopsicossocial ou bio-psico-sócio-cultural-espiritual, onde ocorre também o processo dialógico da educação em saúde, apresenta, na nossa opinião, quatro estágios. O quarto estágio será descrito posteriormente ao final deste item, e os três primeiros já foram citados na parte teórica, ao abordar o trabalho de Alves (2004), quando esta descreve os três grupos de médicos de sua pesquisa sobre educação em saúde. Estes três grupos de médicos encontrados na análise desta pesquisa são: os que se restringem na consulta à queixa do paciente e a questões biológicas de exames e prescrição de medicamentos, onde os aspectos psicossociais limitam-se perguntas esporádicas; os que realizam uma anamnese extensa, incluindo outras questões que não só a queixa principal, mas com abordagem superficial do psicossocial, sem assimilação desta dimensão na condução da consulta; e o terceiro grupo, que apresenta uma escuta compromissada e abordagem do psicossocial de maneira assimilada na condução da consulta.

Em que grupo estariam os alunos desta instituição? E em que grupo estariam os médicos? Iremos responder mais adiante, após analisar as dificuldades encontradas no atendimento médico. Antes, porém, vamos citar mais uma fala sobre esta questão da educação em saúde:

“O que normalmente eu oriento eles, quando chegam aqui, é colocar a percepção que eles têm em relação ao paciente como item. O segundo item seria perguntar ao paciente, ver como o paciente enxerga o seu problema. Então, por exemplo, eles chegam com uma sintomatologia de hipertensão, então o que é para ele hipertensão, é uma doença fatal, eles estão fadados a ter que usar medicamento a vida inteira, a ser limitado por causa disso, e observar se ele se utiliza disso para ganhos secundários familiares.” M3

A investigação psicossocial quando passa por estas questões de perceber a opinião do paciente sobre sua enfermidade e considera o que ele quer saber sobre o assunto, confunde-se com ações educativas sobre a doença em questão, neste caso, a hipertensão. Esta forma de investigação deságua na proposta dialógica de educação em saúde considerada por Alves (2004), onde para se estabelecer um diálogo é preciso se estimular a autonomia do paciente, a fim deste refletir sobre a experiência e reconhecer suas condições para buscar saídas e transformar circunstâncias da vida. Vasconcelos (2006) completa que a palavra que transmite o conhecimento deve estar integrada à dimensão emocional na ação educativa, incentivando neste processo a se

conhecer aspectos dos sentimentos, inclusive inconscientes e questões simbólicas da expressão da narrativa do paciente.

Considerando agora as dificuldades encontradas por estes médicos, exceto o administrador e o diretor, na realização desta investigação psicossocial, podemos citar a formação do vínculo de confiança necessário como um dos primeiros citados. A queixa que eles trazem é sobre o tempo de permanência de cada turma de alunos ser de apenas dois meses, o que dificulta a constituição deste vínculo.

Já consideramos sobre o tipo de vínculo que necessita existir para uma melhor investigação psicossocial, ou seja, que precisa ter, tanto um tempo maior para atendimento, como também outros encontros, ao invés de uma única consulta, a fim do paciente relaxar e confiar mais no médico e, caindo as máscaras, possa realmente contar o que se solicita ou ter mais consciência, com a ajuda do médico, considerando também a opinião de quem realiza esta investigação psicossocial. Sabe-se que o tempo de atendimento no local é de uma hora ou até mais, a depender da quantidade de pacientes que os alunos vão atender naquele turno, que não ultrapassam de quatro. No entanto, vamos ver adiante que este tempo não está sendo bem utilizado para possibilitar esta investigação. Além disso, na consulta de retorno, que deveria fortalecer o vínculo com os pacientes, estes nem sempre retornam no tempo de dois meses, que é quando os alunos mudam. Podemos ver esta dificuldade do retorno e do tempo de atendimento nas falas seguintes:

“Isso não é coisa que você consiga em uma consulta, é isso que eu estou me debatendo, aquilo foi colocado, mas não dá para se fazer em uma consulta (...) Para se chegar a um diagnóstico, ter segurança na conduta que eu vou tomar. Então isso aí demanda um tempo enorme. Então, para ainda ir pra uma abordagem psicológica; e outro fator que eu acho extremamente limitante é que esses alunos têm um tempo relativamente curto aqui, são dois meses e o retorno desse paciente muitas vezes não ocorre nesse tempo, então não tem como você criar um vínculo terapêutico com o paciente para que você possa fazer uma abordagem mais profunda”.M3

“(...) por mais que você fale com ele o que você quer que ele coloque ali naquele espaço, ele não sabe nem como abordar o paciente. É necessário que o paciente tenha um tempo pra falar e a gente não dá esse tempo, a gente vai perguntando ao paciente e ele vai respondendo. Raros são os casos que o paciente já coloca a questão psicológica(...) Tem que ter um tempo de conhecimento daquele paciente, tem que ver o paciente mais vezes. Teve um aluno que me falou que só viu um paciente uma única vez; quando vai ser atendido de novo já é por um outro aluno, não tem uma seqüência de pensamento(...)”M3

Esta questão da dificuldade no vínculo pode ocorrer, devido à estruturação do atendimento clínico e à demanda muitas vezes alta, em qualquer local de atendimento, mas nesta instituição realmente é um dos problemas difíceis de resolver, tanto pela demanda alta quanto pela turma de alunos mudar a cada dois meses e nem sempre atender aquele paciente em retorno, pois às vezes ele não retorna, ou demora, por intercorrências e dificuldades de conseguir exames e/ou medicamentos. Uma sugestão que oferecemos é que o médico ou aluno da instituição possa marcar junto com o paciente a consulta de retorno (normalmente ele marca sozinho na recepção), para agilizar esta possibilidade de retorno em tempo hábil e dando preferência ao mesmo médico que o atendeu. Mesmo que isto não ocorra sempre, não impede de se formar um vínculo possível de obter algumas respostas numa única consulta, só que de forma menos aprofundada. Por isso, alguns médicos sugerem que se investigue nesta primeira consulta questões sobre a percepção do paciente nos pontos que mais interessa de acordo com as suspeitas pela enfermidade que se apresenta, situando-a no contexto do paciente e situando a história da doença numa breve história de vida atualizada, sabendo que problemas de relacionamento, por exemplo, quando perguntados, nem sempre são colocados com veracidade num primeiro encontro. Para tanto, o médico terá que utilizar algumas técnicas psicológicas de escuta e observação para acessar esta experiência da enfermidade, tentando sentir mais sem perguntar tanto (entrevista semidirigida), de maneira a ser mais eficiente em obter as informações necessárias sobre a percepção do paciente e a sua percepção sobre o paciente, observando também outras questões que não envolvem apenas a queixa principal, sabendo até onde ele, como médico, pode ir, aprofundando a depender de sua trajetória profissional.

Ainda nesta dificuldade do tempo de atendimento, os médicos colocam que, apesar de longo, é muito utilizado para a investigação dos dados biológicos da ficha, que é extensa e que acabam se preocupando mais em chegar a uma formulação diagnóstica precisa, já que estão orientando alunos no atendimento, do que na realização da investigação psicossocial. Os professores pontuam suas dificuldades com a atenção dos aspectos psicossociais, quando necessitam, muitas vezes, se ocupar, no contexto da instituição, de forma restrita aos aspectos biológicos, até por lidarem com riscos de vida.

“Os pacientes que têm aqui são pacientes com um grau de complexidade muito grande, são hipertensos, diabéticos, cardiopatas, que têm uma série de patologias



que precisam ser bem estudadas e aqui eu tenho que me deter realmente ao biológico”.M3

Será que estas patologias não apresentam complexidade justamente por envolverem aspectos psicossociais imprescindíveis ao tratamento? A dificuldade não ocorre justamente por estar ocorrendo, na prática, uma separação do biológico e o psicossocial?

Riechelmann (2000) considera que o “atendimento psicossomático favorece maior eficiência de diagnóstico” (p. 195), devido à quantidade e qualidade dos dados disponíveis sobre o paciente. Isto estimula um raciocínio clínico que integra informações a nível biopsicossocial, que implica, apesar do maior tempo dispendido no atendimento, em alívio do sofrimento do paciente nos primeiros atendimentos e resultados mais favoráveis.

“Os alunos vêm, no máximo, uma abordagem biomédica e social, vêm as questões sociais do paciente, se ele tem dinheiro para comprar os remédios (...) vê como é a questão familiar dele e muito especificamente porque não dá tempo, eu tenho “X” pacientes para atender, você está aqui sozinha para discutir com “X” alunos e a parte biomédica é a parte que predomina, é a parte que você tem que dar conta porque se ela falhar, tudo acabou (...) a parte biológica é fundamental, porque se um paciente desse morrer devido a algum tipo de erro a questão é nossa, então ela é priorizada sempre.”M3

Esta quantidade de pacientes que esta fala chama de “X”, na prática é doze por turno, não passando de quatro por aluno, o que vai variar é a quantidade de alunos que estão atendendo no momento, o que varia de dois a três alunos por professor, não ultrapassando, em sua maioria, de seis alunos. Será que esta questão do tempo de atendimento é mesmo tão problemática, já que a pesquisadora observou e registrou no diário de campo que os atendimentos muitas vezes encerravam mais cedo do que o encerramento do turno de trabalho? Um dos administradores acredita que este não seja o maior problema, e sim a questão da resistência dos alunos (impressão coletada em contexto informal fora de entrevista) juntamente com o fato de o professor acabar cedendo e não preocupar-se tanto com esta questão psicossocial como deveria. A fala já citada do médico M5 exemplifica esta questão:

“(…) A maioria, por mais que seja cobrado, não tem a paciência de querer fazer(...) também é um pouco, parte, culpa nossa, porque a gente fica às vezes entre a cruz e a espada, se a gente for fazer, aquele lance, a primeira ficha ela é extensa(...)”M5

A anamnese mais uma vez é referida como sendo extensa, apesar do longo tempo de atendimento. Este mesmo médico coloca ainda outra dificuldade:

“No meu caso, especificamente que é o paciente ginecológico, ele é mais demorado, ele é mais privativo e tem mais dez pacientes lá fora e o paciente querendo discutir e paciente com impaciência, impaciência do aluno e demora do aluno de atender. Há casos que você tem que re-examinar o paciente, então são várias coisas que envolvem”.M5

Outra dificuldade encontrada é a falta de revisão de prontuário. Os professores colocam que os alunos sequer olham as fichas preenchidas para dar um seguimento e operacionalizar o tempo, nem tampouco lêem a história de vida, no caso de estar no prontuário, a qual pode auxiliar nesta questão psicossocial:

“Mal conseguem fazer uma revisão do prontuário antes de atender, que é uma coisa que é cobrada da gente e infelizmente nem sempre conseguimos, tem vários pacientes, na hora que eles chamam para discutir, eu perco um tempo enorme, temos que fazer essa revisão toda do prontuário, porque, na hora em que você pergunta, eles não sabem dizer”.M3

No entanto, mesmo assim, alguns médicos acreditam que, no tempo que possuem, podem realizar uma possível investigação psicossocial, juntamente com a preocupação do biológico, auxiliando no diagnóstico e na atenção de qualidade ao paciente, onde pontua que este trabalho deve continuar pela satisfação que deve se dar à comunidade:

“O tempo longo facilita, porque a demanda é grande, mas, ao mesmo tempo, tem um número limite de pacientes. Você não atende aqui vinte pacientes, vai chegando, vai atendendo, tem um número máximo(...) Esta investigação, deve continuar fazendo, o objetivo não é só o ensino, é a assistência também, a gente não está aqui fazendo as pessoas de cobaia.”M6

Podemos considerar, após o que foi visto, que a maioria dos alunos da instituição atendem no segundo modelo citado por Alves (2004), com grandes momentos de preocupações enfocadas no biológico e na sua extensa anamnese, mas realizando superficialmente esta investigação psicossocial (quando realizam), apesar do modelo educativo que o local tenta almejar. A ficha criada pelos médicos professores com a investigação psicossocial visa que os alunos possam apreender o modelo de atendimento do terceiro grupo de análise de Alves (2004).

Iremos voltar a este assunto no subtítulo que trata da percepção dos professores sobre os alunos. Podemos ilustrar esta classificação dos alunos com a opinião de um dos médicos que considerou que, eles podem até estar tentando realizar a anamnese com um enfoque preventivo e medidas educativas, mas ocorre de uma maneira menos profunda e sem grandes alterações no padrão do modo de abordar o paciente, ou seja, a integração biopsicossocial no atendimento ainda está longe.

“O paciente chega aqui cheio de questões orgânicas, o que a gente faz a mais é que a gente se preocupa com a promoção da saúde e prevenção. Além de ver as queixas físicas que o paciente tem, nos preocupamos em orientar ele em esquema vacinal, exames preventivos pra idade e sexo. Então tem essa abordagem que é um pouco mais ampla do que a abordagem médica habitual, mas daí a se pensar em uma abordagem psicossomática, biopsicossocial, sociocultural, isso está muito longe”.M3

No caso dos médicos da instituição, eles demonstram estar se esforçando para ocorrer esta integração biopsicossocial, ao apresentarem a investigação psicossocial como item na anamnese. No entanto, na prática se encontram divididos entre o segundo e o terceiro estágios de integração, por estarem adequando-se à estrutura de atendimento do local e dependendo dos alunos no atendimento. Eles apresentam uma maioria de falas que apontam sensibilização e preparo deles para atenderem no terceiro estágio, alguns mais preparados que outros. Contudo, revelam algumas contradições quanto ao que realizam na citação dos casos práticos no atendimento, que iremos citar em outro item. Isto significa que eles podem passar para o terceiro estágio se conseguirem se organizar melhor no que seja esta abordagem da dimensão psicossocial e se esforçarem um pouco mais para realizá-la. Para tanto, dependerá também de mudanças na estrutura do atendimento, algumas difíceis de ocorrer agora, e também no preparo maior dos alunos, que dependerá da formação médica e também da sensibilização de cada aluno. Kleinman (1988) alerta para a coerência entre as mudanças ocorridas na educação médica que devem ser seguidas de mudanças institucionais e políticas, o que implica num novo modelo de atenção.

Neste caso, além da instituição se esforçar para esta integração ocorrer (já que a administração demonstra visível interesse), faz-se necessário uma maior sensibilização na educação médica e por parte dos alunos, concorrendo conjuntamente com fatores políticos, inclusive na redução da alta demanda espontânea, com a implantação do PSF neste local, por exemplo, e pela maior ajuda com recursos.

Voltando à questão dos professores se situarem entre o segundo e terceiro estágios, fica difícil visualizar esta integração biopsicossocial enquanto a prática destes estiver adaptada a esta estrutura atual de atendimento e com este perfil de alunos atendendo. Estes se encontram, portanto, situados mais para o segundo estágio, no entanto, de forma mais avançada que no caso dos alunos. Todos os médicos acreditam que não é tão simples quanto se pensa o preparo deles para esta integração biopsicossocial. O preparo deles vai variar, como já citado, de acordo com o tempo que se tenha para atendimento, o vínculo que possuem com o paciente, a formação médica, o treinamento e a experiência a partir de cursos preparatórios para esta abordagem, a importância que ele dá para esta questão na sua prática profissional, o tipo de aprofundamento destes cursos citados e seu processo de autoconhecimento (inclusive se fez psicoterapia).

A formação médica voltada para o orgânico foi citada pelos médicos como grande obstáculo para alcançar esta integração, já que esta poderia preparar melhor os alunos para lidar com esta situação psicossocial. Apesar disto, os médicos reconhecem alguns avanços no ensino da psicologia médica atual, mesmo sabendo que muitos alunos reclamam da forma como é ensinada. Isto será também discutido no item sobre a percepção dos professores sobre os alunos. Iremos exemplificar este ponto com algumas falas:

“A gente tem um curso que é altamente voltado pra o orgânico, esquece da psique do paciente. Eu acho que seria essa a oportunidade, com o cuidado de como seria feita essa abordagem, porque eles vivenciam situações, a impressão que a gente tem da forma de ensino é que tem uma repulsa muito grande à psicologia. A imaturidade é um fator e a forma como é passada a psicologia pra eles é outro”.  
M5

“Eu não conheço a grade de psicologia médica, mas eu acho que, às vezes, você pega um psicólogo para ensinar a um médico ‘Ele precisa saber isso, precisa saber isso’... mas, do ponto de vista de um médico é assim que eles precisam aprender, pelo menos as queixas que eles colocam, os estudantes, é que a gente quer formá-los psicólogos.” M8

A maioria dos médicos levantaram a questão dos limites do médico nesta investigação psicossocial no contexto de uma consulta médica, independente de ser no ambulatório ou no atendimento domiciliar, apesar de ressaltarem a importância desta integração corpo-mente e da percepção do ponto de vista de seu paciente como auxiliando no processo de melhora do relacionamento médico-paciente, assim como a melhora desta relação favorece o ambiente para esta abordagem biopsicossocial. Mesmo assim, eles consideram que esta integração

biopsicossocial demanda conhecimentos que nem sempre uma pessoa consegue ter. Peixinho (2001) lembra do excesso de conteúdo que vem ocorrendo no acréscimo de disciplinas isoladas na educação médica, ao invés de integrá-las numa abordagem interdisciplinar. Assim, deve se procurar este olhar inter/transdisciplinar na medida do possível, sabendo da limitação da experiência de cada um. A abordagem biopsicossocial, ou melhor, bio-psico-sócio-cultural-espiritual é difícil, segundo visão de alguns, mas não impossível. O médico não precisa se tornar psicólogo, psicoterapeuta ou psicanalista. Quando for necessário o aprofundamento desta questão psicossocial, ou quando a ênfase do problema for o psicossocial, quer dizer, situações mais psico-relacionais do que orgânicas, bem como as de sofrimento mental, isto não é da competência do médico, a não ser que este decida tornar-se psiquiatra ou psicoterapeuta; caso contrário, o encaminhamento ao psicólogo torna-se imprescindível. O trabalho, então, será conjunto, na interdisciplinaridade médico-psicólogo (RIEHELMANN, 2000).

“É muito conteúdo, você precisa ter uma bagagem muito grande pra ter uma visão global. Você consegue definir assim, é um paciente que tem um quadro depressivo, tem um quadro emocional, uma questão familiar importante pra ser resolvida, mas daí a você traçar um método para resolver, sai completamente do setor que é ambulatorial”.M3

“Tem as cólicas pré-menstruais, tantas outras coisas que você tenta orientar como lidar com aquilo, mas termina não abordando a causa emocional do problema básico, porque, para isso, precisa de uma técnica de abordagem também. A gente faz o trabalho de ouvir o paciente, deixa ele descarregar suas ansiedades, dá uma orientação em termos de comportamentos que possam melhorar aquilo ali, mas, se tiver algo no inconsciente perpetuando o problema, é mais complicado de abordar no âmbito da consulta médica.” M6

“Nesse caso você tende a perceber até onde vai o seu limite de atuação enquanto profissional. Então depende, se você tem um indivíduo no processo reacional, um processo que você pode perfeitamente acompanhar, aí é uma coisa. Outra coisa é você identificar uma patologia básica, o componente psíquico de alta complexidade que acompanhe esse indivíduo há algum tempo, que vem interferindo muito no processo de vida dele, que ele precisa da orientação, deve ser encaminhado a um profissional”.M4

Estes médicos se colocam claramente na questão dos limites do médico nesta investigação realizada. Limitações também aparecem no âmbito de atendimento situado no terceiro estágio de abordagem biopsicossocial, mesmo com a presença de um bom vínculo, da escuta e apoio psicológico com acolhimento destas questões psicossociais. Pois, apesar do

desabafo do paciente na inclusão de sua história de vida, com seus sofrimentos e anseios, e orientações envolvendo a participação da família entrelaçados com o processo da educação em saúde, são realmente muitos conhecimentos exigidos para se conseguir esta proposta. Isto vai demandar adaptações possíveis a um mínimo de preparo básico existente na formação médica para este tipo de abordagem almejado. O aprofundamento é que irá variar de acordo com o interesse e a trajetória profissional de cada um. Na prática do atendimento conjunto entre médicos e psicólogos, a necessidade de aprofundamento e de um acompanhamento contínuo, por ter algo no inconsciente perpetuando o problema, implicará no encaminhamento do paciente ao profissional especializado em psicoterapia, mesmo com o preparo mínimo esperado do médico. Este problema se reduz quando se trata de outras racionalidades que não a biomédica, pelo fato destas integrarem mais o corpo-mente em sua formação. Falaremos um pouco mais sobre o assunto adiante.

No caso desta instituição, percebemos pelas respostas que eles mal conseguem fazer uma razoável investigação psicossocial com os alunos, incluindo a história de vida e da doença. No entanto, os professores colocaram que, no aparecimento de questões psicossociais interferindo muito em sua avaliação diagnóstica, estes aprofundam um pouco mais no detalhamento da história de vida, a fim de ajudar neste processo investigativo e, encaminham quando necessário.

“Você percebe pacientes que estão bem, têm uma boa vida sexual e, de repente, diz que reduziu a libido, não quer mais, não tem orgasmo, e, de repente, quando você faz uma história mais detalhada da vida dela, você não vê nada orgânico, mas, quando você vai fazer sobre a vida, questiona os relacionamentos, a vivência, as expectativas, o objetivo de vida dela, você percebe que começa a faltar essas coisas, não tem objetivo de vida, tem preocupações diárias com coisas que ela, por mais que se esforce, não consegue resolver. Quando você vai fazer uma avaliação mais temporal, quando começou esses problemas, você encontra junto o problema da questão sexual e por isso, a gente encaminha.” M5

Este médico nos chama a atenção para o raciocínio que se deve fazer na investigação para integrar a queixa trazida, contextualizando-a na história de vida do paciente. Alguns médicos exemplificaram com casos deste acolhimento que oferecem:

“Então, se é uma mãe que trabalha o dia inteiro e que não tem tempo para nada, quando chega de noite está muito estressada, e tudo que o filho faz está errado, aí eu converso com ela a possibilidade de melhorar essa qualidade de relação: ‘Tudo bem que você tem que trabalhar, fica com ele meia hora todo dia, atenção

ao filho na escola, preocupação com a alimentação’, a criança vai se sentindo bem, ‘ela está trabalhando, mas está cuidando de mim, está pensando em mim’. Ou se a questão é uma problemática no colégio, vê como pode atuar junto ao professor. Se eu vejo que, após dois encontros, vamos dizer assim, a coisa está evoluindo positivamente, mantenho as recomendações e vamos evoluindo e melhorando cada vez mais. Se, na segunda vez, eu vejo que a coisa não evoluiu, eu mando procurar um apoio de alguém que seja mais habilitado, ‘eu acho que a gente está precisando de um auxílio, acho que a gente não está conseguindo ir no fundo da questão, então vamos buscar um auxílio’.”M1

“Quando se tem uma criança com úlcera, lógico que vai se verificar fatores relacionados com o sistema gastrointestinal que sejam motivadores, mas uma úlcera é uma doença que, numa criança pode ser por causa de um estresse exagerado a que ela foi submetida. Do ponto de vista da convivência familiar, uma agressão física, maus tratos, ou até mesmo o estresse por uma doença prévia, alterou o psíquico, seu equilíbrio, e levou a um caso de úlcera. Por exemplo, eu vou tratar a úlcera logicamente, mas eu vou nesse caso tentando equilibrar os fatores que estão causando estresse. Então, eu vou pesquisar os fatores familiares, a estrutura da família, a maneira da atividade escolar, como é que está o ambiente escolar, como é que se comporta, se tem pessoas que despertam medo... se há tristeza(...) se possível orientar a família. Se não for possível, buscar a ajuda de um profissional, psicólogo, num caso onde haja um comprometimento maior para que ele seja acompanhado.”M1

Alguns médicos acreditam que, na forma como é utilizado este tempo de atendimento de que dispõem e, nesta estrutura, fica difícil chamar a família e/ou coletar maiores detalhes na investigação psicossocial, além de algum tipo de acolhimento. Portanto, encaminham logo no início:

“Na minha parte eu poderia conversar com ela, mas como o tempo é pequeno, não existe esse tempo aqui determinado para isso, teria que entrar em detalhes, chamar a família para saber como é a inserção no ambiente (...) porque, às vezes, a mãe nega: “Ele vive bem, não tem problemas”. E, às vezes, aquela criança apanha, é uma criança que a mãe não dá atenção a ela, a criança não tem lazer, uma criança que não se deixa ir para rua ter contato com outras crianças, então precisaria de um tempo para isso. A gente aqui não tem tempo, a gente faz o atendimento e os encaminhamentos (...) com a terapia ela vai buscar toda a história da família que a gente não faz aqui.”M2

Estas falas nos permitem concluir que a investigação psicossocial tem sido realizada de maneira superficial no ambulatório da instituição, mesmo no aprofundamento possível. Muitos médicos acabam encaminhando sem grandes acolhimentos, o que também nem sempre conseguem. Ou seja, este acolhimento e encaminhamento são vistos por eles como ainda fracos (vide item sobre referência e contra-referência).

Apesar disto, podemos ver na fala de alguns médicos, o esforço para se arranjar um pouco mais de tempo e constituir um vínculo possível para realização de algum acolhimento, a ponto do professor fazer questão de atender o paciente. Este mesmo caso citado será também explicitado no item sobre relatos de casos acompanhados:

“Toda paciente que eu sinto que está insegura, eu trago ela pra perto de mim mais vezes. Essa fui eu que atendi a primeira vez, sozinho, antes de deixar o aluno atender. Toda paciente que a gente observa que tem uma necessidade um pouco maior, principalmente do ponto de vista psicológico, e que precisa um pouco mais de amadurecimento e de proximidade com o paciente, até a figura de segurança que a gente sabe que é bem maior no professor do que no aluno. Essa eu fiz questão, essa eu atendi a primeira vez, mas amadureci ela e disse que ela poderia ser atendida por um estudante, mas que eu estaria ali o tempo inteiro, ela sabe que eu estou sempre perto. Já aconteceu isso outras vezes, já acompanhei paciente com depressão diagnosticada, usando medicação (...) eu tive que reduzir a medicação, e essa eu tinha que parar todo o momento, toda consulta a gente tinha que ficar um tempo sentado pra discutir os sentimentos dela durante a semana. Ela dizia pra mim que tinha medo do que ela chamava de pensamento de besteira, quando ela pensava em suicídio. Era uma paciente que eu tinha um vínculo muito próximo, eu a chamava de bombinha, porque era gordinha. Depois pariu, deu tudo certo, depois voltou o tratamento com psiquiatra. Ela pariu e conseguiu se manter com uma só das medicações, o psiquiatra mandou um relatório pra mim dizendo que tinha “medo” dela e ela dizia que tinha necessidade de estar perto de mim pra não pensar besteira. Ela conseguiu evoluir, pariu numa boa, até porque ela sempre liga pra mim na época do aniversário do menino.”M5

Lembrando a questão interdisciplinar citada do psicólogo atendendo em trabalho conjunto com o médico, o qual iremos detalhar um pouco mais em outro item sobre a interdisciplinaridade, podemos citar mais duas falas sobre este encaminhamento:

“... o médico, ele pode dizer ‘a minha dificuldade com este paciente é que ele não consegue aderir à terapêutica, porque não tem uma percepção adequada da doença, porque ele tem fatores emocionais que são priorizados em detrimento ao orgânico. Ele tem fatores sociais que não permitem ir ao tratamento, então qual a ajuda que o psicólogo pode trazer e o feed back disso... isso não é só papel do psicólogo, mas também do médico.”M3

Esta última fala de um dos administradores traz, além desta questão, a maneira adequada de se lidar com um paciente onde não se encontra “nada” nos exames no processo diagnóstico:



“O doente é extremamente sintomático e todos os exames são normais, ele é considerado como um portador de algum desequilíbrio mental, que não está sabendo lidar com os seus conflitos. Aí a gente vai ver, se é uma situação que tem como ser conduzida pelo médico clínico, preferencialmente esse médico clínico tem que contribuir, desde que ele tenha um sistema de competência. Quando o caso é mais grave, a gente vai ter que encaminhar sim para a psicologia preferencialmente, para uma psicoterapia, mas o ideal é que a gente trabalhasse em equipe (...) Tem casos que é fundamental o psicólogo, ou o psiquiatra, então essa clareza dos limites de competência e a busca de reduzir a fragmentação, a equipe de saúde deveria ter”.M9

Para encerrar esta discussão da investigação psicossocial, ou melhor, inclusão da dimensão psicossocial na condução da consulta médica, gostaríamos de lembrar das contribuições de outras racionalidades, como a consulta homeopática e da medicina chinesa. Consideramos estas racionalidades médicas como estando num quarto estágio de integração, já que elas integram os fatores biológicos, psíquicos, ambientais, sociais, culturais e espirituais, assimilados na condução de suas consultas, de uma forma peculiar, onde os aspectos psicossociais são fundamentais para o diagnóstico e tratamento do sujeito, bem como, no caso da consulta homeopática, de encontrar o melhor medicamento.

O roteiro de investigação que guia a consulta biopsicossocial da homeopatia consta das seguintes questões segundo Boenninghausen (*apud* MONTEIRO, 2005):

- 1) Quem – Como se apresenta o doente, antes e depois de adoecer? Como se sente e aos que o rodeiam? (relações interpessoais) Como poderia ser caracterizado psicoemocionalmente (medos, angústias, tristezas, ansiedades, raivas, desejos, sonhos)? Como está sua religiosidade e o que pode transtorná-lo? O que o marcou positiva ou negativamente antes ou depois de adoecer? Etc.
- 2) Que – Quais são suas queixas? O que o leva a procurar um médico?
- 3) Por que – Quais as causas internas, externas, orgânicas ou emocionais que o levaram a adoecer?
- 4) Onde – Em que lugar ou lugares em si mesmo, ele sente o incômodo, como se manifesta?
- 5) Quando – Em que momento? (dia, estação do ano, ciclo lunar ou menstrual)
- 6) Como – O que pode melhorar ou agravar seus sintomas?

- 7) Que mais sente concomitante ou alternante com seu adoecimento? Se já teve estas sensações em alguma outra circunstância?

Claro que estas questões podem também auxiliar no direcionamento e organização da investigação psicossocial nesta instituição, se adaptadas ao contexto do atendimento local, da doença em questão, do paciente atendido e da consulta biomédica. A homeopatia possui todo um corpo teórico e prático biopsicossocial, mas a contribuição de outra racionalidade médica pode auxiliar no que posso pegar emprestado da formação homeopática, mesmo não sendo homeopata.

A formação médica deveria integrar estas racionalidades de maneira a orientar no que cada uma pode contribuir na saúde do ser humano, independente da racionalidade escolhida para aprofundamento. Neste caso, a consulta homeopática estará auxiliando em algumas destas questões para construção de nosso roteiro psicossocial. Claro que a mera sobreposição de itens não garantem a integralidade da consulta, se não ocorrer uma interpenetração dos mesmos, tendo por base uma teoria norteadora, como neste caso é a homeopatia. Este roteiro será colocado ao final deste item que poderá servir apenas de bússola. No entanto, no caso desta instituição, é importante ocorrer reuniões para que se possa integrar, discutir e sistematizar o que seja um roteiro para esta investigação que criaram.

No caso da consulta da medicina chinesa, esta também integra o corpo e a mente, apesar de não se aprofundarem tanto em questionamentos. Observam através da inspeção na aparência, audição e olfação, sensação ao palpar o pulso, realizam também uma escuta do paciente na anamnese. O diagnóstico percorre todo o corpo e observa algumas partes que oferecem a visualização do corpo inteiro, como as mãos, pés, orelhas, língua e olhos. Na anamnese, observam a voz e jeito de falar, bem como questionam sobre como aconteceu a patologia, as condições de vida do paciente, o meio ambiente e familiar (relações interpessoais). O objetivo da anamnese é investigar a causa da patologia junto com o paciente. Suas questões envolvem tópicos extensos que vão ser abordados de acordo com a situação, no que se acredita ser relevante ao contexto da doença e do paciente. Estes tópicos são: calafrio e febre, sudorese, cabeça e corpo, tórax e abdome, alimentação, fezes e urina, sono, ouvidos e olhos, sede e líquidos, dor. O conceito de sinais e sintomas é mais amplo do que na medicina ocidental, não podendo estar isolados e incluem situações que não consideramos necessariamente como patológicas. Todo o corpo e o estado mental pode estar refletindo o que ocorre internamente e

deve ser investigado para o padrão diagnóstico final. O espírito também aparece como indicador de vitalidade, estado mental, emocional e espiritual. Determinados órgãos são associados a determinadas emoções, diante dos cinco elementos da natureza em que trabalham (água, terra, fogo, madeira, metal), os quais definem características de personalidade e tipos psicológicos específicos, integrando a observação do corpo com o estado emocional. Esta forma de consulta não trabalha tanto o discurso do paciente, mas esta integração do corpo e mente na condução desta é o que nos chama a atenção. Seus tipos psicológicos e associação de determinadas emoções com órgãos específicos, podem oferecer algumas pistas para elucidação das mensagens inconscientes presente nas metáforas das doenças.

No entanto, Riechelmann (2000) lembra que o trabalho com tipos psicológicos deve ser no sentido dinâmico de que, uma intensidade maior de determinadas características psicológicas contribuem para propensão a determinadas moléstias, enquanto probabilidade por concomitância de fenômenos. Acreditamos que estes tipos psicológicos estejam contextualizados diante de uma história pessoal, ressaltando a singularidade e dinâmica psíquica de cada pessoa, evitando abordagens generalizadoras das ciências naturais ou a possibilidade de conceitos puros e estáticos de personalidade.

Finalmente, chegamos ao momento de nossa sugestão de roteiro psicossocial. Para tanto nos utilizamos também de um questionário construído (vide anexo III) para a disciplina de Propedêutica, que a maioria destes médicos conheceram quando a cursaram. Este questionário nos foi apresentado a partir da fala de um dos médicos investigados e, apresenta questões que envolvem o perfil do paciente e avaliação dos aspectos psicodinâmicos do processo do adoecer.

O perfil da pessoa atendida consta de questões sobre sua imagem corporal (como o indivíduo vê o seu corpo, o que admira e o que rejeita, cuidados que toma com seu corpo, inclusive higiene), auto-imagem emocional (medo, raiva, tristeza, alegria e outros, bem como o estado de humor), repouso, sono (se reparador, sonhos, agitado, sonambulismo, insônia, ronco), trabalho (condições, grau de satisfação, relação com colegas e superiores), lazer, prazer (inclusive sexual), vida afetiva (companheiro, filhos, parentes, amigos), atividade física, diagrama das relações e história de vida (fatos relevantes das etapas do desenvolvimento, situando as relações familiares, traumas e punições da infância, iniciação sexual e busca de identidade na adolescência e participação em decisões e cuidados na terceira idade). A avaliação psicodinâmica envolve a percepção do estar doente e reações frente à doença, ou seja, como descobriu a doença, como se

sente estando doente e o que pensa sobre a doença. Observa também os fatores relacionais que exacerbam ou minimizam os sintomas, o que se perde ao estar doente, como se era tratado na infância e atualmente quando doente e o que se gostaria de mudar na vida pessoal no momento. Além disso, o questionário oferece duas escalas para avaliação do humor e do ronco, que não vamos considerar aqui.

Nesta sugestão de roteiro, agrupamos todas estas questões consideradas, a partir deste questionário e acréscimo de outras, inclusive da consulta homeopática. Vamos organizar tudo por itens abaixo relacionados:

- Perguntas envolvendo a auto-imagem corporal, o que admira e o que rejeita em seu corpo no momento, cuidados que toma com seu corpo, acrescentando aspectos da queixa trazida, perguntando em que lugar, ou lugares, em si mesmo ele sente o incômodo e como se manifesta;
- O item de auto-imagem emocional envolveria as emoções e o estado de humor; que emoções o incomodam mais no momento, que ele acha que possui ligação com a doença que traz;
- Haveria a avaliação psicodinâmica ou como o paciente se sente estando doente e o que pensa sobre a doença, como a descobriu. Além disso, o que o marcou positiva ou negativamente antes e depois de adoecer, tentando buscar causas ligadas ao adoecimento no corpo e na mente/emoção/espírito, de maneira a observar o que aconteceu internamente (como reagiu e estado emocional) e externamente (acontecimentos, relações interpessoais, questões ambientais, exposição a fatores de risco com relação à doença que apresenta) e percebendo como vivencia a coerência entre estes estados. O que pode melhorar ou agravar seus sintomas e que mais sente concomitante ou alternante com seu adoecimento e se já teve estas sensações em alguma outra circunstância;
- Os aspectos relacionais (inclusive sexual) seriam vistos no que exacerbam ou minimizam os sintomas, o que se perde e se ganha ao estar doente, como se era tratado na infância e atualmente quando doente. Como estão suas relações de maneira geral e como sente aos que o rodeiam, que pessoas estão mais presentes neste processo de maneira negativa e positiva antes e depois do adoecimento;
- Como está sua religiosidade, suas crenças espirituais e projeto de vida, o que se gostaria de mudar na vida pessoal no momento;
- No trabalho se perguntaria sobre as condições deste, seu grau de satisfação e a coerência entre o que se apresenta neste e o que sente de satisfação, no que possui ligação com o adoecimento. O

equilíbrio entre trabalho e repouso, além do equilíbrio deste com fontes de prazer, inclusive no lazer. Que fatores de estresse identifica em sua vida que tenha a ver com a queixa trazida e como administra;

- Outras atividades como trabalhos comunitários, atividade física, arte. Busca-se alguma atividade física que integra corpo e mente e se costuma meditar ou relaxar a mente;
- Se o sono está sendo reparador;
- A história de vida pode ser sucinta, girando em torno de localizar a história da doença e de outras queixas trazidas, pela questão de operacionalizar o tempo e não pelo fato de se preocupar exclusivamente com a doença, mas de situá-la no contexto mais amplo da vida do paciente.

Temas ligados a como preparar um clima agradável e seguro, mantendo um bom vínculo, a melhor forma de perguntar, observar, saber escutar, lidar com situações inconscientes, devem fazer parte do aprendizado do médico, o que cada um vai aprofundar de acordo com seu preparo e interesse. Algumas técnicas psicológicas podem ser utilizadas, bem como escalas de valor, teorias de tipos psicológicos e associações de emoções inconscientes com determinadas doenças, auxiliando na busca de compreender a mensagem da doença com o paciente. Lembramos que estas questões não devem se colocar como forma de interrogatório sistemático, mas como auxílio para investigar que aspectos psicossociais podem estar associados ou originando a queixa trazida, podendo observar fatores latentes do que vem manifesto pelo paciente (RIEHELMANN, 2000). Aliás, como vimos incentivando a escuta da narrativa do paciente, faz-se necessário perguntar apenas o necessário para a investigação do contexto em questão, sendo sintético, ouvindo e respondendo mais do que questionando, com cuidado para não ser invasivo, nem cansativo.

Abaixo apresentamos uma síntese deste roteiro, a fim de auxiliar na operacionalização do tempo curto que o médico conta para observar tanta coisa, sabendo que este servirá apenas de base para observação mais do que para se questionar todos estes itens de maneira cansativa:

Em que lugar ou lugares em si mesmo, ele sente o incômodo e como se manifesta. O que admira ou rejeita no seu corpo no momento, que acha que possui relação com a dor que traz. Como se sente estando doente, que emoções o incomodam mais no momento, que acha que possui ligação com a doença que traz e o que pensa sobre a doença e como a descobriu. Além disso, o que o marcou positiva e/ou negativamente antes e depois de adoecer, tentando buscar causas ligadas ao adoecimento no corpo e na mente/emoção/espírito, de maneira

a observar o que aconteceu interna e externamente percebendo como vivência a coerência entre estes estados. O que pode melhorar ou agravar seus sintomas e que mais sente concomitante ou alternante com seu adoecimento e se já teve estas sensações em alguma outra circunstância. Como sente aos que o rodeiam, que pessoas estão mais presentes neste processo de maneira negativa e positiva antes e depois do adoecimento. Observa-se também os fatores relacionais que exacerbam ou minimizam os sintomas, o que se perde e se ganha ao estar doente e como era tratado na infância e atualmente quando doente. Como está sua religiosidade, se tem algum projeto de vida, o que se gostaria de mudar na vida pessoal no momento. Se no trabalho acredita que, entre as condições que se apresenta (incluindo relações interpessoais) e grau de satisfação que sente, encontra coerência e ligação com o adoecimento. O equilíbrio entre trabalho e repouso, que fatores de estresse identifica em sua vida que tenha a ver com a queixa trazida e como administra. Como equilibra com fontes de prazer inclusive no lazer e outras atividades como arte, trabalhos comunitários, atividade física. Busca-se alguma atividade física que integra corpo e mente e se costuma meditar ou relaxar a mente, se o sono está sendo reparador.

Algumas questões sócio-econômicas, que deveriam complementar este roteiro psicossocial, se encontram em item separado da história psicossocial nas fichas de criança e na atual ficha de adulto desta instituição, como: situação domiciliar, quantidade de pessoas por domicílio, saneamento no entorno, água tratada, luz elétrica, transporte, renda atual na família. Sugerimos que estas podem continuar sendo questionadas à parte, mas integradas no contexto da dimensão psicossocial, para organizar os temas e não se tomar um pelo outro, como vem ocorrendo na investigação psicossocial atual desta instituição (vide item sobre percepção dos professores sobre os alunos). Vale ressaltar que na anamnese que estamos sugerindo, os itens desta investigação psicossocial não são meros itens, mas devem estar integrados na dimensão psicossocial, assimilados por toda a condução da consulta. A preocupação com o acesso a outros serviços de saúde e sistemas externos de apoio social na comunidade fica reservada para a parte da anamnese de encaminhamentos.

Além disso, se o roteiro psicossocial estiver sendo aplicado para crianças os itens da história de vida são respondidos por seus pais, diante também do contexto da doença e da família, sendo que algumas destas questões que dizem respeito apenas ao adulto são retiradas e toda a investigação da doença é situada pelos pais ou responsável que tiver acompanhando a criança.

## 6.4 CONCEPÇÕES SOBRE INTERDISCIPLINARIDADE E PARTICIPAÇÃO DO PSICÓLOGO NA EQUIPE

A equipe de Saúde da Família (ESF) é composta, no mínimo, por um médico de família, ou generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). No ano de 2000, os odontólogos passaram a constituir esse núcleo mínimo de profissionais, integrando-se nas equipes de Saúde da Família. Outros profissionais, como o nutricionista, o psicólogo e o assistente social, inserem-se “de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais” (BRASIL, 1997). Os profissionais do PSF devem apresentar uma proposta de trabalho que demonstre criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupo e, servem como exemplo de trabalho multiprofissional no campo do cuidado à saúde, representando um avanço na busca de uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, traduzida na possibilidade de uma visão e ação interdisciplinar do mesmo, o que se encontra especialmente concebido no princípio de integralidade da assistência. Falar de integralidade da assistência nos remete à questão do trabalho interdisciplinar, o qual permite a confluência de vários saberes e um trabalho de boa articulação tanto dentro do serviço de saúde, quanto entre os diversos níveis de complexidade e hierarquização, cada um cumprindo com sua parte (CECÍLIO, 2000).

Todos os médicos da instituição acreditam que o trabalho deles é multiprofissional e não interdisciplinar. Almeida Filho (1997) esclarece que multidisciplinaridade implica na convivência de diversas disciplinas, onde tratando de uma mesma questão ou problema, os profissionais envolvidos neste diálogo não estabelecem entre si efetivas relações no campo técnico ou científico, trabalhando sem cooperação mútua. Ações interdisciplinares implicam em reciprocidade, enriquecimento mútuo, colocando em comum os princípios e conceitos fundamentais, esforçando-se para decodificação dos conceitos das diversas disciplinas (ALMEIDA FILHO, 1997).

Podemos exemplificar com falas de alguns médicos:

“Aqui ainda está uma estrutura multidisciplinar e não interdisciplinar, cada um na sua área faz sua parte, não tem uma ligação, não existe nem uma pessoa que junte tudo. É difícil, às vezes, se consegue juntar, um profissional que tenta

juntar a avaliação de todos, mas na verdade o que temos é uma equipe multiprofissional, um especialista em cada área, quando um não resolve encaminha pra outro, que tenha experiência e formação para aquilo. Não existe uma integração, discussão de casos, um momento que tente se discutir, o que geraria uma outra demanda, começaria ter as evoluções e começam a surgir as demandas e as outras interações que seriam necessárias.”M5

Na fala seguinte aparece também a necessidade de que um trabalho para ser interdisciplinar precisa acontecer entre os diversos profissionais (no caso, o médico e o psicólogo) trabalhando juntos no mesmo local, assunto que já nos referimos nesta dissertação. O fato dos residentes em psicologia da instituição serem ainda recentes, faz com que a maioria dos profissionais encaminhe para atendimento psicológico fora desta, e, quando se consegue encaminhar (vide item sobre referência), não se tem um retorno deste paciente. Ou seja, neste caso fica impossível o trabalho interdisciplinar.

“Isso a gente teria que trabalhar para ver como iria funcionar. Todos os locais que têm um trabalho interdisciplinar, a gente sabe que é uma coisa super interessante, porque a melhora do paciente a gente vê com eficácia em curto prazo, do que quando separado assim, como aqui funciona. Se aqui tiver uma psicóloga e a gente encaminhar para ela e não fizer essa inter-relação, vai ser como se a gente fosse procurar em outro local. Mas se faz um trabalho conjunto, os dois, se reunir, discutir o caso, colocando a dificuldade de um e do outro... Eu conheço um local que faz tratamento de pacientes com problemas psicológicos e faz terapia de família, se reúne todos e isso é de grande valor e melhora para o paciente”.M2

A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela própria equipe, no local. Assim, ao longo do tempo e gradativamente, também se estimula a interdisciplinaridade e a ampliação da clínica na equipe. A ampliação da clínica significa o resgate e a valorização de outras dimensões, que não somente a biológica e a dos sintomas, na análise singular de cada caso. Assim, riscos como os sociais e outros se incorporam à avaliação clínica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

A instituição, neste momento de conclusão da pesquisa já sofreu algumas alterações quanto a este aspecto, com melhor estruturação dos atendimentos psicológicos com a presença dos novos residentes multiprofissionais em Saúde da Família, discussões de alguns casos de maneira interdisciplinar e maior estruturação do NAF. Esta preocupação da estruturação do setor de psicologia é evidente em todas as falas.



“A gente não tem psicólogo na equipe, a gente tem o quê? Estágio de psicologia que trabalha com as histórias de vida, tem psicólogas como professoras, nem sempre dão atendimento. Temos uma psicóloga voluntária, mas não temos um serviço de psicologia, nós temos que transferir, encaminhar para outro lugar e isso é um grande dificultador, primeiro porque tem que avisar ao paciente que ele está precisando, a ponto de se deslocar daqui para outro local, que às vezes ainda tem uma espera, para se cadastrar. Se tivesse um serviço aqui instalado, facilitaria muito. Teve um aluno que chegou para mim e disse assim: ‘Ah professora, eu só quero trabalhar no PSF se tiver psicólogos em todas as equipes’, exatamente porque ele foi coletar história de vida, foi se envolver com todos esses aspectos do paciente, e ele viu que tem toda essa demanda que o médico não tem condições de dar conta, por mais preparado que ele seja, não só não tem condição como, às vezes, não tem interesse mesmo, porque não é a área específica que ele estudou ou não é isso que quer.”M8

O trabalho interdisciplinar faz parte das preocupações destes médicos, como podemos ver, no entanto, esta próxima fala sugere a necessidade do profissional possuir segurança na sua área e saber trocar experiências para acontecer o trabalho maduro de interdisciplinaridade.

“(…) Na realidade existem tarefas e momentos que são comuns a todos e existem momentos que é da especialidade e do espaço de cada um, e você domina, e você é importante nisso. Mas eu não vejo isso, muitas vezes, a gente fala muito do profissional médico, mas você fecha a sua caixinha, não divide, mas aquilo que é de todo mundo há uma incompatibilidade, uma disputa e não como uma partilha, você se doa e recebe de alguém. É como se fosse assim, eu vou aprender de você, mas eu vou selecionar o que eu vou lhe passar. Lá isso é muito presente, porque a gente está fazendo ali a mesma coisa, mas há de se ter um olhar diferente, um olhar especial já que são áreas especiais (...) quando eu já tenho um pouco da minha diferenciação, o que é que eu percebo que é meu? E o que é que eu percebo que é de todos? Saber repartir naquilo que é meu e naquilo que é dos outros (...) E tem aquele momento onde cada um de nós vai ver o tratamento deste paciente, e aí a gente pode trocar figurinha, e um ajudar o outro nesse sentido, mas também tem o que é de cada um. Para esse paciente, para a sua família, e também todos juntos para olhar naquela comunidade onde aquela família está inserida. Então, eu só vejo riqueza na gente trabalhar juntos, agora ter um bocado de paciência, tolerância, tudo mais, para a gente mostrar para o outro. O que a gente vê é assim, cada um quer aprender o do outro, porque quase sempre quem está buscando trabalhar no Saúde da Família é aquela pessoa que não tem ainda a experiência individual na sua área.”M7

Esta fala conclui que a dificuldade da troca de experiências com maturidade entre os profissionais na prática da atenção em Saúde da Família é influenciada pela questão de muitos

profissionais das equipes serem ainda novos no mercado de trabalho, o que gera insegurança em compartilhar casos interdisciplinares com profissionais de outras áreas.

A sugestão da fala seguinte é de que o trabalho interdisciplinar deva acontecer, pelo menos na discussão dos casos mais complexos, a qual irá contribuir para compreender-se o olhar específico de cada um, além da ampliação deste olhar:

“(…) a equipe interdisciplinar poderia identificar os pacientes que têm maior complexidade, vamos dizer assim. Ter a atenção mais minuciosa de cada profissional e no final do atendimento no ambulatório, a gente pudesse em conjunto todos sentados e conversando sobre aquele paciente, cada um com o seu olhar sobre o paciente e descobrindo uma forma de agir sobre as necessidades dele. Sejam as necessidades do ponto de vista sócio econômico e social, ou do ponto de vista orgânico do médico, ou do ponto de vista psíquico, o que for. Aprenderíamos um pouco a ter o olhar do assistente social, da enfermeira, o psicólogo, eu acho que essa partilha talvez fosse interessante para ampliar um pouco esse nosso olhar específico, eu acho”.M1

Para acontecer um bom trabalho interdisciplinar é necessário que as profissões envolvidas construam um tronco comum de pensamentos, buscando uma linguagem mais comunicável entre as diversas áreas. No entanto, Almeida Filho (1997) considera que ela ainda é falha, devido a subentender o poder de um coordenador ou disciplina coordenadora das ações interdisciplinares no campo disciplinar. Os agentes representantes dos campos disciplinares criam um embate pela aquisição de poder, diante do capital simbólico distribuído em níveis diferenciados, ao invés de promoverem uma colaboração harmoniosa entre as “disciplinas” em questão (SANTOS, 2005). No lugar de uma visão idealista das relações interdisciplinares, Almeida Filho (1997) propõe uma perspectiva pragmática que viabiliza uma definição alternativa de transdisciplinaridade, a qual envolve uma maior integração entre as disciplinas sobre uma base axiomática geral compartilhada. Esta aponta para uma horizontalização nas relações de poder e “criação de um campo teórico, operacional ou disciplinar de tipo novo e mais amplo”, segundo Vasconcelos (*apud* ALMEIDA FILHO, 1997). Almeida Filho (*apud* SANTOS, 2005) sugere uma prática de sujeitos que transitam em meios ou disciplinas diferentes de forma a ser considerado um anfíbio. Este sujeito “anfíbio” transpassa fronteiras disciplinares, redefinindo territórios. O trânsito entre as diferentes áreas de saber, de forma transversal, superaria superficialidades e especialidades.

Esta próxima fala ressalta a importância do tão difícil tronco comum de pensamento:

“O trabalho do médico se amplia bastante quando ele muda a concepção do adoecer, ele precisa saber as suas limitações, o momento adequado de encaminhar para outros profissionais na área de saúde. E principalmente aprender a discutir interdisciplinarmente a atenção ou cuidado a uma população ou a um indivíduo. Isso exige uma construção de uma linguagem comunicável, um tronco comum de pensamento e também que as partes interajam e saiam do estado atual, que é usualmente chamado de multiprofissional, onde cada um faz a sua parte, mas não há entendimento sobre o que está se fazendo, não é um coletivo de pensamento. Esse desenvolvimento é importante para o progresso do conhecimento na área de saúde e todos os seus resultados”.M10

A próxima fala refere-se a este trabalho interdisciplinar na equipe de Saúde da Família, ressaltando inclusive a importância do psicólogo nesta para trabalho conjunto na abordagem biopsicossocial, o qual foi citado por todos os médicos.

“O trabalho do médico preferencialmente em equipe, como eu citei, no Saúde da Família, embora não tenha um psicólogo na equipe mínima, se aquele município deseja e o gestor reconhece poderia trabalhar. Agora assim, pode fazer a consulta, pode ter um ou dois encontros com os psicólogos, ‘Nesse caso aqui você como médico pode colaborar assim, e vai fazer essa parte’. Então essa clareza é que talvez falte, até onde o médico pode ir no momento em que deve ser acompanhado pelo psicólogo no processo, entendeu? M9

Podemos considerar outras falas que ressaltam a importância do psicólogo no PSF para obtenção desta almejada integração biopsicossocial:

“Com este nome de biopsicossocial, a psicóloga está gritando aí ‘cadê eu, cadê eu’? Penso assim, se você tem uma assistência no modelo de vigilância à saúde bem adequada mesmo (...) o psicólogo eu acho que teria que ter”.M8

“A equipe de Saúde da Família é dividida numa estrutura mínima com profissionais em pequena quantidade e progressivamente vem incluindo os outros profissionais, isso vai depender muito da visão administrativa, social e financeira. Mas ao nosso entender a equipe mínima deveria ser constituída de pelo menos odontólogo, médico, enfermeira, psicólogo e assistente social, assim teria uma visão biopsicossocial abrangente. (...) O psicólogo nessa equipe pode desempenhar várias funções, como psicólogo social, como psicólogo educacional, como psicólogo clínico, como psicólogo do trabalho nas suas várias vertentes de atuação psicológica. Ele cabe num ambiente de uma comunidade, tem um papel inclusive de ampliar a noção da influência da psique na gênese e na resolução dos problemas apresentados pelos indivíduos, pela família e pela comunidade”.M10

A presença do profissional psicólogo trabalhando em equipes de PSF, devido à necessidade de trabalho conjunto ou interdisciplinar com os profissionais de enfoque biomédico para ampliação da abordagem biopsicossocial, pode complementar o atendimento das doenças mais orgânicas (incluindo os casos das doenças que já foram consideradas psicossomáticas), as quais não encontram atendimento integrado na saúde pública, como também, oferecer suporte aos casos que necessitam prioritariamente de atendimento psicológico.

Caberia, então, ao profissional da psicologia, estruturar uma proposta mais clara de atuação na atenção básica ou no PSF, a fim de poder ser considerado participante também do processo de prevenção e promoção à saúde, além de já participar dos ambulatórios de atenção à saúde mental e CAPS. Para tanto, podemos citar:

- Mudanças na formação do psicólogo com inclusão de teorias que questionam o modelo psicanalítico hegemônico, afeito à psicoterapia individual e de longo tempo;
- Aprofundamento de questões sócio-políticas e culturais por parte dos psicólogos, refletindo alguns conceitos de determinadas teorias que incompatibilizam a escuta na atenção a classes economicamente menos favorecidas, como por exemplo, atribuir caráter eminentemente psicopatológico para qualquer pessoa que busca apoio numa religião. Afinal, a maior parte da clientela da saúde pública se fortalece neste tipo de apoio, no que deve se tomar as diversas religiões por diferentes formas de expressão da subjetividade (JESUS, 2005);
- Formação generalista, com estudo das teorias psicológicas apresentando maior abertura e respeito no que cada uma contribui, integrando os objetivos comuns da profissão, refletindo que nenhuma teoria é completa por si mesma;
- Construir em conjunto, independente da orientação teórica e questionando qualquer rigidez em modalidade de atendimento, um modelo de ações que possam ser consideradas como sendo de atenção básica, como ações promocionais, preventivas e educativas, integradas com a comunidade, integrando visitas e atendimentos domiciliares, grupos educativos terapêuticos (com questões mais profundas de auto-conhecimento e crescimento pessoal), dinâmicas de grupo (atividades grupais por temas que são concluídas no mesmo dia, sem exigência de regularidade na frequência), apoio psicológico e psicoterapia breve, podendo ser individual, grupal ou familiar (a depender do que demandam e da quantidade de clientes).

Silva (1988) chama a atenção para o fato de que: “O modo culto de verbalização e problematização, tão valorizada pela maioria dos métodos e técnicas da área de Saúde Mental, não é encontrado normalmente junto às camadas populares”, alertando para as particularidades culturais a que devemos nos ater quando o objetivo é oferecer atenção à Saúde Mental desses grupos sociais (NUNES, 1993).

Podemos citar um exemplo da presença do psicólogo no PSF na experiência desenvolvida em Vespasiano (MG), descrita no artigo de Cardoso (2002), onde nove estagiários de psicologia desenvolveram diversas atividades nas unidades locais de Saúde da Família, sob a supervisão desta num projeto de extensão da UFMG, em assistência aos diabéticos e hipertensos. O projeto conclui sobre a necessidade de inclusão do profissional da psicologia em Unidades de Saúde da Família, onde realizaram dinâmicas de grupo, grupos educativos terapêuticos, teatro informativo sobre o atendimento psicológico, visitas domiciliares e psicoterapia individual (breve), mas não conseguiram organizar grupos de psicoterapia.

Outro exemplo bem sucedido de experiência com a presença do psicólogo num programa similar ao PSF é o relato de experiência de Amaral (2002) com o Programa de famílias em risco biopsicossocial (PRODEFA) no Centro de Saúde Villa O’Higgins, no Chile. Ele teve como principal objetivo em sua pesquisa compreender e analisar a evolução da equipe, composta por 2 assistentes sociais, 2 médicos, uma enfermeira e 2 matronas (profissionais que são as antigas parteiras à domicílio), 3 psicólogos e uma nutricionista, avaliando, na perspectiva destes, questões como a atuação com o usuário, sua relação intragrupal, o funcionamento global do programa e pontos específicos quanto à adaptação neste novo modelo de atenção. A equipe trabalhava na perspectiva da terapia sistêmica ou familiar e, na avaliação dos resultados, comparado ao do modelo antigo de atenção, a equipe acabou considerando percepções que revelaram maior peso para uma experiência de aceitação e êxito no PRODEFA. Ou seja, os relatos apresentaram sentimentos de melhor atenção ao usuário, maior perspectiva de trabalho interdisciplinar e maior eficiência do trabalho com enfoque na família e comunidade.

Além da falta de profissionais que oferecem este suporte na equipe interdisciplinar do PSF, também encontramos uma grande escassez de oferta de atendimento psicológico na área da Saúde Mental como um todo no setor público, tanto em ambulatórios quanto nos CAPS. Esta

questão é ressaltada na fala seguinte, bem como os limites do trabalho do médico que não é psicoterapeuta:

“(...) a população não tem assistência em saúde mental, não tem assistência psicológica, eventualmente a gente tem uma assistência psiquiátrica muito pequena em relação à necessidade na saúde pública. Mas a assistência psicológica você não tem, o Estado não se compromete com isso, eu não conheço, eu sei que as faculdades de psicologia dão um tipo de assistência, mas que são totalmente desvinculadas da secretaria de saúde (...) Com certeza, o médico pode ter até uma formação, uma sensibilidade, mas tem casos que vão precisar de uma psicoterapia, que ele não é um psicoterapeuta, pode até conversar, pode ouvir e isso vai ajudar muita gente. Mas vão ter pessoas que vão precisar de técnicas de psicoterapia específicas e que isso não faz parte da formação do médico”.M6

A rede de atenção à Saúde Mental vem sendo organizada em equipes matriciais na atenção básica, ambulatórios em saúde mental, CAPS, Centros de convivência, residências terapêuticas, hospitais de emergência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). Esta rede vem apresentando problemas devido a diversos fatores político-financeiros, no sentido da quantidade de oferta, integração, qualidade no atendimento e capacitação da equipe responsável. A atenção básica é pobre em atenção à saúde mental, pois não tem apresentado condições para dar suporte nesta área com falta de pessoal e falta de capacitação deste, o que acaba por prejudicar o desenvolvimento de uma ação integral nas equipes de PSF e na ponte PSF-CAPS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). Atender pessoas com problemas de saúde mental é uma tarefa muito complexa e o suporte da rede tem sido falho.

A proposta da organização da assistência ambulatorial em saúde mental, a partir dos centros de saúde iniciou com o pressuposto da inserção da saúde mental na área mais ampla da saúde em geral, visando a dar-lhe um caráter de serviço preventivo e de atenção integral (AMARAL, 1997). No entanto, percebe-se a dificuldade de oferta de serviços na atenção básica e ambulatórios, com maior preocupação com a inicial organização dos CAPS e prioridade para casos severos de psicose, abuso de álcool e drogas, riscos de violência e suicídio, deixando outras situações de sofrimento psíquico e a atenção biopsicossocial como um todo prejudicada.

## 6.5. REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

Mendes (1999) considera que a hierarquização e organização dos serviços devem ter no primeiro nível de atenção primária uma porta de entrada para fluxo e refluxo de pacientes e informações, gerenciais e tecno-científicas, no intercâmbio dos diferentes níveis de complexidade do Sistema de saúde. A importância da garantia da intersectorialidade e comunicação, assistência e resolubilidade nos níveis de média e alta complexidade a partir da referência e contra-referência no nível primário é essencial para atenção aos pacientes, caso contrário a atenção primária será considerada uma atenção marginal de pessoas marginalizadas que não possuem direitos à continuidade e complementaridade no tratamento. Esta questão da referência e contra-referência no Programa Saúde da Família ainda é um grande problema no atendimento geral, colocando vidas em risco, repercutindo tanto na dificuldade de conseguir exames em tempo hábil, uma das razões da taxa alta de evasão no atendimento deste Centro de Saúde pesquisado, quanto no hospital em resolver casos de atenção na alta complexidade. Abaixo segue a opinião de um dos médicos do setor da atenção psicossocial:

“Esse trabalho de Saúde da Família ele não vive também sem um hospital, essa compreensão também a gente precisa ter, e inicialmente a fala foi que seria só promoção, prevenção, e aquela fala muito de confronto com o hospital. Quando na realidade (...) a gente precisa das duas coisas, agora cada espaço ocupando realmente seu espaço bem. Não é que haja um confronto, isso é bom ou é ruim, só isso é bom, só isso é necessário e a outra coisa não, é importante que todos os níveis se comuniquem e sejam resolutivos naquele nível. Por isso também que a gente não tem, essa parte tem sido mais teórica, e mais do sonho e do desejo do que realmente na ação (...) a gente é otimista, isso acontecer um dia parece utópico, mas a gente tem que construir (...) A gente só tem um ambulatório no Hospital das Clínicas”. M7

O atendimento em saúde mental encontra também entraves nos serviços disponíveis desde os ambulatoriais, internamentos e encaminhamentos para o CAPS de referência. A precariedade de suporte na atenção psicológica e psiquiátrica no sistema público ocasiona toda uma demanda reprimida e extremas dificuldades no momento de outro profissional como o médico encaminhar o paciente a um tratamento psicológico ou psiquiátrico, interferindo no tratamento que necessita de uma complementaridade. Este problema é situado nas falas destes médicos:

“A gente não tem, você sabe que em Salvador a gente não tem atendimento psicológico pelo SUS, é complicadíssimo, tem uma instituição ou outra, tem algumas faculdades de psicologia, mas é uma mão de obra para sair de Pau da Lima para ir para São Lázaro, por exemplo, se inscrever, fica super complicado. Hoje a atenção psicológica é super negligenciada, ninguém acha que precisa, o Estado não banca, monta um posto de saúde aqui, não tem um atendimento de saúde mental... um atendimento psiquiátrico, eventualmente medicamentoso, mas o atendimento psicoterápico não tem, então precisaria de um psicoterapeuta, psicólogo, seja lá o que for, a pessoa seria atendida por trinta, quarenta minutos, ou seja, lá o que for”.M6

“A gente não vai conseguir sair desse círculo vicioso de retorno dessas pessoas com as mesmas queixas por falta de alguém que dê suporte. Se identificou o problema, se deu o encaminhamento, mas como o profissional não está disponível, principalmente na mesma área de atuação da gente, o paciente muitas vezes não vai, e a dificuldade de outros lugares que acolham. A gente não consegue, ele volta periodicamente com as mesmas queixas ou com novos problemas físicos, mas que tem o mesmo fundo psíquico. A gente vê isso evidentemente, é assim notório”.M4

Alguns médicos tentam encaminhar para os poucos psicólogos do próprio local, mas esta atenção está sendo mais bem estruturada agora (com a chegada dos residentes). Percebe-se como a maioria fica desorientada para onde encaminhar:

“(...) buscar o grupo de psicologia de lá, eu mando bilheteinho (...) uma pessoa do grupo de psicologia para ver se pode orientar de alguma forma, para pelo menos dar um direcionamento. Tinha uma colega da gente que (...) Ela tem um trabalho de assistência, com adolescente e tal, ela tinha deixado e-mail e tinha dado esse papelzinho, que era dizendo onde era, de quando é que era, eu peguei esse endereço, as referências. Eu nunca sei exatamente para quem mandar”.M1

A grande questão que colocam é que se fosse estruturado o serviço no próprio local, o trabalho poderia ser interdisciplinar (citado no item anterior) e eles não perderiam o paciente de vista, já que a maioria dos pacientes, mesmo quando vão para um tratamento complementar encaminhado com o psicólogo, não retornam à instituição para os médicos darem uma continuidade no atendimento, o que prejudica a contra-referência. A maioria dos médicos, no entanto, refere o mesmo hospital que utilizam como referência para outras especialidades, cirurgias, internamentos, como utilizado também para este tipo de encaminhamento:



“E quando é uma caso assim mais grave, de hiperatividade, uma criança que tinha um distúrbio sério de comportamento, batia com a cabeça. Não nos sentimos muito capacitados para acompanhar, então a gente encaminhou para o psiquiatra, e ele não retornou mais, essa criança (...) procurou o neuropediatra, que confirmou o diagnóstico, é autismo mesmo, vai ser acompanhado no ambulatório do Hospital das Clínicas.”M2

Além do ambulatório do Hospital das Clínicas aparecem como principais pontos de referência para seus encaminhamentos, a Faculdade Bahiana de Psicologia e o Instituto Junguiano:

“Para o setor de psicologia da Bahiana (...) às vezes precisamos desse tipo de auxílio e não se sabe como encaminhar, porque o SUS não dispõe disso. Existem alguns sistemas como a própria faculdade de psicologia que atende algumas pessoas, o instituto Junguiano tem um certo período em que existem grupos de formação que aceitam também atender algumas pessoas por um preço simbólico, que para a população já não é um preço tão simbólico, tem a dificuldade de contato, pois não tem uma pessoa direta que a gente possa se comunicar, não existe uma forma interdisciplinar. Até aqui mesmo, temos alguns psicólogos, mas não tem um atendimento individualizado”.M3

“São muitos pacientes em relação a conflito de relacionamento, com filhos, com marido, a gente não conseguia, tentávamos a primeira abordagem, mas chegava no limite. Eu achava que, chegou meu limite precisa de um acompanhamento de um psicólogo, e na maioria das vezes encaminhávamos pra Brotas, pois aqui não tínhamos alguém pra atender (...) quando a gente encaminha perde a noção daquele paciente... Não retorna”.M5

Também aparece situações do médico encaminhar para avaliação na APAE, apesar deste resolver as questões biológicas antes de encaminhar:

“A gente conhece o acompanhamento psico-pedagógico que é feito na APAE, nós encaminhamos a APAE para ser feita a avaliação psico-pedagógica, mas também foi detectado que ele tem um lento desenvolvimento, foi detectada suspeita de anemia porque ele está descorado, então foram tomadas as condutas em relação à parte biológica, exame parasitológico de fezes, mas se encaminhou para uma avaliação psico-pedagógica na APAE” M4

A situação da referência e contra-referência na área da Saúde Mental está em geral caótica. A inexistência do profissional da psicologia também aparece como problema na operacionalização do atendimento.

## 6.6. PRÁTICAS PARA MANTER A SAÚDE

A maioria dos médicos que se colocaram sobre a questão dos hábitos e práticas que as pessoas devem realizar no cotidiano de suas atividades para manter sua saúde e evitar adoecer, referiram que se necessita de uma prática no autoconhecimento para perceberem seus limites e possibilidades mantendo uma coerência interna entre seu querer e fazer, agindo, então, sobre as questões que emergem na sua vida e ampliando o que for necessário nos momentos de desafio, para estender também seus limites num processo contínuo de adaptação e evolução equilibrados. Um organismo para manter a saúde, deve procurar preservar sua autonomia individual, ao mesmo tempo em que deve estar integrado em harmonia com sistemas mais vastos, ou seja, deve procurar um equilíbrio entre suas tendências auto-afirmativas e integrativas, possibilitando uma coerência interna (CAPRA, 1982).

Além disso, eles consideram a necessidade de suporte numa rede de relações familiares e comunitárias para auxiliar na ampliação destes limites. Ou seja, as questões psicossociais são fundamentais neste processo de manutenção e promoção à saúde, inclusive nas questões educativas envolvidas na ação preventiva realizada pelos profissionais de saúde. Esta rede de apoio social juntamente com as estratégias de enfrentamento pessoais, diante desta coerência interna, irão influenciar na variação de impactos para situações estressantes (NEME, 2003).

“Eu acho que tem que se conhecer bastante para saber quais são os seus limites e de que forma você pode se armar para se defender de alguma coisa, se proteger. Eu acho que tem que ser assim, uma simbiose assim entre o seu querer e o seu fazer, você precisa fazer determinadas coisas, mas você tem que estar gostando de estar fazendo aquela coisa, sem estar se agredindo. Por exemplo, você é uma pessoa que tem um ritmo de um jeito, aí você se agride fazendo tal atividade profissional, convivendo num ambiente familiar desestruturado, constantes brigas com uma pessoa que você não se adequa a ela. Então, assim, tem que ter uma harmonia entre o seu interior e a sua convivência externa, porque, às vezes, você tem que trabalhar não gostando do lugar que está trabalhando, mas você tem que continuar trabalhando por uma contingência mesmo financeira. Mas aí a gente tem que ver como vai atuar ali, você não tem como escapar pelo menos naquele momento. Quando a coisa se torna muito agressiva, passa a prejudicar a saúde, então eu acho que tem que se auto conhecer muito para poder identificar essas defesas, identificar as armas que vai usar, saber o que quer. Buscar prazer, as coisas que te dão prazer, descobrir coisas simples que dão prazer, ter o seu momento pessoal de estar sozinho, de estar com alguém... aquele momento de estar em paz com você mesmo. Aí eu acho que é uma busca.”M1

Esta próxima fala acrescenta a questão do saber envelhecer com qualidade de vida, que Lopes (*apud* NEME, 2003) lembra da importância da pessoa idosa possuir esta visão global de saúde, para pensar positivamente sobre o processo de envelhecimento, usufruindo de melhor qualidade de vida na velhice e incentivando ações governamentais na promoção da saúde do idoso. Este médico complementa a já citada contribuição da família, a qual tem sido percebida e estimulada como apoio no enfrentamento de problemas, doenças e precariedade de condições de vida, participando da melhora de condições e qualidade de vida da população (CARVALHO & ALMEIDA, 2003).

“(...) envelhecer com qualidade de vida, eu acho que não tem uma regra básica. Eu percebo assim, que as pessoas têm que ter um conhecimento de si próprio, de suas limitações e de suas possibilidades, eu acho que isso é uma coisa importante, e tentar ampliar cada vez mais com uma rede de conhecimento que pode ser dentro da própria família, na própria comunidade e cada vez se ampliando mais, uma rede que possa ampliar as possibilidades de cada um. Eu acredito muito nisso, na capacidade que a gente pode ter, se a gente buscar, de ampliar uma rede pessoal de conhecimento, de informação, e daí ter forças para lutar, uma coisa importante é que sozinho a gente não consegue muita coisa, quanto mais se isolar pior. Então eu acho que quanto maior a capacidade que a pessoa tiver de formar essa rede, eu acho que melhores condições ela vai ter de qualidade de vida e de saúde. É nesse pensamento que eu vejo, é me aproximar das pessoas, conhecê-las e tentar estimulá-las a esse próprio auto conhecimento, ao próprio fortalecimento disso e à proporção que ela for se conhecendo nos seus limites e possibilidades, ver que junto com o outro ela pode ampliar isso, eu acho que todo trabalho deveria ser assim.”M7

A presença da importância do autoconhecimento, manutenção de apoio na rede familiar, relacionamentos interpessoais, rede de proteção social, saber racional equilibrado com o emocional e espiritual e articulado com o fazer na prática gerando uma coerência interna são as questões mais citadas pelos médicos, no entanto, estas duas próximas falas citam a importância de hábitos alimentares saudáveis.

“Essa é uma pergunta que se as pessoas soubessem as respostas viveriam melhor, mas mesmo para quem sabe racionalmente o que teria que ser feito a dificuldade toda é fazer, esse completo estado de bem-estar biopsicossocial que é tão almejado é quase que uma quimera que não pode ser atingido, mas eu acho que existem questões que as pessoas podem resolver de forma mais saudável na sua vida, como, por exemplo, procurar ter uma alimentação adequada, procurar ter um autoconhecimento sobre si mesmo, procurar ter boas relações

interpessoais, que saiba estabelecer bons vínculos, que saiba lidar melhor com suas emoções, então eu acho que esses são aspectos que de uma maneira geral contribuem para o processo de estado de saúde melhor, não aquele estado de saúde idealizável, mas pelo menos uma adaptação maior do indivíduo ao seu meio e consigo mesmo.”M4

“(…) a questão alimentar que a gente fala tanto, a questão alimentar é difícil, porque a gente sabe o que é certo, mas algumas coisas que não deveriam fazer parte do dia a dia são tão boas. Do ponto de vista do prazer é tão bom, então você tem que travar uma luta, às vezes, (...) atividade física de chegar “Vou malhar”, eu não gosto, eu gosto muito de uma caminhada, eu gosto muito de dançar, gosto muito de nadar, nadar não negócio de braçada, mas ficar na piscina fazendo uma ginástica ali, hidrogenástica. Quando eu posso fazer uma atividade física regular eu fico feliz, mas infelizmente eu não consegui ainda organizar a minha vida toda para eu fazer isso regularmente.”M1

Na fala acima se pontuou na questão alimentar o conflito entre o alimento saudável e o prazeroso e a importância da regularidade nos exercícios físicos, de preferência que também dêem prazer e deixem a pessoa relaxada, ao invés de estressada. Esta coerência interna corpo-mente-emoção-espírito no processo de autoconhecimento envolve a integração das imagens que chegam ao corpo, onde a alma faz a leitura e interpreta estas imagens e sensações em idéias, algumas absorvidas pela consciência (GUIMARÃES, 2006 apud CHAUI, 1995).

Para tanto, além destas atividades citadas é lembrado o desenvolvimento de atividades que possam promover esta coerência interna e este estado de relaxamento como a utilização da arte.

“Outra coisa é meu trabalho de arte, que traz para mim um bem estar físico e mental, no meu caso é arte, eu sei que tem que ser uma coisa muito prazerosa, um esporte, um lazer, um trabalho em outra área profissional”.M1

A arte é importante como via de autoconhecimento e desenvolvimento da espiritualidade (VASCONCELOS, 2006), onde Jung elucida que “a verdadeira obra de arte tem inclusive um sentido especial no fato de poder se libertar das estreitezias e dificuldades insuperáveis de tudo o que seja pessoal, elevando-se para além do efêmero do apenas pessoal” (JUNG, 1991: 60). Ostrower completa afirmando que a arte nos permite “reestruturar as experiências em níveis elevados, tornando-se nossa compreensão mais abrangente de novas complexidades e intensificando-se, assim, o sentido de vida” (OSTROWER, 1995: 20).

## **6.7. PERCEPÇÃO DOS PROFESSORES SOBRE OS ALUNOS**

A proposta de nossa pesquisa já foi esclarecida que se tratou de investigar os médicos desta instituição, a percepção deles do que seria a dimensão psicossocial e/ou do item de investigação psicossocial que construíram e devido a vários fatores, inclusive a falta de clareza e visão comum do que seja, a pesquisadora notou a dificuldade de viabilizá-lo na prática do atendimento médico. Abordamos o que estes pensam nesta perspectiva da integração biopsicossocial. No entanto, os alunos de medicina do local que mais realizam na prática esta investigação, já que atendem no ambulatório, além de realizarem visitas domiciliares, sob orientação destes médicos pesquisados, foram também foco de nossa preocupação, apesar de não terem sido entrevistados. Ficamos com a opinião dos professores sobre eles, observamos algumas aulas de atenção psicossocial ou da visita domiciliar de uma determinada turma e pesquisamos alguns registros sobre a investigação psicossocial nos prontuários, não apenas desta mesma turma, mas de uma forma geral.

As aulas observadas foram apenas para assistirmos a apresentação dos trabalhos de encerramento da turma sobre as visitas domiciliares e percebermos sobre o preenchimento do protocolo de intervenção que eles realizam no processo das visitas ao selecionarem uma das famílias que atenderam no ambulatório, a fim de perceberem mais ampliadamente o que cada um necessita não só na queixa da doença trazida, e também para encaminhamento para outras profissões. A maioria apresentou os trabalhos com dificuldade de perceber outras coisas além da doença e só uma aluna realizou uma história de vida mais completa, já que eles devem escolher uma pessoa desta família visitada para realizar a história de vida. Quando realizam as histórias de vida possuem dificuldades de estabelecer uma ponte com a queixa da doença investigada no atendimento do ambulatório, ou localizar a história da doença na história de vida do paciente. No entanto, eles discutiram questões psicossociais importantes no acompanhamento das famílias e a dificuldade de encaminhamento para atendimento psicológico, onde a maioria das queixas situaram-se entre violência e depressão. Ao final da aula, eles demonstraram ter tido uma boa captação do que aprenderam, através de uma dinâmica onde cada um se expressou em poucas palavras o que mais ficou da experiência desta disciplina. Apareceram falas sobre determinadas impressões: uma maior participação dos médicos em intervenções sociais, a importância da

participação da família, o trabalho em equipe multiprofissional, a importância de conhecerem a história de vida de quem atendem, o papel do médico é também de educar e não só tratar, a resolutividade na orientação de coisas simples e básicas, as disparidades sociais devido a falhas nas ofertas educacionais para a população de baixa renda, a importância de observarem outras coisas além da doença, o conhecimento de outros bairros além do que estão acostumados, o poder da palavra pode a longo prazo trazer grandes resultados, a oportunidade de um acompanhamento mais próximo e contínuo, o aprendizado de situar a pessoa no contexto da família, a observação dos determinantes sociais de doenças, a importância de cada um fazer sua parte, a observação dos limites no trabalho médico, a dificuldade dos pacientes realizarem os exames solicitados, a importância da prevenção para evitar superlotação nos hospitais e a grande carência em que se encontra a resolutividade na atenção básica. As professoras responsáveis encerraram este encontro com a “sensação de que alguma semente foi plantada” (trecho da anotação da observação realizada) e falaram sobre a questão da humanização na atenção médica.

Os prontuários foram observados para verificarmos se era pertinente a queixa dos professores de que os alunos nem sempre preenchiam a investigação psicossocial da anamnese, ou quando preenchiam era de forma superficial. Existiam 2674 prontuários de famílias atendidas na instituição na época desta pesquisa, mas nos restringimos às 897 famílias cadastradas nos moldes do PSF, ou seja, com as fichas A dos agentes comunitários de saúde preenchidas. Observamos 96 destes prontuários, quer dizer, pouco mais de dez por cento destes. Em cada prontuário destes observamos aleatoriamente uma ficha de criança ou uma de adulto, o que deu um total de 49 fichas de criança e 47 de adulto observadas. Destas 49 fichas de criança, 38 estavam com a investigação psicossocial preenchida e 11 não estavam preenchidas. Como esta ficha de criança apresenta um item de aspectos sócio-econômicos de forma separada do item de aspectos psicossociais, nos chamou a atenção que este item sempre estava preenchido. Destas 38 fichas de criança preenchidas, 21 estavam preenchidas mais superficialmente, no sentido de constar apenas com quem a criança morava e como eram as relações familiares, que na maioria dizia ser “tudo bem”. 17 fichas constavam outros assuntos abordados além da família, como por exemplo, se ia para a escola e se gostava de estudar, de que e com quem mais brincava, se saía e tinha amigos. Das 47 fichas de adulto, 32 estavam preenchidas e 15 estavam sem preenchimento. Destas 32 preenchidas, 14 foram preenchidas apenas no assunto da família, com quem morava e se estava tudo bem, 13 foram investigados outros assuntos além das relações na família como

amizades e algumas emoções, e 5 foram preenchidas apenas com aspectos sócio-econômicos, já que não havia ainda a separação deste item em relação à história psicodinâmica do adoecer. Os aspectos sócio-econômicos estavam bem mais presentes no preenchimento deste item nas fichas analisadas, mas estas cinco apresentavam somente o aspecto sócio-econômico. A maioria dos alunos se preocupam com os aspectos sócio-econômicos e sabem o que perguntar (renda, situação do domicílio e quantos cômodos por quantidade de pessoas, saneamento, destino do lixo, água tratada, luz elétrica). Acredita-se que seja devido às questões presentes na ficha A do PSF que também orientam este roteiro. Atualmente, esta ficha de adulto observada contém estes itens em separado.

Podemos concluir que 58,2% do total de fichas observadas foram preenchidas, ou seja, mais da metade. No entanto, 55,2% das fichas de criança estavam preenchidas mais superficialmente e 59,3% das fichas de adulto também. Isso indica que a maioria dos alunos está preenchendo, mas de forma superficial, abordando apenas com quem o paciente mora e suas relações familiares de maneira geral no suporte ao doente, que quase sempre respondem que “está tudo bem”.

Esta situação percebida faz-nos pensar sobre questões já discutidas no capítulo sobre a dimensão psicossocial de que, em muitos artigos de prática médica, esta questão psicossocial aparece como envolvendo reações da pessoa de medos e ansiedades com relação ao problema, após o aparecimento da doença, bem como apoio da família e dos amigos (FRANCO, 2002), ou seja, apenas o aspecto psicológico que envolve reações no pós-adoecimento, o que possivelmente possa estar sendo transmitido a estes alunos de alguma forma. E como ficam as outras questões desta dimensão que influenciam o início e manutenção da doença? Além disso, fica difícil para alunos que não compreendem sobre técnicas de escuta e observação de problemas relacionais, muitas vezes inconscientes, perceber os conflitos existentes se não sabem abordá-los, nem os pacientes sabem responder.

Mesmo as outras fichas mais bem preenchidas não incluem outras questões que já discutimos do que deveria direcionar esta investigação psicossocial, como a história de vida resumida situando a queixa atual e a percepção do paciente atendido sobre sua doença, o que nos faz concluir realmente ser pobre de conteúdo esta investigação realizada pelos alunos. Inclusive

os professores colocam que a maioria dos alunos nem sequer lê a história de vida do paciente atendido, caso conste no prontuário.

Os professores e administradores possuem uma percepção sobre os alunos de que eles não possuem preparo para abordar estas questões e o tempo de atendimento, mesmo sendo longo, para a experiência deles ainda é escasso para conseguirem coletar bem estas informações da investigação psicossocial. Esta questão do tempo também já foi discutida no item sobre a investigação psicossocial. Esta fala citada aborda a questão do pensamento da maioria dos médicos sobre o porquê dos alunos não preencherem este item da investigação:

“Eu não sei se eles não colocam porque não sabem ou porque eles não concordam, só entrevistando os alunos pra saber, a experiência é heterogênea, porque depende de cada grupo. Esse grupo de 2005 foi um grupo bem receptivo à proposta, eles participaram de visitas, recriaram um protocolo, cuja origem era a Universidade de Havana. Então, às vezes, o grupo subsequente pode ser bastante refratário, então é muito difícil a gente atuar como docente. Você não sabe o que vai acontecer, a cada dois meses o grupo muda com uma força brutal. Às vezes, estamos numa turma tranqüila, serena, que respeita, embora alguns não aderissem à idéia, e a nova equipe pode ser bastante refratária. Então, a gente nunca sabe que estudantes estão chegando, só vai saber no final. Essa turma atual, tanto no ambulatório quanto na visita domiciliar, não manifestou nenhuma rejeição clara, transparente, agora a próxima turma a gente não sabe.”M9

Esta outra fala concorda que a maioria dos alunos ainda não preenche este item da forma devida, mas depois considera que na turma atual vê algumas mudanças e que a questão varia por turma e também por aluno:

“Eles fazem um resumo, conseguem fazer a história psicossocial em duas linhas, na criança eles nunca sabem o que vão perguntar, está fora da cabeça deles imaginar que a história do recém-nascido serve para aprender medicina, ‘a gente não está aqui para aprender psicologia, para fazer isso tem o psicólogo’, tem essa resistência. Alguns saem sensibilizados, mas é pouco tempo, eu não tenho a ilusão que vai ser uma grande massa que vai depois ficar preocupado com esse aspecto não”.M1

“Têm alguns alunos que já estão mais sensibilizados, essa semana mesmo teve um que veio ‘olhe doutora, tem esse caso aqui, mas eu acho que o problema não é esse não, o problema mesmo é que ele tem um pai alcoólatra’. Esses casos de alcoolismo e violência em casa (...) é freqüente. Então assim, a criança vem com perda de peso, mas às vezes o menino não come porque não tem comida, a mãe está desempregada, o pai é alcoólatra, é falta de oferta e a oferta que tem ela não gosta. Um feijão só com sal puro, tem que comer um arroz branco com feijão com água e sal é ruim (...) Aí encontra quem dê um salgadinho, quem dê um bombom,



é muito mais atraente, às vezes o salgadinho custa dez ou trinta centavos, aí a mãe compra por trinta centavos o pacotinho. Mas ela não consegue comprar carne, queijo (...) Eu sei que quando eu começo a fazer a entrevista, quando eu acho que é mais alguma coisa, uma boa parcela não conseguiu identificar (...) E ao sair o paciente, aí eles colocam, eles ficam às vezes surpresos, mas até que esta turma a maioria concorda, não vejo ninguém reagir negativamente à história não. Eles sempre acham, quando vão montar a história para a gente, que eles fizeram tudo, e aí quando a gente chega e pergunta várias coisas, eles ficam interessados (...) O estudante se direciona para uma suspeita e só pensa naquilo, ele vai pensando só naquela direção, eu acho que nem todos os alunos estão sensibilizados ainda, mas essa turma de agora, por exemplo, a gente planta uma sementinha. Porque você os força a verem a história psicossocial.”M1

Mesmo considerando uma melhora, ela encerra a fala colocando que praticamente “força” eles a preencherem a investigação psicossocial. Esta outra fala considera a questão do problema do tempo, colocando o que podem conseguir realizar:

“Essa abordagem a gente tenta fazer, mas é difícil (...) porque ele não teve essa formação e ele não tem tempo hábil com o paciente para esse tipo de abordagem. Ele está vendo aquele paciente pela primeira vez, ele vai tocar nas questões biomédicas, porque o paciente vem com uma queixa física na maioria das vezes, ele vai acabar focando nisso. Isso é natural, porque a faculdade o tempo todo faz esse tipo de abordagem, então é difícil pra o aluno, a não ser que seja um paciente que chegue muito deprimido, dizendo que não consegue fazer mais nada, que chora o tempo todo, chora durante a consulta. O aluno não tem uma formação para abordar este paciente (...) Para questão diagnóstica eles não conseguem, mas eles têm uma idéia de que tem um teor emocional ali junto com a doença (...) que são pacientes deprimidos ou ansiosos, isso eles conseguem”.M3

Esta outra fala coloca o grande interesse em que os alunos abordam a doença orgânica para saber diagnosticá-la, colocando em segundo plano as questões psicossociais:

“(...) eles estão muito voltados para o orgânico, querem ver doença. Existe uma euforia quando tem algumas patologias. No caso ginecológico, quando tem alguma patologia vulvar fica todo mundo querendo ver, mas se eu disser que tem uma paciente com disfunção sexual, com problema sério de vida, isso não atrai. Eles não se interessam em coletar a história do paciente, em querer estar lá junto pra aprender com a história dele. Então não existe uma mobilização pra isso, eles deixam pendente um grande ponto que é exatamente onde eles poderiam se diferenciar, porque o orgânico todo mundo quer ver, mas ninguém enxerga a parte emocional, psicológica e de vivência social, o bio e o psicossocial do paciente.”M5

Outra questão abordada é a confusão destes aspectos como sendo apenas ligados a aspectos sócio-econômicos e a dificuldade do vínculo para conseguirem realizar certas perguntas:

“Eles resistem, eles geralmente não compreendem isso, sempre confundem com a história sócio econômica (...) e eles ficam assim meio envergonhados em perguntar como é a relação do casal, se existe muita briga, como é a relação com o pai, se o pai é carinhoso com os filhos, se bate, se coloca de castigo. Ficam assim meio temerosos de entrar na intimidade da família, ‘Há! Está conhecendo pela primeira vez e já vai perguntando esses detalhes’.”M2

Este próximo professor compreende que esta situação da superficialidade das respostas dos alunos é por estarem ainda aprendendo e agindo para cumprir com uma tarefa, mais para encerrar a disciplina do que para auxiliar o paciente. No entanto, ele acredita que no futuro, com o amadurecimento, eles poderão valorizar mais esta questão:

“O aluno está aprendendo, então nem sempre ele faz da forma ideal, assim como também não faz da forma ideal uma investigação biomédica. Manda-o fazer uma história da queixa do paciente, às vezes, ele faz uma história muito superficial, muito rápida. ‘Olhe, isso aqui você tem que perguntar mais, a dor onde começa, para onde vai’. Então, estão na fase de aprendizado e o aluno, às vezes, está fazendo aquilo para cumprir uma tarefa (...) o mais rapidamente possível e da forma que dê menos trabalho a ele, para ele acabar a disciplina dele, ter a nota dele e ir embora. Muitas vezes ele ainda não tem aquela visão do profissional, de que ele precisa daquelas informações para chegar ao diagnóstico e resolver o problema do paciente, então, alguns fazem sem dar muita ênfase ou sem levar muito a sério. Não porque eu ache que eles não acreditem que aquilo seja importante, mas muitas vezes por causa da imaturidade ou pela inexperiência (...) Mesmo que eles não percebam a importância disso agora, no futuro eles podem perceber. Visita domiciliar do paciente a formação médica até pouco tempo atrás não tinha essa experiência, agora ela é obrigatória para todo mundo. Então, a gente termina tendo influência devido à formação do profissional observe quantas coisas você viu na faculdade que na época você não deu importância ou até você nem lembra e aquilo no futuro serviu...”M6

Quando este professor coloca que os alunos não sabem também realizar uma investigação biomédica, percebemos como complica na prática a separação que existe entre aprender uma investigação psicossocial e uma biomédica. Mais uma vez é referida a questão da formação médica interferindo na sensibilização de cada um para a inclusão desta dimensão psicossocial no atendimento médico. Esta próxima fala é otimista quando considera que o treinamento que eles oferecem pode conseguir mudanças:

“(...) a falta de formação dele, o aluno tende a não valorizar o que ele não sabe, porque se ele enfatizar isso ele não vai saber como lidar, que conduta tomar, então ele tende a enfatizar o problema que ele domina, os níveis tensionais ele sabe, o controle e a classificação da hipertensão ele sabe, orientar a dieta ele sabe, então isso ele valoriza, inclusive para não demonstrar desconhecimento (...) agora vamos ver um caso de uma criança de treze anos que chegou no ambulatório, trazido pela tia pensando ser problema psiquiátrico, com déficit de aprendizagem e dificuldade de relação interpessoal, quando a gente foi saber a história dele, foi o seguinte: ele tinha perdido a mãe há um ano atrás, o pai um ano antes, aí foi morar com a tia e os irmãos estão todos espalhados: tem irmão morando em São Paulo, tem irmão no interior da Bahia. Então, os alunos entenderam que ele não podia de forma alguma estar reagindo de forma natural depois de ter vivido tudo isso, mas a tia parecia não ter essa compreensão e queria que examinássemos se ele tinha algum problema mental, mas eles conseguiram perceber isso, então eles já trouxeram o caso para mim dessa forma.”M4

A formação médica voltada para o orgânico já foi citada como dificuldade, apesar de se reconhecer alguns avanços no ensino da psicologia médica em contraposição a muitos alunos reclamarem ainda da forma como é realizado o ensino desta. Alguns médicos colocam que o pensamento do que é ensinado nesta disciplina é o de supervalorizar aspectos psicológicos que os alunos de medicina não acreditam ser tão importantes para a formação deles, além da eterna questão deles enfatizarem os conhecimentos biológicos em detrimento dos aspectos psicossociais e culturais da enfermidade. Estes acreditam, como foi dito anteriormente, que compreender sobre psicoterapia é importante apenas para os psiquiatras ou psicólogos. Eles gostariam de algo mais próximo e operacional para sua prática, já que alegam não estarem ali para se tornarem psicólogos ou psicanalistas. E se no futuro eles se especializarem para serem médicos homeopatas ou acupunturistas (outras racionalidades médicas que integram o biopsicossocial), eles pensarão a mesma coisa? Como apresentar o valor dos aspectos psicológicos na visão transdisciplinar do adoecimento, englobando os aspectos psico-espirituais e sócio-culturais com estes biológicos de maneira integrada e equilibrada, sem medida de poder?

“(...) as queixas que eles colocam, os estudantes, é que a gente quer formá-los psicólogos.” M8

“Há psicologia em vários trechos da faculdade, e em todas as vezes há uma repulsa muito grande no geral, alguns não, alguns gostam.”M5

“A imaturidade é um fator e a forma como é passada a psicologia pra eles é outro”.M5

“(...) existe uma proposta de reforma do currículo agora, onde você tem uma ênfase transversal em psicologia médica em todas as atividades. Isso não é a mesma coisa, quando eu fiz o curso era diferente, quando eu fiz o curso existiam algumas disciplinas de psicologia médica, tinha psicopatologia, tinham alguns professores que percebiam e se preocupavam”.M6

Realmente esta faculdade apresenta algumas disciplinas na área que chamam de saúde mental a cada ano da faculdade, como psicologia médica I no primeiro ano, Ciclo de vida no segundo ano, Semiologia mental I e II no terceiro ano e psiquiatria no quarto ano, mas ainda não apresentam trabalhos interdisciplinares, inclusive com o curso de psicologia, e não apresentam na programação destas disciplinas assuntos mais profundos ligados à nova psicossomática ou abordagem biopsicossocial. As disciplinas de psicologia médica deveriam se integrar mais com as de medicina social. Este tipo de abordagem pede uma reformulação profunda na forma de percepção da doença do modelo biomédico e deve ser passado em todas as disciplinas de maneira transversal integrando todo o curso e preparando o médico do futuro nesta abordagem holística e transdisciplinar, com repercussões em outras formações como na de psicologia.

Citaremos, por exemplo, um trabalho de tentativa de mudança nesta forma de abordagem que ainda ocorre na maioria das faculdades de medicina, inclusive nesta em questão. Esta tentativa é relatada na tese de Peixinho (2001) que tratou da reformulação de uma disciplina de uma faculdade pública de medicina em Salvador, para que servisse de modelo para mudança geral, tanto nas outras disciplinas, como nas outras faculdades. Ele coordenava as disciplinas de Propedêutica Médica I e II e cita como desenvolveu o projeto de mudança na primeira disciplina citada, considerando avaliação de mudança curricular. Ele constrói uma avaliação da situação inicial, faz um projeto de mudanças baseado em propostas das tendências da atual educação médica e aplica num contexto de pesquisa-ação, incluindo treinamento de professores e avaliação destes e dos alunos, considerando em seguida os avanços da disciplina e dificuldades para estabilização da mudança e repercussão no curso em geral. Inicialmente a disciplina em questão enfocava meramente aspectos biológicos do ser humano e seu adoecimento, inclusive constando em seus objetivos capacitar os alunos para: proceder a uma minuciosa anamnese e um exame físico completo, interpretando as principais alterações funcionais e achados físicos dos diversos aparelhos e sistemas; desenvolver o raciocínio clínico elementar e tornar-se apto para chegar ao diagnóstico das principais síndromes clínicas. Assim ele propôs mudanças na programação, competências e formas de avaliação, sugerindo introdução de melhora na relação médico-

paciente, postura e maneira de se comunicar, inclusive aspectos inconscientes, procedimentos pedagógicos fundamentados na abordagem holística, compreensão biopsicossocial da doença como metáfora da existência, valorizando a teia de relações (familiar e social) na formulação diagnóstica e reconhecendo a importância do estilo de vida e tipos psicológicos (identificando sistema de crenças e valores, relação com o corpo e mecanismos de ajustes psíquicos). Além disso, ele propõe conhecimento integrado de aspectos biológicos, ambientais, psicológicos, sociais e espirituais, realização de histórias de vida no processo da anamnese integrando com o processo de adoecimento, capacidade de comunicação pró-ativa (verbal e não-verbal), postura ética e visão humanista diante da equidade e integralidade na atenção médica, responsabilidade e compromisso com a cidadania e estabelecimento de relações interpessoais empáticas em todos os níveis de atuação.

Concluindo, Peixinho (2001) considera que a práxis pedagógica na área médica deve apoiar-se na inter e transdisciplinaridade de saberes, integração ensino-serviço-comunidade, abordagem sistêmica da família e comunidade, processo de aprendizagem centrados nos problemas e sujeitos envolvidos, desenvolvimento integrado biopsicossocial. As estratégias para as mudanças curriculares nesta área dependerão da cosmovisão de seus principais atores, da organização onde estão inseridos e da capacidade pedagógica e institucional que demonstrarem. Ele considera também que a graduação, especialização médica, mestrado e doutorado não dispõem de espaço reflexivo do processo educacional do futuro professor.

Esta pesquisa contribuiu para ampliação da consciência sobre o valor das ciências da educação, ocorreram transformações nas disciplinas introdutórias ao exame clínico, no ideário da Educação médica do século XXI, influenciando práticas de pedagogia médica e Didática do mestrado em medicina (inclusive no campo de estágio). Deste estudo surgiu a iniciativa de constituir um curso de metodologia do ensino superior e núcleo de pesquisas em educação e saúde. Os docentes apresentaram mudanças significativas no grau de atualização dos conhecimentos filosóficos e psicossociais com valorização das ciências educacionais no processo de aprendizagem em medicina. O projeto de pesquisa-ação que esta pesquisa envolveu continua em desenvolvimento, apesar de dificuldades encontradas devido à rotatividade dos docentes.

Para encerrar este item gostaríamos de discutir alguns pontos quanto aos professores investigados no ensino desta investigação psicossocial. Se eles pensam todas estas questões sobre os alunos, então deveriam tentar ser mais sensibilizadores e operacionais nesta questão, tornando-

se mais claros e integrados sobre o que se perguntaria na investigação psicossocial, pois a fala de um dos administradores é que eles também relaxam ao encontrar o embate dos alunos.

“Na primeira consulta é natural que você tenta resolver, como a gente tenta aqui, inicialmente as demandas orgânicas, porque o paciente tem as suas queixas e precisa ser atendido. Nas consultas subseqüentes daria tempo sim, o grande problema que eu vejo é o seguinte, o tempo curto de dois meses, a formação do aluno que é extremamente mecanicista. Apesar de todo esforço da reforma curricular, ainda é assim, e também a equipe de docente. Às vezes, você poderia se estender mais, discutir o psíquico, mas o professor não percebe receptividade no aluno, e a depender de como ele incorporou, internalizou seu papel de educador, às vezes, ele recua. É muito mais interessante discutir com o aluno dislipdemia, porque eles acham excelente, do que você ficar discutindo história de vida, quando eles não aceitam. Então, o professor, a depender da sua proposta, ele pode recuar, porque ficaria uma discussão desmotivadora, você percebe pela expressão corporal dos alunos, que eles estão rejeitando aquilo ali. E o professor com o tempo vai cansando.”M9

## **6.8. RELATOS DE CASOS DA PRÁTICA DOS MÉDICOS**

O setor de atenção psicossocial é responsável, como já citamos, pela organização do roteiro das visitas domiciliares, de acordo com as demandas das turmas e professores. Orientam as visitas e atendimentos a domicílio do segundo, quinto e sexto anos de medicina e seleciona os casos para acompanhamento do NAF (Núcleo de apoio à família) e realização de histórias de vida pelos alunos de psicologia, além da ponte com outros cursos como Terapia ocupacional e Fisioterapia. A visita domiciliar visa uma aproximação com a família com o objetivo de perceber situações de risco e fortalecimento da rede social de apoio na comunidade, estimulando o empowerment das pessoas assistidas. Além disso, este setor é chamado de psicossocial, justamente pela questão de acompanhar de perto situações mais próximas das representações dos pacientes sobre seus problemas, já que não se restringem a queixas de patologia, realizam histórias de vida e análise das famílias (familiograma, gráfico das relações) e escutam mais a narrativa das pessoas assistidas num processo dialógico com ênfase na prevenção e promoção à saúde.

Muitas vezes encaminha-se a pessoa que necessita de atendimento médico para consulta ambulatorial ou a visita é realizada após o atendimento ambulatorial na demanda

espontânea, a fim do estudante oferecer maior suporte psicossocial a uma família já atendida. Esta separação entre o ambulatório e o setor psicossocial ainda ocorre pela maneira pela qual se distribuem as disciplinas e pelo despreparo de alguns médicos do ambulatório para a atenção psicossocial a domicílio, além da grande demanda espontânea. A ponte integrativa entre o ambulatório e o setor de visitas ainda é precária, principalmente pela dificuldade de horário para reuniões da equipe e discussão de casos interdisciplinares. Este setor organiza também as salas de espera e grupos educativos de qualidade de vida por faixa etária. Neste momento tem acontecido um grupo de gestantes semanal, realizado pelos residentes multiprofissionais, mas na maioria dos grupos encontra-se dificuldade na quantidade e regularidade na frequência dos participantes. Além disso, uma vez por mês eles se reúnem num fórum comunitário, como uma reunião de conselho local de saúde.

A fala de uma das médicas deste setor ilustra essas ações, seguida de alguns casos acompanhados por eles.

“(…) tanto a comunidade abriu espaço para a gente, como a gente pode atuar em conjunto ajudando a construir e consolidar o que já existia (…) A visita domiciliar na realidade, ela não é feita por demanda só de patologia, aliás, ela não tem sido feita por demanda de patologia, ela tem sido feita para a gente vivenciar com o estudante outras possibilidades de ação. Então, a gente tem feito, com o segundo ano principalmente, mais para promoção à saúde, completando os minutos de trabalho com atividades nas escolas. Com o quinto ano a gente vê promoção e prevenção, e tentando fazer essa ligação com o tratamento, mas trazendo o paciente para o ambulatório, para o atendimento. A não ser que ele tenha uma limitação, então esse atendimento é feito no ambiente do domicílio mesmo (…) A gente ainda não tem estrutura para fazer um atendimento realmente domiciliar, e como são estudantes, o atendimento tem que ser em condições as mais favoráveis possíveis (…) Se o paciente pode ir ao ambulatório, a gente marca esse paciente para o ambulatório com o próprio estudante para ele ser atendido. A não ser um paciente idoso, um paciente com alguma limitação, que aí a gente faz no domicílio, mostrando ao estudante as dificuldades e que poderia ser feito em melhores condições também. Essa demanda de atendimento a domicílio (…) requerem, por exemplo, uma complexidade maior, um curativo, às vezes, alguém que chegou do hospital ou para um internamento, e a gente ainda não tem isso consolidado.”M7

Segue um exemplo de uma paciente epiléptica a qual foi acompanhada e realizada sua história de vida, no qual se percebeu a necessidade de um acompanhamento psicológico e está sendo encaminhada. Esta paciente começou a ser atendida pelo setor antes de perder o marido, e com o falecimento deste por acidente de eletrocutamento ao roubar um fio de cobre

(alguns acreditam que estava fazendo um “gato”), a situação dela piorou, mas está sendo encaminhada.

“No caso de Rosa, quando a gente atendeu, foi no ano passado em época de chuvas, então, como ela morava numa situação de risco e a encosta estava com muito perigo, então, a gente foi junto com ela na AR, Administração Regional, para solicitar ajuda. A AR então providenciou plásticos para colocar na encosta para proteger. Quando nós chegamos lá o filho dela estava com uma pneumonia que requeria internamento. A gente orientou o internamento que foi dado a esse paciente. Ela também tem um problema de epilepsia e estava sem utilizar o medicamento, estava evitando sair de casa naquele período. Nós renovamos a medicação, estamos dando o acompanhamento nesse caso. Providenciamos também emergencialmente uma cesta básica naquele período, e como ela mora junto com os familiares, nós tentamos conversar com os familiares para uma rede de apoio. Ela também fazia parte de um grupo religioso, fizemos a influência assim para que tanto o grupo religioso como ela se preocupassem com este suporte social. Logo depois, infelizmente, aconteceu o problema com o esposo dela, foi num final de semana. E aí a gente continuou dando o apoio a ela nessa situação, a família também e o grupo religioso dela e também a Unidade, e esse ano agora com a creche. Ela está bem do problema de saúde dela, os dois filhos mais velhos estão na escola, os dois filhos mais novos estão na creche. E o que é muito pequenininho, na época em que o marido faleceu ela estava grávida, esse filho vai ficar com uma das tias para ela poder trabalhar. Então houve, a gente viu a dificuldade, havia a dificuldade no próprio território para atendê-la, mas a gente de certa forma deu um suporte e participou de uma rede.”M7

Este caso também é referido pela outra médica do setor:

“(...) a paciente Rosa, vinte e seis anos, cinco filhos, viúva, epiléptica, o marido morreu quando fazia um gato na porta de casa. A situação residencial pobre, paupérrima, muito difícil, um acesso muito ruim, porque é numa escada dessas mal construídas, uma escadinha que tem na porta da casa dela de madeira caindo aos pedaços. E o que a gente vê, ela não tem epilepsia incapacitante, não tem o que receber. É difícil conseguir emprego, porque alguém dificilmente deixaria um filho pequeno com uma paciente epiléptica dentro de casa, provavelmente ninguém, porque o risco de desenvolver uma crise, não ter quem dê socorro. Então, ela tem uma dificuldade de emprego, mas o caso dela não é incapacitante para ela receber o seguro. A casa está numa situação de miserabilidade que você fica sem saber como ajudar. Então, é um caso que eu considero difícil e a gente está acompanhando agora, inclusive com o grupo de assistência social para ver como a gente vai poder dar um tipo de apoio. Eu acredito que quando a gente conseguir desenvolver um grupo de cooperativismo, a gente vai poder, como é que se chama, capacitar ela em alguma área que ela vai poder desenvolver em casa, participar de alguma cooperativa, porque eu acho que a única solução para Rosa é essa.”M8



Este caso atualmente já apresenta o estudo sistêmico e a história de vida realizados, bem como o acompanhamento de algumas das crianças pelas terapeutas ocupacionais na creche. A paciente é acompanhada na epilepsia e orientação dos remédios, mas necessita de acompanhamento psicológico e trabalho remunerado, dependendo ainda da rede de apoio e cestas básicas. Outro caso que ofereceram um suporte quase psicoterapêutico, já que esta resistiu ao tratamento psicológico, mas encontra-se num quadro de melhora, é relatado a seguir:

“(…) Então, nos primeiros contatos com ela, o que apresentou muito foi a questão da religiosidade dela, as reuniões da igreja eram na sala da casa dela. Então, aí a gente procurou saber um pouco mais da história dela, ela foi uma pessoa criada num ambiente religioso junto com freiras, e o que ela tem notícia da família dela é que eram pessoas que tinham muito esse lado da religiosidade, ligadas ao ubandismo, com a ubanda aliás. E ela foi criada na igreja naquele rigor de freiras de um convento, e depois mais tarde, bem mais tarde ela conheceu o pentecostalismo. E se aproximou, gostou, e hoje ela está ligada aos batistas, mas são Batistas independentes, então você percebe que ela não tem uma diretriz na religiosidade dela. E ao mesmo tempo, essa história muito de limitações, de muito moralismo, como ela construiu a vida pessoal dela com o marido. Então ela tem quatro filhos, e tem, nessa época ela tinha muita dificuldade com o marido, porque ela é missionária, então tem muitas ações fora, isso preocupa ela pelo fato dela ser missionária, ter que dar o exemplo, e o marido dela era, vamos dizer assim, ‘a tentação’, aquela pessoa que estava o tempo inteiro atrapalhando o trabalho dela. E aí a gente tentou conversar com ela, tentando entender no que realmente ela cria, e também mostrando para ela que nem tudo era tentação do diabo, o que era o diabo realmente para ela, tentar entender melhor isso e o que ela entendia como um bom relacionamento entre marido e mulher. Quais seriam as qualidades do marido dela? E como poderia ajudar se ela reconhecesse o que ele tinha de bom na qualidade de relacionamento entre eles? Isso já tem um tempo, já tem quase dois anos e hoje, assim, o marido dela tem sido um espelho na construção do projeto dela. Ele que construiu a igreja, ele que construiu a creche e tudo mais, e procurando se aproximar mais de como ela redescobrir a sexualidade dela. Na realidade o ponto maior era esse, quando ela se aborrecia e ele tinha coisas violentas, do diabo, ela se fechava e passavam um tempo grande de lei seca em casa. E a gente está nessa sensibilização assim, sabendo que ela precisa, tem um problema biológico que é o hipotireoidismo, devido a uma cirurgia de tireóide que ela fez, mas que ela precisava também de um acompanhamento psicológico, mas que ela não se abriu para isso.”M7

Um outro caso que a paciente foi acompanhada por esta equipe, conjuntamente com o professor médico no ambulatório e por uma das professoras que é psicóloga, a qual teve que ampliar seu trabalho por ser um caso de emergência, foi a situação de uma gestante que havia perdido o bebê sete vezes e por isso todos se empenharam para ela conseguir ter seu filho. Após

ser encontrada grávida em seu domicílio pela equipe de alunos de psicologia, que foram coletar sua história de vida, a paciente contou que nem havia confirmado a gravidez no médico, nem tampouco queria fazer pré-natal, pois não confiava mais em médico e já perdera seus sete filhos sendo acompanhada, de que valeria então o acompanhamento médico agora. Segue então os relatos de dois médicos sobre esta gestante, um primeiro do setor psicossocial e o do ambulatório:

“Maria é uma paciente que é casada com o primo, mora na casa da cunhada, mora num quarto dos fundos, é uma confusão só. A gente viu no ambulatório que em outubro ela estava grávida, estava no sexto ou sétimo mês, estava perto do bebê nascer, mas quando nós chegamos lá ela tinha perdido o sétimo filho. Então, esse é um caso difícil, sem muita possibilidade de resolução, porque eles tinham um problema socioeconômico muito sério. A gente visitou Maria, depois visitou a cunhada. As duas para poder saber como poderíamos solucionar, era uma família de difícil abordagem, o marido dela trabalha de forma irregular, e o cunhado também de forma irregular, fazendo detergente. As duas famílias com muitas brigas, Maria apegadíssima aos filhos da cunhada, dá carinho e atenção, então havia a demanda emocional, havia a demanda financeira e ainda havia essa demanda médica de querer ter um filho. Ela disse à interna, você sabe que os internos de quinto ano não têm muito interesse nessa questão de visita domiciliar, mas quando fez a visita a ela, ela disse que não queria mais ter filho. ‘Não está vendo que ela quer professora, como uma pessoa que engravida sete vezes diz que não quer ter filho’, eles puderam perceber que ali naquela sala havia muitas demandas..(médica chora). Ela se sentia sufocada, porque ela tinha acabado de perder um filho, ela diz ‘Eu não quero mais ter filho’, como se dizendo, ‘já que eu não posso, eu não quero’, os alunos identificaram muito bem. Tanto que eu pedi para ela ser acompanhada pela psicologia por isso. Agora ela está grávida de novo, está fazendo acompanhamento médico e psicológico e vamos ver o que a gente consegue.”M8

“Estamos agora com uma paciente que teve sete perdas gestacionais, louca pra ter um filho, já tentou sete vezes, óbito nas sete vezes, cinco dessas vezes já havia o feto bem formado, esta paciente enfrentou um problema no último parto que foi o menino nascer prematuro, no meio da rua, cair e bater a cabeça e vir a morrer. Essa é uma paciente que, pela insegurança que ela tem com os médicos, fizemos um acordo de eu ficar vendo ela toda semana até parir. Então na verdade teremos aí uns vinte encontros até ela parir.

#### **Pesquisadora - Você acha que foi um erro médico?**

- É difícil, porque não se sabe o tempo da saída do hospital até o bebê ter caído, não se sabe precisar muito bem. Outro fator psicossocial foi ela já ter sido acompanhada por um especialista em perdas, ficou com uma especialista que todo mundo dizia que era a melhor pra ela ficar e mesmo com essa melhor pessoa ela perdeu o filho.

#### **P - Qual foi a razão de ter perdido?**

- Óbito intra-uterino, não sabe a causa, é uma das situações que me frustra. Esta paciente, eu já olhei alguns exames apresenta uma síndrome e precisa fazer uso de algumas medicações que são caríssimas, precisa de exames especiais que a gente não tem e custa duzentos, trezentos reais, tem que fazer esse exame várias vezes durante a gravidez, e ela não tem a chance que uma pessoa com melhor recurso poderia ter.

**P - É possível que ela perca de novo?**

- É, existe essa possibilidade, a gente tenta o máximo, fica rezando, pra que dê tudo certo, fazemos relatório, pedimos pra colegas que façam exames pra que possamos fazer o acompanhamento.

**P - No caso ela está tendo acompanhamento psicológico, mas você como médico o que acha que pode estar interferindo para ela perder os filhos?**

- Eu não sei, sinceramente eu não sei. Porque pra mim está muito clara a questão orgânica, porque ela tem uma evidência orgânica.

**P - Ela tem a síndrome...**

- É ela tem a síndrome que causa trombose placentária, eu não posso afirmar, eu teria que ter a anatomia de todas as placentas, ou ninguém lembrou ou não se fez, porque na maioria das vezes nem todas as maternidades fazem anatomia de placenta, pra você ter a certeza que houve trombose venosa da placenta. Então ninguém fez, sete vezes e nenhuma necropsia, então será que não passa na cabeça dela, se eu tivesse dinheiro, tivesse numa melhor condição, será que num hospital particular não faz melhor. O que quer que seja poderia ter essa oportunidade, mas aqui não se tem oportunidade de nada. Pra mim, o que mais afeta ela psicologicamente é ela dizer que ‘ quando procurei auxílio médico, eu não consegui’ Qual foi o reflexo disso agora na última gravidez? Não vou pra o médico, se com o médico eu perco, melhor não ir. Ela não tinha nem certeza que estava grávida, a primeira reação dela foi que ela tinha medo de saber se estava ou não grávida. Conversamos com ela, colocamos o aparelhinho pra eu ouvir a criança, falei que era pra ouvirmos juntos, ela chorou muito, feliz de saber que tinha um menino vivo, ela sabia que mexia, mas não tinha nenhuma prova concreta, ouvir o coração do bebê foi a prova mais concreta que ela teve que estava grávida. Ela cedinho tá aqui, ela tem um esforço pessoal, ela acha que pode conseguir, ela faz o que se pede. Eu percebo que ela fica com medo, receosa, ela está com uma sensação de insegurança e medo, na hora que ela chega na consulta, porque é o tempo todo calada, eu preciso estimular ela a falar. Foi por isso que eu propus a ela vir toda semana, pra ela sentir que tem alguém do lado dela (...) A gente pediu, se vai conseguir eu não sei, fiz um relatório explicando a história dela, tenho um colega no IPERBA, é muito difícil porque é o único lugar público que a gente tem conhecimento que faz este exame, os outros lugares são pagos. Estamos aguardando, toda a semana a gente encontra com ela.”M5

Esta paciente apresenta história de vida realizada e percebemos que a médica da atenção psicossocial está inteirada da sua história, no entanto o médico ambulatorial não refere

esta questão, falando da síndrome orgânica que conseguiu perceber na consulta e de alguns sentimentos que notou de insegurança e medo, mas não refere se ela se colocou. Apesar disso, este médico a acolheu dando maior espaço de escuta e atenção e o acompanhamento psicológico o deixa tranqüilo com a situação dela estar sendo acompanhada nesta questão. A certeza de que ela quer ter seu filho ele percebe pelas suas atitudes quanto ao tratamento, e, pelo que sabemos, do que a psicóloga colocou para ele. É um caso difícil e emergencial, o qual requiere a preocupação do médico para realização de determinados exames que não se encontram facilmente disponíveis pelo SUS e sua competência de conseguir o sucesso do nascimento de um filho após uma história tão traumática. Isto faz com que ele não possua tanta atenção nas questões psicossociais (questões de sua infância e história atual em relação a esta questão, relacionamentos, como por exemplo, com o marido, aceitação do bebê por ela e pela família, desemprego, outras questões que apareçam na sua história pessoal com relação a este tema da maternidade, como a questão com os médicos e informações sobre gravidez e partos anteriores), apesar de ser crucial para sua adesão ao pré-natal e retorno da confiança no médico, além da importância da investigação nas causas psicossociais que afetaram a morte dos outros filhos (o que ocorreu antes e depois) que não só as orgânicas.

As últimas notícias que obtivemos desta paciente, é que ela está bem, já que conseguiu seus exames e todo este tratamento culminou com o nascimento de seu filho de forma difícil, mas saudável. Foi um sucesso do acompanhamento de toda a equipe, desde os estudantes que a descobriram grávida em uma visita domiciliar para realizar sua história de vida, no setor psicossocial, até o médico do ambulatório que a assistiu e realizou o seu parto e a psicóloga que a acompanhou todo o tempo.

Interrogamos também outros médicos do ambulatório sobre exemplos de casos que eles acreditavam que foram desafiadores na sua jornada, neste tempo em que trabalham na instituição, a fim de observarmos a atenção psicossocial que ofereceram.

Seguem adiante os seguintes casos:

“Os casos na área são casos que desafiam já que têm uma complexidade um pouco maior. Então, sempre na concepção que a gente procura dar, que é uma visão biopsicossocial há sempre algo que envolve uma complexidade maior em uma dessas dimensões, e quando as três áreas estão com problemas, o que não é incomum, experimenta-se um grande desafio. Você tem paciente de baixa renda que tem dificuldade de aquisição de medicações, de fazer exames mais complexos que seriam exigidos pra os dados e aí, a gente citaria mais no geral, pacientes mais

idosos, diabéticos, hipertensos, com insuficiência coronariana, que são patologias de alta prevalência, tanto diabetes quanto hipertensão e complicação decorrente dessas patologias. Então, quando isso se associa a idoso com problemas sociais, por exemplo, a gente tem alguns idosos que moram sozinhos, são diabéticos, hipertensos e moram só, tem renda de uma aposentadoria, não tem cuidador (...) Bem, então o caso dessa idosa que é hipertensa que é uma história que a gente acompanha desde 97 e que a gente estava com projeto de extensão em fisioterapia. Uma senhora hipertensa que mora nesta área e tem filhos que tentaram levar ela para outra área, mas ela se recusou a permanecer em casa destes filhos, os filhos que ficaram aqui na área não tem um cuidado maior, eu não sei que tipo de dificuldade de relacionamento ela tem com esses filhos. Então, ela prefere morar num quartinho alugado, sozinha, não tem cuidador, tem artrose nos joelhos, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca congestiva, e existe muita dificuldade por ela ser analfabeta. Então, existe dificuldade pra gente saber como ela está tomando as medicações, por essa dificuldade dela não saber ler, não enxergar direito, há necessidade dela ter um cuidador pela complexidade que o caso dela apresenta e a gente não consegue isso porque ela não reside com os filhos, embora tenha filho na área, a gente já pediu para que estes filhos viessem, a filha veio, a gente orientou tudo, mas parece que isso não é suficiente, tem algum problema de relação familiar, como não estou normalmente fazendo visita domiciliar, a gente solicita que seja feita uma visita para ver como encaminhar esse caso, para que a gente tenha uma visão melhor das relações familiares e ver quem poderia ser eleito como cuidador (...) A filha disse que tinha uma menina que dormia com ela que é quem está mais próximo a ela, nós orientamos todos os cuidados que ela precisa, orientamos as receitas pra facilitar o uso das medicações no horário correto e solicitamos que fosse feita uma visita, mas ainda não temos o retorno dessa visita (...) Ela também tem artrose, está caminhando com dificuldade, mora em lugar que tem ladeira, foi uma das solicitações que a gente fez à filha dela, que pelo menos ela se encarregasse de pegar as medicações e não deixasse as medicações faltarem (...) Ela disse que os filhos decidiram que ela deveria morar com a outra filha em outra área e que ela não se adaptou a morar nessa outra área, Canabrava, em outro local aí... Cajazeira. Então ela não se adaptou e quis voltar. Quis voltar, que pra ela era melhor morar sozinha, ela diz isso, é o que ela passa pra gente. Então, ela mora sozinha, recebe a aposentadoria, pagando aluguel do quartinho, ela recebe uma cesta básica da Mansão do Caminho, ela também tava com queixa de déficit alimentar, ela não tem quem prepare os alimentos pra ela, quem se preocupa mais com ela é a filha que está nesta outra área, mas ela prefere ficar aqui, que foi o lugar onde ela viveu, tem os outros filhos dela, todo mundo conhece ela, chamam ela de voinha (...) a necessidade que ela faça fisioterapia para o joelho porque ela sempre pede remédios para dores no joelho, então a gente orienta que ela não pode ficar tomando remédios para dor no joelho por muito tempo, por causa dos riscos de problemas no estômago, rins. Ela precisa fazer fisioterapia, mas aí para ela subir..., ela mora na ladeira, ela se queixa disso, e ela não tem condições de ir às Clínicas que fica na região mais central do bairro, ela precisaria de transporte, alguém que a acompanhasse, ou seja, ela precisa de um cuidador.”M4

A questão sócio-econômica e a dificuldade de resolução financeira e articulação social (rede de apoio familiar e comunitária) são justamente questões mais citadas como atrapalhando o

andamento dos casos. A questão do acompanhamento psicológico, pela falta de apoio psicológico no local e pelas dificuldades encontradas nos encaminhamentos, também são muito citadas. Além disso, quando encaminham, as pessoas apresentam resistência ou dificuldade de se dirigir ao local e, muitas vezes não retornam à instituição.

Neste caso anterior nota-se que a tentativa de envolver a família e a resolução da questão relacional percebida foram difíceis, apesar da preocupação e tentativa da médica. Ela demonstra não ter conseguido informações suficientes da história da paciente para esclarecer a situação. Não houve apoio psicológico nem retorno se houve o acompanhamento domiciliar solicitado. Esta situação perdura até o momento, apesar da hipertensão estar aparentemente controlada.

Outro caso que envolve idosos com problemas relacionais familiares interferindo no bom andamento do tratamento médico é o citado abaixo:

“Lembro de um casal de idosos onde os dois têm patologias como hipertensão, diabetes, todos dois são descompensados e o cônjuge precisa fazer uma série de exames e ele não consegue, porque a esposa diz que tudo recai sobre ela e ela não consegue por falta de tempo e porque ela também é meio doente. Foi questionado a respeito de todos os filhos que eles tinham, que já não moram mais com eles, mas que foi solicitado que esses filhos viessem conversar comigo para que eu pudesse colocar a gravidade do estado de saúde dos pais (...) Pedi para que trouxessem alguém da família, só que eu senti uma resistência da parte dela, ela disse que a pessoa mais decidida da família era ela e que não tinha ninguém. Eu perguntei quantos filhos eles tinham, ela respondeu cinco, mas não tem ninguém, ninguém pode fazer nada. Tinha uma resistência também no sentido de que ela queria assumir esse papel”.M3

Neste caso, a resistência da paciente para chamar os filhos e acreditar na possibilidade de mudança e melhora interferiu no andamento do caso, e não pôde ser aprofundada, o que aconteceria caso tivesse havido acompanhamento psicológico. O resultado do andamento do caso teria sido mais satisfatório e, em ambos os casos citados, poderiam ter contribuído no controle emocional necessário também para controle da pressão (devido à redução de conflitos e apoio familiar).

A situação econômica aparece mais uma vez como o fator impeditivo mais forte no caso desta criança:

“Um caso mais antigo que era um bebezinho de mais ou menos dois meses, desnutrido, com muitas lesões de pele, escabiose infectada, tomando o corpo todo. Cujas mãe já tinha mais seis filhos, vivendo numa situação extremamente

precária, numa casa sem piso, sem banheiro, sem trabalho, sem ajuda do pai que é alcoólatra. Entra em casa apenas para agredir, tipos de coisa que não ia ajudar, veio aqui nos pedindo ajuda, na primeira vez que ela chegou ela não nos contou essa história, mas a criança tinha todo um aspecto físico alterado, comprometedor, desnutrida. E a gente foi conversar com ela para ver de que forma a gente poderia melhorar o aspecto nutricional, questão de higiene, numa primeira consulta ela não nos falou nada sobre a questão social. Embora a gente começasse a deduzir. Questionar a respeito dos outros familiares, se não apresentavam um quadro parecido, de coceira no corpo, que escabiose é uma coisa muito prevalente ali. Uma grande parcela tem e é fruto da própria questão sócio econômica mesmo e tal, bom aí ela disse que não, que filho nenhum tinha, que só quem estava era a criança, ela disse que ela também não tinha. Mas a gente olhava o aspecto também dela, uma pessoa com uma cara assim meio abatida, tristonha, tentei observar assim “Poxa, como é que eu vou fazer isso”, começando pela medicação que ela não ia conseguir comprar o que não tivesse lá no posto de saúde. Então a gente viabilizou alguma coisa que já tivesse no posto, para o tratamento dela com relação à escabiose, eu disse a ela que ia ver com um grupo lá da comunidade, que era o grupo da Mansão do Caminho, de jovens, tinham famílias que ajudavam oferecendo cesta básica, e que ela passasse no outro dia de manhã para ver se a gente tinha conseguido alguma coisa. Nós tivemos muita dificuldade de tratar a parte física mesmo da doença, quase que precisamos internar a criança porque era importante, já tinham abscessos até, mas conseguimos a medicação lá mesmo no posto. Depois eu comprei outra, e entreguei sem falar que a gente tinha comprado, entregamos para que ela fizesse o tratamento e voltasse na próxima semana, e assim ficou indo toda semana durante um tempo. A gente conseguia cesta básica, com recursos próprios sem que ela soubesse, e ficamos dando suporte assim ajudando, difícil de tratá-la, depois ela foi começar a dizer que os outros também estavam e foi trazendo as outras crianças, todas eram desnutridas. Eu pedi uma visita domiciliar para poder me certificar do que realmente estava acontecendo, isso é uma coisa que a gente não tem uma ponte ainda muito bem fechada, então eu não tive resposta, não sei se houve essa visita. Enquanto a criança estava doente, ela ia regularmente, quando a gente conseguiu tratar a criança, e eu consegui diversas vezes a cesta básica para ela. E continuava o tratamento até que a menina ficou boa, também quando ficou boa ela não voltou lá no posto, eu não tive retorno da visita domiciliar, nunca mais eu vi, não consegui mais resgatar (...) Eu acho que a gente deve ter acompanhado o caso por uns quatro meses.”M1

Observa-se que a médica se inteirou do alcoolismo do pai da criança e tentou amenizar o que ela pôde da situação sócio-econômica, inclusive tendo que oferecer uma cesta básica, que deveria ter sido conseguida de outra forma. Mas não conseguiu aprofundar nas questões psicossociais, o que necessitaria de ajuda de profissionais como o psicólogo e assistente social. Esta mesma médica conta outro caso que envolve questões psicológicas:

“Às vezes, se leva uma criança pra uma coisa e na verdade a queixa é outra. Tinha uma criança de mais ou menos oito anos, não me lembro direito porque ela não morava com a mãe. Ela morava com a tia, mas ela tinha os pais, acho que os pais trabalhavam, mas agora me fugiu porque ela não morava com a mãe. Mas o fato é que quando chegava de noite, ela começava a ter medo, tinha medo de morrer, começava a se sentir mal, como se fosse uma síndrome de pânico. E aquilo foi ampliando, isso começou de noite, ela começava a se sentir mal e começava a chorar, aí a tia levava ela pro quarto e passava. Aquilo foi tomando conta dela de noite, começou a acontecer na escola, e a tia era chamada para ir na escola, ela começava a se sentir mal, começava a ter falta de ar, ficava com medo e tal. Depois começou a ter em casa, em qualquer horário, a tia não podia sair de perto dela, a tia não trabalhava, ficava em casa, era dona do lar, e eu acredito que era isso, a mãe trabalhava o dia inteiro e o pai também. E ela ficava com a tia por conta disso, ia pra casa dos pais no fim de semana, de modo que ela tinha isso e depois ela não queria nem ir para a casa dos pais no fim de semana, ela queria só ficar com a tia. A tia dizia assim “A idéia que eu tenho é que ela tem tanta confiança em mim, que se eu estiver perto ela acha que nada acontece”, então ela ficava o tempo todo vinculada a tia. A tia não podia sair, ela não tinha amigos, no local que ela estava com a tia ela não fazia amizades, na escola também não tinha amigos, era uma menina super introspectiva. Eu tentei buscar a relação com os pais, eram atenciosos, davam as necessidades básicas, mas não tinha muito a questão da amorosidade, conversando com a tia. Na verdade nem era uma consulta marcada, chegou lá sem estar marcada e pediu para conversar com a pediatra, aí me chamaram. Ela era cadastrada no ambulatório, porém o que levava ela ali, ela não sabia nem dizer o que era, se era uma doença, se era uma coisa para ali, se eu podia ajudar de alguma forma, o que eu indicava. Eu tenho muita limitação para lidar com essas questões que são mais da área psíquica, mas eu fui buscar um pouco do que era a vida dela com os pais, o que poderia estar gerando aquela insegurança. Por exemplo, num momento desses que ela estava se sentindo sozinha, se ela se sentia mais segura com a tia, “Eu cuido dela desde pequena, porque os pais trabalham o dia todo, sou eu quem fico com ela, ela tem esse apego”. “E porque isso aconteceu agora? Aconteceu alguma coisa na escola?”, “Ela não quer ir para a escola mais, ela tem medo”, “Será que não aconteceu alguma coisa na escola?”, ela não falava. Eu perguntei como é que se manifestava, ela disse que começava a sentir um medo, começava a sentir uma dor de cabeça, aí o coração disparava, ela começava a se sentir mal, aí começava a chorar, não queria dormir porque ficava com medo de morrer, então assim várias coisas. Eu não consegui extrair nada, a tia achava que tudo era ótimo, “Os pais dela são muitos atenciosos, e gostam muito dela, o pai dela faz tudo para ela”, mas no meu entender era assim, que o faz tudo era do ponto de vista financeiro, não faltava nada a ela. Era uma menina até bem vestidinha, bom aspecto, tudo direitinho, perguntei quem era em casa, era só ela, o marido e a filha dela que era maior, a filha dela tinha as atividades dela. Ela não conseguia detectar nada que pudesse ser o fator daquilo, aí eu conversei sobre qual era a religião, no que ela acreditava (...) Ela disse “Quando chega de noite a gente ora bastante”, eram católicos porque se dizem católicos, mas que não iam muito à igreja, e não tinham feito nenhuma formação religiosa com a menina. Tivemos uma conversa tão rápida, já no fim do ambulatório, eu não sugeri muita coisa, disse para a gente conversar mais vezes, eu examinei a menina toda, pedi exames para ela se sentir segura. Eu disse a ela ‘Se clinicamente não tivermos nada...’(...) ‘E porque você não tem muitas



amiguinhas?’, ela ‘Eu tenho vergonha’, fiquei tentando buscar algumas coisas dela, mas num encontro tão rápido em fim de ambulatório, fica um pouco impossível. Eu examinei ela toda, disse ‘Sua menina não tem nada’, ela ficava com medo de algum problema cardíaco, me parece que no meio da história tinha uma avó que tinha falecido, ela tinha presenciado um infarto agudo do miocárdio, que ela tinha ficado marcada por isso. O fato de ela estar sentindo isso agora, não foi imediatamente após a morte da avó, fazia tempo e ela estava sentindo isso muito tempo depois, mas ela tinha medo: ‘Eu tenho o problema que minha avó teve?’. Eu disse a ela que era muito difícil que uma criança dessa idade sentisse problema do coração, que o coração de criança era diferente, que ela não tinha nenhum sintoma, para mostrar a ela que do ponto de vista clínico eu não conseguia ver nada. Fiz exame neurológico para ela se sentir segura, eu pedi eletro, e pedi a ela que fizesse alguns exames. E aí a mãe disse que não sabia como ia fazer, porque ela tinha um plano de saúde, e que ia conversar com os pais, eu disse que havia a possibilidade de fazer uma avaliação com a psicóloga, bater um papo com o pessoal. Não estava tendo um atendimento naquela hora individualizado, mas que de repente ela estaria mais habilitada do que eu para conduzir melhor o caso, identificar mais essas causas, ver que tipo de proposta poderia ser feita para amenizar. Mas que ela tentasse fazer algumas atividades lúdicas, que não buscasse alimentar muito, mas que também não colocar no descaso “Ah! Você não tem nada”. Eu disse a ela que quando a pessoa tem isso aquilo é real, você sente mesmo, ela está ali na eminência de ter um infarto(...) Às vezes, a gente não quer brincar com o amiguinho, porque se acha feia, menos inteligente, o outro é mais inteligente. Que ela era uma menina super inteligente, ela estava na quarta série, era uma série mais avançada, era uma menina que a tia dizia que era super inteligente, estudiosa. Eu disse a ela que quando viesse um pensamento desse, que ela pensasse em outra coisa (...) E não retornou, foi uma vez, essa vez e não retornou, o fato é que ela não apareceu e a gente não conseguiu encaminhar para o psicólogo.”M1

Percebemos a tentativa da médica em acolher e dialogar com a criança sobre o que a afligia. Ela não pôde aprofundar algumas questões, mas fez o que era possível ao médico (não associou claramente o ponto do medo da menina morrer igual à avó). Não pôde chamar os pais, nem dar o encaminhamento necessário, já que esta não retornou, mas conseguiu manter um bom diálogo.

Outro caso de criança é este sobre a enurese noturna:

“Eu atendi uma criança de doze anos que tinha enurese noturna, e a gente sabe que as crianças que têm isto geralmente os pais foram enuréticos, e os pais não têm história. E eu perguntei ‘Você apanha?’, ‘Já apanhei, mas minha mãe não bate mais porque já cansou’, ‘E o que sua mãe faz?’, ‘Ela manda eu tirar o lençol da cama e lavar, sou eu que lavo o lençol’, ‘Me diga como sua família poderia ajudar você a não fazer mais?’, ‘Não sei’, ‘Se sua mãe levantasse duas vezes na noite evitaria você fazer na cama?’, ‘Mas ela me coloca para fazer xixi antes de eu dormir, mas mesmo assim eu faço’. Aí eu falei bem assim ‘Isso incomoda você?’, ‘Não’, ‘Mas você não pode dizer na escola que faz xixi na cama’, ‘Isso

eu não digo não’, ‘também não precisa ninguém saber um problema que é seu’. A gente sabe que esta enurese tem que fazer o tratamento com a psicoterapia mais tratamento medicamentoso. Para ele estava tudo bem, a mãe dele não brigava mais com ele, já sabia o que tinha que fazer e tudo, quer dizer, para essa criança eu vou dizer ‘Você vai ficar bom’, não porque a gente sabe de histórias de crianças que fazem xixi até os dezoito anos na cama (...) A gente encaminhou para um psicólogo e ainda não retornou, a gente pediu exame para investigar infecção urinária, má formação. A gente investiga para ver se não tem infecção urinária, para primeiro tratar as causas orgânicas se existirem e depois se não existir causa nenhuma orgânica, a gente pede para vir com os pais para a gente conversar sobre a criança (...) Se existir causa orgânica de infecção urinária a gente vai tratar a infecção urinária (...) mas o tratamento para enurese é outra coisa (...) A gente usa ritalina, um antidepressivo. Daqui a um mês mais ou menos ele retorna com os exames.”M2

Esta médica conseguiu manter um diálogo esclarecedor com as questões da criança, só faltou investigar um pouco mais a situação dela na família, pois a partir daí, espera-se que um maior aprofundamento seja dado na psicoterapia. É verdade que o grau de aprofundamento nas questões psicossociais irá variar de acordo com o preparo do médico em questão, mas o que chamamos a atenção é que qualquer médico tenha algum preparo para incluir uma investigação básica na anamnese sobre a queixa trazida com preocupação também na atenção psicossocial, ou seja, o mínimo esperado da sua formação para ele investigar psicossocialmente. Os mais preparados nesta questão psicossocial poderão ir mais adiante apresentando maior grau de aprofundamento, inclusive se ele for um médico de outra racionalidade como as que citamos da homeopatia ou medicina chinesa, no entanto, a complementaridade do trabalho será alcançada numa psicoterapia.

Outros médicos colocaram esta questão da psicoterapia diante de pontos investigativos das questões psicossociais no sentido do atendimento em saúde da mulher:

“Teve uma que foi no ano passado, uma paciente que sofria violência sexual. Eu percebia nas conversas com ela, a gente teve vários encontros, propus a ela que fosse na delegacia da mulher ou tentar conversar com o marido, ela disse que não, que já tentaram conversar com ele e foi pior. Ela tinha medo de separar porque ele sustentava ela, e ela tinha medo, ‘vou morar com quem? Vou morar onde? E quem vai cuidar de mim?’ ela preferia estar sofrendo do que encarar a realidade sozinha, ela tinha medo então da represália. A gente se oferecia para ir na delegacia fazer a denúncia, ela dizia que podia ir, mas ao mesmo tempo ela dizia que não, tinha medo, e eu não insisti porque me coloquei no lugar dela. É muito fácil pra mim que sou um profissional dizer pra ela faça isso, denuncie, mas quem vai estar aqui sozinha, em Pau da Lima, com o marido vai ser ela, não vai ser eu. Ela vai ter que enfrentar tudo só, então, essa foi uma situação que me deixou muito...”M5

“(…) na semana passada, um aluno veio me dizer que a paciente veio se queixar para ele que tinha dor na relação sexual, aí ele examinou a paciente e não viu nenhuma anormalidade na paciente. Eu disse ‘Pergunte a ela, como ela está tendo a relação sexual, se ela está tendo desejo, se ela está tendo vontade?’, aí ele voltou ‘A paciente disse que tem relação sexual por obrigação, que nunca teve desejo na vida, que já teve quatro parceiros e nunca teve desejo, não sente nada’ (...) Existe uma fisiologia da resposta sexual que é fisiológica, é natural, se a paciente não tem nada, tem alguma coisa aí, ‘Pergunte a ela, converse com ela, pergunte como foi o início da sua atividade sexual?’. ‘Ela foi com dezesseis anos violentada por quatro rapazes, esta foi a primeira relação sexual dela’ (...) Quatro rapazes, e aí era uma cidade pequena, ficou muito envergonhada e se mudou da cidade por causa disso, veio para cá e se casou, mas nunca teve desejo... Então essa paciente eu não tenho condição de abordar a elaboração desse trauma antigo dela para melhorar a questão sexual dela agora. Então esse é um exemplo que precisaria de psicoterapia.”M6

Este último caso o médico orientou bem o aluno na investigação psicossocial, mas chegou um ponto de gravidade e aprofundamento que ele percebeu seus limites, no entanto esta investigação foi crucial para o esclarecimento diagnóstico, antes que seu aluno dissesse para a paciente que ela não tinha nada. Já no caso anterior a este é essencial para haver resolutividade a psicoterapia junto a uma rede de apoio a este tipo de problema. Existem algumas tentativas municipais de delegacia associada a um abrigo protetor para mulheres, mas no caso deste município ainda se está iniciando, e falta o apoio psicológico suficiente e capacitação para emprego, a fim de uma mulher deste tipo ser encorajada a sair da situação de violência.

Estes casos citados foram importantes para visualizarmos na prática a investigação psicossocial que os professores realizam, além de orientar seus alunos, mas precisávamos perceber nas suas práticas a inclusão do psicossocial que eles tanto se referiram. Podemos concluir que a maioria dos médicos, pelo que referem nos casos citados, se preocuparam realmente com estas questões, alguns mais preparados do que outros para saber o que e como investigar, alguns necessitando de maior esclarecimento sobre o que seja esta questão e como realizá-la assimilada à condução da consulta. No entanto, a integração biopsicossocial não foi visualizada na prática dos professores que acreditamos ter possibilidades de se conseguir, possivelmente com mudanças na estruturação do atendimento e pelo despreparo dos alunos, mas também porque alguns professores precisam sentir realmente o que seja esta dimensão assimilada à consulta.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

“A onda vive a vida de uma onda e, ao mesmo tempo, a vida de água”  
(Thich Nhat Hanh)

Neste processo de análise tentamos responder às questões desta pesquisa e, no decorrer, podemos verificar que as hipóteses da pesquisa foram reforçadas no ponto de que as dificuldades destes médicos pesquisados em realizarem esta investigação psicossocial e acolhimento destes aspectos com seus alunos, deviam-se principalmente pela não integração e operacionalização quanto ao que se questiona nesta investigação e, pela pouca motivação e preparo dos alunos de medicina em questão na abordagem desta dimensão no atendimento.

Os professores investigados apontaram sensibilidade para a dimensão psicossocial, precisando, no entanto, ser mais claros, integrados e operacionais na prática do atendimento sobre o que e como se perguntaria na investigação psicossocial, pois a fala de um dos médicos administradores é que eles também relaxam ao encontrar resistência nos alunos. A maioria dos médicos, então, pelos seus discursos e nos casos práticos citados, demonstraram se preocupar realmente com estas questões, alguns mais preparados do que outros e, alguns necessitando de maior esclarecimento sobre o que seja esta questão e como realizá-la assimilada na condução da consulta. No entanto, a integração biopsicossocial está difícil de ser visualizada nesta prática, mesmo para aqueles professores que acreditamos ter possibilidades de conseguir. Mas com uma melhor sistematização da dimensão psicossocial (inclusive para inclusão na anamnese) e ocorrendo mudanças na formação médica, para maior preparo e sensibilização dos alunos para esta integração biopsicossocial no atendimento, além de adaptações na estrutura do atendimento nesta Unidade e no PSF como um todo, poderá se alcançar uma grande melhora nesta integração.

A formação médica deve apoiar-se na transdisciplinaridade com percepção da multidimensionalidade humana e desenvolvimento integrado psicofísico, compreensão antropológica do adoecer e bioética. A abordagem biopsicossocial carece de aprofundamento e experimentação, pois a questão biológica domina fortemente a formação da maioria médica, dificultando a sensibilização para percepção e inclusão das dimensões psicológicas e sociais integradas.

Além disso, são encontradas muitas dificuldades no encaminhamento destes problemas, já que o acolhimento possível ao médico destas questões psicossociais passa pelo desabafo, apoio e orientações, entrelaçado ao processo de educação em saúde, mas quando se precisa de maior aprofundamento e de acompanhamento contínuo, principalmente nas questões inconscientes, é imprescindível o trabalho junto ao psicólogo para complementaridade na consulta de abordagem biopsicossocial.

A necessidade de maior oferta de atendimentos psicológicos, tanto no sistema de referência para encaminhamentos quanto no trabalho interdisciplinar em equipe biopsicossocial (inclusive dentro do PSF), como no caso desta instituição, se faz premente. Para tanto, faz-se necessário que o psicólogo se situe melhor nas suas ações de atenção básica.

Acreditamos que se o médico se prepara para o fato de acreditar que todas as doenças envolvem aspectos psíquicos, sociais, culturais e espirituais integrados aos corporais, isto será um dos facilitadores para este abordar o paciente na integração biopsicossocial. Esta abordagem foi situada de forma confusa nas falas apresentadas, necessitando assim de uma maior explicitação teórica-prática de como seria viabilizada.

A investigação psicossocial foi organizada em questões ligadas à história de vida do paciente, sejam estas (agrupando criança e adulto): gravidez, parto e amamentação, aceitação da criança na família, aceitação na escola, traumas e brincadeiras, sono, autonomia, auto-estima, auto-imagem, trabalho, lazer, crença espiritual, administração de sentimentos e do stress, projeto de vida, tristeza, medo, culpa, ansiedade, raiva, grau de otimismo e perseverança frente ao problema, atividade sexual, vida afetiva, atividade física, hábitos alimentares, como percebe seu adoecimento e como situa a história da doença na sua história de vida. Estes temas questionados em nossa sugestão de roteiro psicossocial, onde devem ser vistos não como meros itens de uma anamnese, mas de forma assimilada por toda a condução da consulta biopsicossocial, são colocados de forma sucinta no que interessa à queixa trazida, mais na posição de escuta do que um questionamento excessivo. Para tanto, precisa-se de maior tempo, melhor vínculo de confiança e postura disponível para se cair as máscaras no processo de autoconhecimento (VASCONCELOS, 2006). Outras questões que envolvem a dimensão psicossocial como, habitação, saneamento ambiental, emprego e renda, acesso aos serviços de saúde e sistemas externos de apoio social na comunidade, transporte e segurança são investigados na parte sócio-econômica da anamnese, apesar de estar integrado na nossa percepção.

O modelo de assistência à saúde que sugerimos a partir, principalmente de Jung, Wilber e Capra, incluiria então amenizar situações estressantes da estrutura sócio-econômica com ações coletivas e responsabilidade individual integradas. O Estado participaria garantindo políticas que protegessem a saúde de seus cidadãos, a partir de ações intersetoriais, como segurança, questões ambientais e habitacionais com criação de ambientes favoráveis (ecologia, educação, trabalho, lazer), além da responsabilidade social de melhorar a distribuição de renda e promover a equidade de recursos na saúde, implantando e implementando políticas de saúde, como por exemplo, segundo sugestão de Capra (1982): restrições a toda publicidade de produtos prejudiciais à saúde; impostos de assistência à saúde sobre indivíduos e empresas que gerem riscos para a saúde; programas de ação social para melhorar a educação, os níveis de emprego, os direitos civis e a situação econômica de grande número de pessoas empobrecidas; desenvolvimento progressivo dos serviços de planejamento e aconselhamento familiar, centros de assistência diurna (incluindo assistência preventiva à saúde mental); desenvolvimento de uma política nutricional que forneça incentivos à indústria para produzir alimentos mais “nutritivos”; legislação para apoiar e desenvolver métodos orgânicos de lavoura.

Neste modelo, a finalidade básica de qualquer terapia seria restabelecer o equilíbrio do paciente com mínima intervenção, utilizando-se de tratamentos moderados, na medida do possível, fortalecendo o corpo e a mente com autoconfiança e atitude mental positiva. Esta abordagem seria multidimensional, o que iria requerer equipe multiprofissional, com profissões variadas de disciplinas que antes nem estavam associadas à medicina e todos com a mesma concepção holística de saúde.

Profissionais de saúde, como médicos ou enfermeiros, necessitariam de transformações na sua formação e atuação para integrar estes aspectos biológicos e psicossociais. Profissionais, como o psicólogo, estaria trabalhando em conjunto com outros profissionais, onde todos estariam integrando estes aspectos psicossociais, inclusive na prevenção de doenças e promoção à saúde.

Para isso, os sujeitos envolvidos teriam que admitir sua responsabilidade, bem como sua participação emocional e comportamental (consciente e inconsciente) tanto na constituição de doenças como na manutenção da saúde e retorno ao equilíbrio, não tomando essa idéia como julgamento moral e culpabilização (CAPRA, 1982). No contexto da abordagem biopsicossocial,

nossa participação no desenvolvimento de uma doença significa que “fazemos certas escolhas para nos expormos a situações estressantes e, além disso, para reagirmos a esses estresses de determinadas maneiras”(CAPRA, 1982). Claro que nossa responsabilidade envolve participação social em mudanças no sistema vigente adoecedor e é influenciada pelo nosso condicionamento sócio-cultural, que muitas vezes envolve questões inconscientes, mas não nos tira a responsabilidade parcial (relativa) na contribuição do nosso adoecimento.

Segundo a proposta explicitada da psicologia analítica de Jung, nesta concepção holística e biopsicossocial, também admitiríamos a questão simbólica que envolve tanto doenças mais psíquicas quanto mais corporais, onde o processo de autoconhecimento pessoal estaria integrado à luta conjunta por mudanças sociais. Como os processos mentais são também decisivos na cura do indivíduo, poderíamos também admitir a nossa capacidade de cura, mudando comportamentos, crenças e atitudes que nos levaram a adoecer, a fim de restabelecemos nossa saúde, influenciando reciprocamente o contexto maior da saúde coletiva. Dessa forma, pensamentos e atitudes positivas, além de auxiliarem a reduzir e/ou manter o estresse sob controle, também poderiam inverter o processo patológico, além de prevenir doenças em geral e influenciar mudanças mais gerais na saúde da população, pois a mente participa integrada ao corpo em qualquer processo de adoecimento (CAPRA, 1982).

A valorização dos exercícios físicos, também integrados aos aspectos psicossociais nas terapias, incluiriam promover métodos que trabalhem o corpo nos seus aspectos físicos e psicológicos inter-relacionados, como, por exemplo, psicoterapias neo-reichianas, técnicas de relaxamento e meditação, massagens orientais, Yoga, taichi-chuan, aikido, chi kung. Nestas abordagens o corpo é trabalhado como reflexo da psique, de forma que, agindo nele, mudanças serão desencadeadas na psique e vice-versa, ou seja, nossas atitudes, pensamentos e sentimentos se refletem em tensões corporais que podem originar doenças.

Toda essa mudança no Sistema de Saúde, inclusive na educação médica, deve vir acompanhada do fortalecimento do SUS, no caso do Brasil, impedindo a dominação de interesses das grandes empresas nos seguros de saúde, implementando uma política apropriada e orientando a população em sua liberdade de escolha a fazer o que for mais adequado.

A psicologia integraria as diversas correntes como pontos de vista diferentes na unicidade, apesar das diferenças nas concepções de adoecimento, percebendo o organismo como um sistema

dinâmico que envolve padrões físicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais de maneira interdependente. Riechelmann (2000) considera, num conceito mais amplo, que a moderna Psicossomática procura incluir um referencial teórico que abranja teorias do psiquismo, do corpo, da sociedade e cultura. Assim, ele integra as diversas abordagens da psicologia, como a comportamental, cognitiva, psicanálise, psicodinâmica, existencial, corporal, refletindo sobre a historicidade do sujeito, como a abordagem sócio-histórica. Além disso, a integração de conhecimentos sociológicos e antropológicos com os biológicos, como o referencial da antropologia da saúde, psiconeuroendocrinoimunologia e neurociências.

Concluindo, então, podemos notar a necessidade de várias questões, mas a teoria que organiza a visão biopsicossocial do adoecimento, que no caso estamos sugerindo a abordagem junguiana, é o que oferece consistência a esta abordagem de integrar as doenças num espectro variando entre as mais orgânicas até as mais emocionais, agrupando inclusive as doenças consideradas orgânicas com os fenômenos psicossomáticos, neuroses e psicoses, caminhando assim para uma proposta transdisciplinar de trabalho na prática da atenção em saúde coletiva.



## REFERÊNCIAS

- ALBUS, C. *et al.* **Preferences regarding medical and psychosocial support in HIV- infected patients.** Elsevier–patient education and counseling, 56, 2005.
- ALMEIDA Filho, N. Transdisciplinariedade e saúde coletiva **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: ABRASCO, v. 2, n. 1-2. 1997.
- ALMEIDA Filho, N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução à epidemiologia moderna.** Salvador: ABRASCO, 1992.
- ALMEIDA, M. J. **Educação médica e saúde:** possibilidades de mudanças. Londrina: UEL, 1999.
- ALVES, V. S. **Educação em saúde e constituição de sujeitos:** desafios ao cuidado no Programa Saúde da Família. Salvador: ISC/UFBA, 2004.
- AMARAL, A. C. **Equipo interdisciplinario em Salud Familiar Integral:** evolución de la satisfacción de los profesionales de salud del Programa de Familias en Riesgo. Chile: Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, 2002.
- AMARAL, M. A. Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v. 31, n. 3, jun. 1997.
- ANGERAMI-CAMOM (org.) **Atualidades em psicologia da saúde.** São Paulo: Thomson, 2004.
- ANTONI C. *et al.* Uma família em situação de risco: resiliência e vulnerabilidade. Salvador: **Interface,** v. 2, jan-jul. 1999.
- ARAÚJO, E. C. **O processo terapêutico da medicina homeopática:** o papel estratégico da relação médico-paciente. 2001. Tese (Doutorado em Prática de Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- ARORA, N. K. *et al.* Barriers to information access, perceived health competence and psychosocial health outcomes: test of a mediation model in a breast cancer sample. **Elsevier-patient education and counseling,** 47. 2002.
- ÁVILA, L. **Doenças do corpo e doenças da alma:** uma apresentação. 1996.
- BAUER, M.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som:** um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002.
- BIRMAN, J. **Enfermidade e loucura:** sobre a medicina das inter-relações. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

BLEIKER, E. M. A.; VAN DER PLOEG, H. M. Psychosocial factors in the etiology of breast cancer: review of a popular link. **Patient Education and Counseling**, 37. 1999.

BOFF, L. **Saber cuidar**. Petrópolis: Vozes, 2000.

BOSCÁN, M. C. Medicina Alternativa (?Medicina complementaria?) como fenômeno social. Hacia la construcción de un nuevo modelo de salud. In: LEÓN, R.B.; MINAYO, M.C. ; COIMBRA, Jr. **Salud y equidad: uma mirada desde las ciências sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

BOSCH, J; STRADMEIJER, M.; SEIDELL, J. Psychosocial characteristics of obese children/youngsters and their families: implications for preventive and curative interventions. **Elsevier-patient education and counseling**, 55. 2004.

BRANT, L. C. O indivíduo, o sujeito e a epidemiologia. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6. 2001.

BRASIL. **Constituição Federal**. Brasília, Senado federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997.

BUCHILET, D. A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde. In: BUCHILET, D. (org.). **Medicinas tradicionais ocidentais na Amazônia**. Belém: CEJUP, 1991.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982.

CARDOSO, C. L. A inserção do psicólogo no Programa Saúde da Família. **Psicologia: ciência e profissão**, 2002, 22 (1), 2-9.

CARDOSO, W.L.D. Qualidade de vida e trabalho IN: GUIMARÃES, L. A ; GRUBITS, S. (org.) Série: **Saúde mental e trabalho**, v.1. São Paulo: Casa do psicólogo, 1999.

CARVALHO, M. J. A dor no estágio avançado das doenças In: ANGERAMI-CAMON (org.). **Atualidades em psicologia da saúde**. São Paulo: Thomson, 2004.

CECILIO, L. C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 2000.

CHARDIN, P. T. de. **Mundo, homem e Deus: textos selecionados, introduzidos, traduzidos, anotados e comentados por José Luiz Archanjo**. São Paulo: Cultrix, 1978.

- CHAVES, M. M; ROSA, A. R. (org.). Educação médica nas Américas: **o desafio dos anos 90**. São Paulo: Cortez, 1990.
- CHESSON, R; CHISHOLM, D.; ZAW, W. Counseling children with chronic physical illness. **Elsevier–Patient Education and Counseling**, 55. 2004.
- CSORDAS, T. **Embodiment and experience**: the existential ground of culture and self. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
- CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. **Promoção da saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- DOSSEY, L. **Espaço, tempo e medicina**. São Paulo: Cultrix, 1982.
- EKSTERMAN, A. Psicossomática: o diálogo entre a Psicanálise e a Medicina In: MELLO FILHO, J. (e colab.). **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes médicas, 1992.
- ENGEL, G. The biopsychosocial model and medical education: who are to be the teachers? **The New England Journal of Medicine**. 1982.
- ERBA, M. Uma filosofia da saúde. **Viver - Mente & Cérebro**, n. 154, nov. 2005.
- FERGUSON, M. **A conspiração aquariana**, 4.ed. Rio de Janeiro: Record, 1980.
- FEUERWERKER, L., ALMEIDA, M. e LLANOS, C.M. **A educação dos profissionais de saúde na América Latina**, tomos 1 e 2. São Paulo: Hucitec; Lugar Editorial; Uel, 1999.
- FLICK, U. Entrevista episódica In: BAUER, M. & GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002.
- FONSECA, J. Tendências da psicoterapia para o terceiro milênio: pontos de reflexão. **Temas**, São Paulo, 1995, 49: 7-20.
- FRANCO, A. L. **A relação médico-paciente no contexto do PSF**: um estudo observacional em três municípios baianos. Salvador: UFBA-ISC, 2002.
- FREITAS, E. Psicossomática tem 50 anos no Brasil. **Viver - Mente & Cérebro**.
- FRIDMAN, L. C. Vertigens pós-modernas: a subjetividade contemporânea. In: FRIDMAN, L. C. **Vertigens pós-modernas: configurações institucionais contemporâneas**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, p.63-89, 2000.
- GEERTZ, C. Uma descrição densa: Por uma teoria interpretativa da Cultura. In: **A interpretação da cultura**. Rio de Janeiro. 1989.
- GOHN, M. da G. Movimentos Sociais e ONGs no Brasil na era da globalização. In: **Teorias dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos**. São Paulo: Loyola, 2000.

GONÇALVES, M. G.; BOCK, A. M. (org.). *Indivíduo-sociedade: uma relação importante na psicologia social. A perspectiva sócio-histórica na formação em psicologia*. Petrópolis: Vozes, 2003.

GOOD, B. **Medicine, rationality and experience**: an anthropological perspective. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

IRIART, J. A. B. Concepções e representações da saúde e da doença. In: **Introdução à saúde coletiva: textos didáticos**. Salvador: ISC-CEPS, 2003.

JESUS, M. L. de. **Atuação psicológica em serviços públicos de saúde de Salvador do ponto de vista dos psicólogos**. Salvador: ISC-UFBA, 2005.

JOHNSON, J. M. Trust and personal involvements in fieldwork. In: EMERSON, R. (org.). **Contemporary field research: a collection of readings**. Boston & Toronto: Little Brown, p. 203-215, 1993.

JUNG, C. G. **O espírito na arte e na ciência**. 1991.

KLEINMAN, A. **The illness narratives: suffering, healing and the human condition**. Cambridge: Basicbooks, 1988.

LAST, B. F.; GROOTENHUIS. Emotions, coping and the need for support in families of children with cancer: a model for psychosocial care. **Elsevier-patient Education and Counseling**, 33. 1998.

LASZLO, E. **Conexão cósmica**. Petrópolis: Vozes, 1999.

LEITÃO, L. Não basta apenas ouvir, é preciso escutar. **Saúde em debate**, 47. 1995.

LOBATO, O. O problema da dor. In: MELLO FILHO, J. (e colab.). **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

LOWEN, A. **Amor, sexo e seu coração**. São Paulo: Summus, 1988.

LUZ, M. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. In: **Cadernos de Sociologia**. Porto Alegre, v. 7, p.109-128. 1995.

\_\_\_\_\_. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

MEIRA, B. B. A; VALLE, T. M. Nível de estresse das acompanhantes de pacientes internados no setor pediátrico e aspectos sócio-emocionais inter-relacionados. In: NEME, C. M; RODRIGUES, O. P. R. (org.). **Psicologia da saúde: perspectivas interdisciplinares**. São Carlos: RIMA, 2003.

MELLO FILHO, J. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

- MELLO, A. M. Psicossomática e pediatria. In: MELLO Filho, J. (e colab.). **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1999.
- MINAYO, M. C. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6. 2001.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (Secretaria de Atenção à Saúde). **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. 2003.
- MONTEIRO, D. A . **O ta[lento] da homeopatia**: representações dos sujeitos no SUS. Salvador: UFBA-ISC, 2005.
- MORIN, E.; ALMEIDA, M. C.; CARVALHO, E. A (orgs.). **Educação e complexidade**. São Paulo: Cortez, 2002.
- MOSCOVICI, S. **Por que estudar representações sociais em psicologia?** 2003.
- NEME, C. M; SOLIVA, S. N; RIBEIRO, E. J. História prévia de eventos de estresse e câncer de mama, útero e ovários. In: NEME, C. M; RODRIGUES, O. P. R. (org.). **Psicologia da saúde: perspectivas interdisciplinares**. São Carlos: RIMA, 2003.
- NUNES, M. O. **Da clínica à cultura**: uma etnografia da relação terapêutica no contexto “PSI”. Salvador: UFBA-ISC, 1993.
- OLIVEIRA M. A. F. & COLVERO L. A. A Saúde mental no Programa de Saúde da Família. **Saúde**. <http://www.uol.com.br>. 2001.
- OSTROWER, F. **Acasos e criações**. Rio de Janeiro: Campus, 1995.
- PAIM, J. S. **Saúde e estrutura social**: introdução ao estudo dos determinantes sociais da saúde. (texto reformulado para a disciplina MED-196 em 1992).
- \_\_\_\_\_. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, A. Z.; ALMEIDA Filho, N. **Epidemiologia e Saúde**, 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.
- PAIM, J; ALMEIDA Filho, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.
- PALMER, M. **Freud e Jung**: sobre a religião. São Paulo: Loyola, 2001.
- PEDROSA, M. A. L. Reflexões sobre Michael Balint: comunicando uma experiência de grupos. In: MELLO Filho, J. (e colab.). **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- PEIXINHO, A. L. **Educação médica**: desafio da sua transformação. Salvador: FACED-UFBA, 2001.

- PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (1996-1999). SESAB–SUS. Salvador, 1996.
- RAMOS, D. G. **A psique do corpo: a dimensão simbólica da doença**. São Paulo: Summus, 2006.
- REICH, W. **A função do orgasmo**. São Paulo: Brasiliense, 1992.
- REMOR, E. A. **Psicologia da saúde: apresentação, origem e perspectivas**. 1999.
- REY, F. G. **Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural**. São Paulo: Thomson, 2003.
- RIEHELMAN, J. C. Medicina psicossomática e psicologia da saúde: veredas interdisciplinares em busca do elo perdido. In: ANGERAMI, V. A. **Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica**. São Paulo: Pioneira, 2000.
- ROBINSON, J. W; ROTER, D. L. Psychosocial problem disclosure by primary care patients. **Pergamon – Social Science & Medicine**, 48. 1999.
- ROSALDO, M. Toward an anthropology of self and feeling. In: SHWEDER, R. E.; LEVINE, R. **Cultural theory, essays on mind, self and emotion**. Cambridge: Cambridge University Press, 1984.
- SAINSBURY, A.& HEATLEY, R.V. Review article: psychosocial factors in the quality of life of patients with inflammatory bowel disease. **Aliment Pharmacol Ther**, 21. 2005.
- SAMUELS, A. **A política no divã: cidadania e vida interior**. São Paulo: Summus, 2002.
- SANTOS FILHO, O. C. Histeria, hipocondria e fenômeno psicossomático. In: MELLO Filho, J. (e colab.). **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- SANTOS, S.R.S. **A produção dos fatos epidemiológicos: Uma perspectiva pragmática da transdisciplinaridade**. Salvador: ISC/UFBA, 2005
- SAWAIA, B. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: SAWAIA, B. (org.). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. São Paulo: Vozes, 2002.
- SILVA, A. R; CALDEIRA, G. Alexitimia e pensamento operatório: a questão do afeto na psicossomática. In: MELLO Filho, J. (e colab.). **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- SILVA, R. C. **A formação em psicologia para o trabalho na saúde pública**. 1988.
- SILVA, M. A D. **Quem ama não adoce**. São Paulo: Best seller, 2002.
- SOARES, A. Psicossomática: do dualismo ao monismo. **Revista Psi**, v. 3, 2000.

SPINK M. J. A construção social do saber sobre saúde e doença: uma perspectiva psicossocial. **Saúde e Sociedade**, v. 1, n. 2, p. 125- 139, 1992.

TEIXEIRA, C. *et al.* SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, 2: 7-28, 1998.

TRAD, L.; BASTOS, A .C. O impacto sócio-cultural do PSF: uma proposta de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, 14, 1998.

URIE, B. **A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

VASCONCELOS, E. M. (org.). **A espiritualidade no trabalho em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

VOS, P. *et al.* Effects of delayed psychosocial interventions versus early psychosocial interventions for women with early stage breast cancer. **Elsevier-patient Education and Counseling**, Jan. 2005.

WEIL, P. **A mudança de sentido e o sentido da mudança**. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 2000.

WESTPHAL, M. F. **Violência e criança**. São Paulo: Edusp, 2002.

WILBER, K. **Uma breve história do universo**. Rio de Janeiro: Nova Era, 2001.

WHITMONT, E. C. **A busca do símbolo: Conceitos básicos de psicologia analítica**. São Paulo: Cultrix, 1969.

YUNES, M. A. **Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família**. 2001.

ZOHAR, D.; MARSHALL, I. **QS inteligência espiritual**. Rio de Janeiro: Record, 2002.

**ANEXOS**



## **ANEXO I – ROTEIRO DE ENTREVISTA**

**(Pedir para contar dois casos desafiadores – quando? como procedeu? desafios? - seguindo roteiro de temas: anamnese, investigação psicossocial, tratamento, cura, encaminhamento).**

- 1- O que você compreende pelo processo de adoecimento?
- 2- O que uma pessoa precisa fazer para ter saúde no seu cotidiano?
- 3- Que setores da sociedade estão envolvidos para manutenção da saúde das pessoas?
- 4- Como você orienta o preenchimento deste item de investigação psicossocial na anamnese? Por que muitos estão sem preenchimento? (treinamento e divergências)
- 5- Que doenças você acredita que aspectos psicológicos estão envolvidos na etiologia e manutenção da doença? O que é doença psicossomática? E qual a diferença pra doença mental?
- 6- E na cura este aspecto psicológico é importante?
- 7- Muda alguma coisa no seu processo de investigação e tratamento quando se trata de uma doença que ressalte aspectos psicológicos ou de sofrimento mental?
- 8- Encaminha para outro profissional? (dificuldades)
- 9- O que você acha do trabalho interdisciplinar?
- 10- Que profissionais devem fazer parte da equipe do PSF? Por que?
- 11- O psicólogo pode ajudar nestes casos? Cite um exemplo em que este tipo de encaminhamento auxiliou na sua prática em algo nos resultados do tratamento e um caso em que atrapalhou o tratamento pela falta do psicólogo.
- 12- Qual sua formação e trajetória profissional? (cursos realizados, experiência profissional, como veio trabalhar na instituição e quanto tempo tem).
- 13- Quais as características principais da instituição e diferenças para o PSF?

## **ANEXO II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **A. Proposta**

Gilka Freitas Tourinho, estudante do mestrado do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, está realizando uma pesquisa com o objetivo de conhecer como os médicos desta instituição-escola concebem o processo saúde-doença em seus aspectos psicossociais e orientam seus alunos.

### **B. Participação voluntária**

Eu, como médico desta instituição, aceito voluntariamente ser observado e entrevistado pela pesquisadora, sabendo estar contribuindo com a pesquisa sem nenhum tipo de honorários, podendo desistir de participar a qualquer momento.

### **C. Justificativa e Benefícios esperados**

Esta dimensão psicossocial não vem sendo suficientemente incluída no âmbito das preocupações médicas, apesar de muitas pessoas que procuram os serviços de saúde apresentarem queixas com ênfase nestes aspectos e a integração biopsicossocial, além da preocupação com a singularidade da experiência na enfermidade para cada sujeito e sua família ser imprescindível nos programas de humanização das práticas médicas. As informações geradas pela pesquisa poderão subsidiar avanços na formação médica e melhora no atendimento integral das instituições de saúde, com melhores resultados na cura de doenças.

### **D. Procedimentos**

Este consentimento implica em combinação prévia de horário e local para entrevista, de maneira a não interferir no processo de trabalho do local, nos períodos de junho e julho de 2006, podendo se estender ao mês seguinte em caso de necessidade e estimando no máximo de dois encontros para a realização da entrevista, com gravação desta e duração de aproximadamente uma hora. Além disso, a pesquisadora observará

algumas atividades e alguns prontuários preenchidos pelos alunos e orientados pelos professores.

#### **E. Riscos e desconfortos**

Minha participação nesta pesquisa não oferece nenhum tipo de risco, no entanto, se não quiser continuar por qualquer razão posso me afastar a qualquer momento, assim como posso pedir maiores informações sobre o projeto quando achar necessário, comunicando-me com a pesquisadora.

#### **F. Confidencialidade**

A pesquisadora se compromete a proteger minha privacidade, sem ter como me identificar, e aparecendo meu nome apenas neste consentimento, e tendo cautela na utilização destas informações, a fim de não prejudicar o profissional.

#### **G. Consentimento**

Sendo assim, declaro que este documento me foi explicado e que concordo com os itens acima citados, sabendo que se algum destes não forem cumpridos a pesquisadora se responsabiliza por qualquer dano causado ao profissional nos termos da lei vigente.

Salvador, \_\_\_\_\_ de 2006

Ass. da pesquisadora \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_