EVA HELENA COSTA CARDOSO ZOPPE

**Ensinando psicodinâmica para
residentes de psiquiatria**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo, para obtenção do
título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Francisco Lotufo Neto

SÃO PAULO

2007

EVA HELENA COSTA CARDOSO ZOPPE

**Ensinando psicodinâmica para
residentes de psiquiatria**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo, para obtenção do
título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Francisco Lotufo Neto

SÃO PAULO

2007

À minha família, sem a qual muitos sonhos
estariam esquecidos ao longo do tempo.

“Conte-me, e eu vou esquecer. Mostre-me, e eu vou lembrar.

Envolva-me, e eu vou entender.”

Confúcio

Agradecimentos

Ao meu orientador, Francisco Lotufo Neto, que soube ser “suficientemente bom”, auxiliando de forma precisa nas dificuldades, reforçando as conquistas e exigindo mais esforço, mas sempre respeitando minha individualidade.

Aos residentes que, através de seu desenvolvimento e afeto, me estimularam a pesquisar e melhorar cada vez mais.

Aos pacientes que, mesmo sem perceber, ensinaram muito a todos nós.

À Patrícia de Campos L. Schoueri, por toda a ajuda na concepção deste trabalho, por todos os anos de ensino que contribuíram para a minha identidade profissional, e ainda, pela disposição de ser uma das juízas na avaliação dos residentes.

À Mônica de Magalhães Castro, pelo retorno muito comemorado, e sua contribuição como juíza independente e confidente.

Ao grande amigo Carlos David Segre, pela oportunidade de aprender a assumir a minha própria irreverência.

À Michele Karaguilla, por todas as revisões de texto e a possibilidade de complementar meu pensamento.

Ao professor Fernando Lefèvre, pelo interesse, simplicidade e didática.

À Michele Quevedo, que me ensinou, na prática, o que é uma pesquisa qualitativa.

À Maria Aparecida Basile, uma professora inesquecível.

À Maria Eugênia Vanzolini, por seu utilíssimo planejamento educacional.

À Carmen Saldiva de André, pela ajuda dedicada na realização da análise estatística.

Ao infalível José Luiz de Magalhães Castro Neto, um “anjo da guarda” informatizado.

À Marylise M. Silveira, pelo incentivo permanente, mesmo pensando que é sem querer.

Índice

Lista das Siglas

Resumo

Summary

1. INTRODUÇÃO	1
1.1 JUSTIFICATIVAS DO ESTUDO	14
1.2 OBJETIVOS	14
 2. CASUÍSTICA E MÉTODO	 16
2.1 O PROJETO PEDAGÓGICO	17
2.1.1 O Grupo de Psicoterapia Dinâmica Breve	17
2.1.2 O Curso	18
2.1.3 Avaliação do Aprendizado	21
2.2 AMOSTRA	25
2.3 INSTRUMENTOS	26
2.4 A ESCOLHA DO MÉTODO	27
2.5 PROCEDIMENTO	29
2.5.1 O Método Quantitativo	29
2.5.2 O Método Qualitativo	35
2.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA	40

3. RESULTADOS	41
3.1 RESULTADOS OBTIDOS A PARTIR DA METODOLOGIA QUANTITATIVA	42
3.1.1 Comparação entre as Fitas C e D no Período Final do Segundo Semestre	42
3.1.2 Análise da Questão 1 (Q1)	44
3.1.3 Análise da Questão 2 (Q2)	46
3.1.4 Análise das Questões 3 e 5 (Q3 e Q5)	48
3.1.5 Análise da Questão 4 (Q4)	57
3.1.6 Estimativa das Diferenças das Notas nos Dois Períodos	59
3.1.7 Análise da Nota Total nos Dois Períodos	62
3.1.8 Análise da Nota Total em Relação à Universidade de Origem do Residente	66
3.1.9 Análise da variável “Grupo de Estudos” (GE)	66
3.1.10 Análise da variável “Psicoterapia Pessoal”	70
3.2 RESULTADOS OBTIDOS A PARTIR DA METODOLOGIA QUALITATIVA	73
3.2.1 Pergunta 1	73
3.2.2 Pergunta 2	78
3.2.3 Pergunta 3	83
3.2.4 Pergunta 4	87
3.2.5 Pergunta 5	90
3.2.6 Pergunta 6	95
3.2.7 Pergunta 7	100

4. DISCUSSÃO	107
4.1 A METODOLOGIA DE ENSINO	108
4.2 AS PROVAS	110
4.2.1 O “efeito de fita”	110
4.2.2 A Questão 1 (Q1)	110
4.2.3 A Questão 2 (Q2)	115
4.2.4 A Questão 3 (Q3)	116
4.2.5 A Questão 5 (Q5)	119
4.2.6 A Questão 4 (Q4)	122
4.2.7 O Progresso dos Residentes	124
4.2.8 O Desempenho dos Residentes em Relação às Variáveis “Universidade”, “Grupo de Estudos” e “Psicoterapia Pessoal”	125
4.2.9 O Comportamento dos Residentes em Relação às Variáveis “Grupo de Estudos” e “Psicoterapia Pessoal”	127
4.3 DISCUSSÃO SOBRE OS DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO	129
4.3.1 Pergunta 1	129
4.3.2 Pergunta 2	133
4.3.3 Pergunta 3	136
4.3.4 Pergunta 4	139
4.3.5 Pergunta 5	142
4.3.6 Pergunta 6	145
4.3.7 Pergunta 7	147
5. CONCLUSÕES	150
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	154

7. ANEXOS	164
Anexo 1: Bibliografia dos Seminários Teóricos	165
Anexo 2: Prova R1 (2002)	168
Anexo 3: Prova R1 (2003)	169
Anexo 4: Prova R1 (2004)	170
Anexo 5: Prova R1 (2005)	173
Anexo 6: Exercício R1	175
Anexo 7: Questionário R1	176
Anexo 8: Lista de Perguntas para a Entrevista Individual – R1	177
Anexo 9: Esboço de Entrevista Individual – R1	179
Anexo 10: Entrevista Individual – R1	180
Anexo 11: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	181

Lista das Siglas

AA – Alcoólicos Anônimos

AC – Ancoragem

ACGME – Accreditation Council for Graduate Medical Education

CID 10 – Código Internacional de Doenças

DSC – Discurso do Sujeito Coletivo

DSM-III – Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, 3ª Edição

ECH – Expressão-Chave

EEG – Eletroencefalograma

GE – Grupo de Estudos

GPB – Grupo de Psicoterapia Dinâmica Breve

HU – Hospital Universitário

IC – Idéia Central

IPq-HC-FMUSP – Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

PDB – Psicoterapia Dinâmica Breve

R1 – Residente de primeiro ano

RRC – Residency Review Committee

RESUMO

Objetivo: Este estudo apresenta um curso de psicodinâmica para residentes de psiquiatria, direcionado ao atendimento psiquiátrico ambulatorial, com o propósito de favorecer a integração entre as abordagens biológica e psicodinâmica. O objetivo foi investigar o aprendizado dos residentes após o curso, em relação à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes específicas.

Método: Dezoito residentes de primeiro ano do IPq-HC-FMUSP freqüentaram o curso em 2005. Os residentes foram avaliados no primeiro e no último dia do curso através de uma prova escrita que foi corrigida por dois juízes independentes. A análise de variância (ANOVA) e testes não paramétricos, quando necessário, foram utilizados para a análise estatística. A concordância entre os juízes foi testada através do coeficiente de correlação intraclass. Os residentes também foram entrevistados, após o curso, com a intenção de verificar se os conceitos psicodinâmicos haviam sido integrados em sua prática clínica (avaliação qualitativa). As respostas foram submetidas à metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo.

Resultados: Houve um alto grau de concordância entre os juízes ($r = 0,90$). Demonstrou-se uma diferença ($p = 0,000$) entre as notas do período final e do período inicial, com um acréscimo das notas totais no período final, em média, de 2,5 pontos (o valor total da prova era 10,0 pontos). Adicionalmente, verificou-se que os residentes passaram a fazer mais psicoterapia pessoal após o curso ($p = 0,031$). Nas entrevistas, eles enfatizaram o aprendizado adquirido e uma melhora do relacionamento com os pacientes.

Conclusões: Este estudo constatou que, através do método de ensino proposto, os residentes adquiriram conhecimentos, habilidades e atitudes especificamente relacionados aos princípios psicodinâmicos abordados durante o curso.

Descritores: Ensino; Psiquiatria; Psicoterapia; Internato e Residência; Pacientes ambulatoriais; Entrevistas; Análise Qualitativa; Educação.

SUMMARY

Objective: The author designed and taught a course for first-year psychiatry residents that specifically addressed psychodynamic principles that can be applied to outpatient psychiatric treatment, in order to integrate biological and psychodynamic approaches. The goal was to evaluate whether this course fostered residents' progress in knowledge, skills and attitudes regarding these psychodynamic concepts.

Method: This course was given in the 2005 academic year to all residents (n=18) in their first psychiatric postgraduate year at the Institute of Psychiatry, Hospital das Clínicas of the University of São Paulo Medical School. The residents were assessed in the first and the last sessions of the course through a written test that was blindly rated by two independent judges. They were also interviewed afterwards to observe whether the psychodynamic concepts had been integrated into actual practice (qualitative assessment). Their responses were subjected to content analysis. Significance was tested using analysis of variance (ANOVA) or nonparametric tests when necessary. The agreement between the judges was tested using intraclass correlation coefficients.

Results: The judges demonstrated a high level of agreement (minimum $r=0.90$). There was a difference in mean scores before and after the course ($p=0.000$), such that the total score increased by a mean of 2.5 points (total score for tests was 10.0 points). Additionally, it was seen that the residents started to undergo more personal psychotherapy after the course ($p=0.031$). In the interviews, they reported that this course had markedly improved their relationship with patients. They emphasized the opportunities for self-reflection and gaining insights into themselves and patient treatment issues.

Conclusions: This initial study indicates that this educational method can effectively promote psychodynamic knowledge, skills and appropriate attitudes among our residents for managing psychiatric outpatients.

Descriptors: Teaching; Psychiatry; Psychotherapy; Internship and Residency; Outpatients; Interviews; Qualitative Analysis; Education.

1. INTRODUÇÃO

A princípio, os distúrbios neuropsiquiátricos foram tratados por um grupo de médicos que se intitulavam “alienistas”. Eles cuidavam dos pacientes com neurosífilis, epilepsia, esquizofrenia e outros transtornos, na maioria das vezes em asilos distantes dos hospitais gerais e dos centros urbanos (Goldman, 1982).

Em 1844, a psiquiatria se tornou a primeira especialidade médica e, em seguida, adotou a teoria psicanalítica, enquanto o restante da medicina se focalizava na biologia (Detre, 1987).

Em 1930, com o desenvolvimento do EEG, os pacientes neurológicos foram separados dos pacientes psiquiátricos, formalizando a dicotomia mente/cérebro. À psiquiatria couberam os distúrbios da mente (doenças “funcionais” idiopáticas, nas quais nenhuma patologia orgânica pudesse ser identificada), e à neurologia couberam os distúrbios do sistema nervoso, com etiologias estabelecidas ou demonstráveis pela anatomia patológica (Lieberman & Rush, 1996).

Entretanto, essa dicotomia foi rejeitada por pequenos grupos dentro da psiquiatria (então chamados psiquiatras biológicos) que estudavam e promoviam terapias somáticas. O movimento aumentou com o advento dos psicofármacos para transtornos psicóticos, afetivos e ansiosos, em 1950. Porém, essas iniciativas biológicas eram vistas com desdém pelo corpo da psiquiatria, onde dominavam considerações psicanalíticas, psicodinâmicas e psicossociais. O ensino de psiquiatria enfatizava as habilidades para entrevistar e compreender os pacientes quanto ao seu desenvolvimento pessoal. Os psiquiatras aprendiam a elaborar uma formulação biopsicossocial essencial

para os pacientes e suas doenças, finalizando em um diagnóstico e um plano de tratamento. (Fleck, 1995).

No final dos anos 60 e início dos 70, estudos como o International Pilot Study of Schizophrenia demonstraram que a ênfase psicodinâmica havia ido longe demais, levando a diagnósticos imprecisos e a avaliações psicopatológicas inadequadas (Andreasen, 2007). Em consequência, foram introduzidos sistemas diagnósticos baseados em critérios confiáveis, como entrevistas diagnósticas estruturadas; e maiores estudos de epidemiologia e história natural dos distúrbios psiquiátricos foram realizados. Também, novas drogas para transtornos afetivos, esquizofrenia, transtorno obsessivo compulsivo e pânico foram desenvolvidas. As investigações clínicas começaram a incluir investigações nosológicas descritivas, com estudos de neuroanatomia, neurobiologia e genética dos transtornos psiquiátricos (Lieberman & Rush, 1996).

O Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, Terceira Edição (DSM-III), foi elaborado nesse contexto. O objetivo maior era criar um sistema compreensivo para avaliar e diagnosticar os pacientes psiquiátricos, que fosse mais confiável e que tivesse mais validade e consistência para ser usado em âmbito internacional. Esse objetivo foi atingido em muitos aspectos, porém, com consequências inesperadas.

Desde a publicação do DSM-III, em 1980, as formas de ensino e de prática psiquiátricas se tornaram mais mecânicas e reducionistas. O processo foi chamado de “remedicalização” da psiquiatria, no sentido de que um diagnóstico preciso leva a um tratamento específico, o que deriva do sistema diagnóstico baseado na etiologia, com ênfase na farmacologia e nos

tratamentos somáticos, usado na medicina interna. (Fleck, 1995). Houve um declínio no ensino de avaliações clínicas centradas nos problemas individuais do paciente, que levavam em conta o contexto social e eram enriquecidas por um bom conhecimento de psicopatologia. Hoje, os estudantes são mais estimulados a memorizar o DSM, com um foco cada vez maior no alívio dos sintomas e cada vez menor na vida do doente (Andreasen, 2007). Esta abordagem faz lembrar o ditado: “Quando a única ferramenta que se tem é um martelo, tudo começa a se parecer com um prego!” (Bergman, 2005).

Com o crescimento rápido dos conhecimentos científicos de neurobiologia, a “Década do Cérebro” testemunhou a desvalorização da psiquiatria como a especialidade que se preocupava em entender as pessoas – doentes ou saudáveis.

Mas o problema não é a enchente de conhecimentos e o que se tem aprendido, e sim a possibilidade de fechar outras áreas de pesquisa prematuramente, numa tendência de descartar a abordagem antiga quando se abraça uma nova, incorporando uma rejeição à sabedoria clínica que foi desenvolvida ao longo de anos de experiência (Michels, 1995).

Alguns autores chegaram a propor a eliminação da psicoterapia do treinamento psiquiátrico, para aumentar o enfoque em farmacologia e neurociências (Pardes, 1986; Wallerstein, 1991; Bluestone et al, 1999).

Felizmente, muitos outros autores têm enfatizado as qualificações únicas do psiquiatra em combinar medicação e psicoterapia e integrar múltiplas perspectivas na avaliação dos pacientes (Lieberman & Rush, 1996; Clemens et al, 1997; Margariti et al, 2001; Chaimowitz, 2003; Hausman, 2003; Mullen et al, 2004).

É uma pretensão ingênua julgar que a psiquiatria pode existir à parte dos princípios psicoterapêuticos. Será possível obter uma ótima aderência a um regime farmacológico sem a compreensão dos princípios psicoterapêuticos? Quem pode lidar com um paciente suicida sem alguma compreensão sobre contratransferência? Quem pode oferecer o melhor tratamento possível a um paciente de enfermaria sem noção alguma sobre dinâmica de grupo ou terapia familiar, e lidar com as interações deste paciente com a equipe clínica e seus familiares? (Jibson, 2005; Gabbard^(a), 2005).

O Comitê de Revisão da Residência em Psiquiatria nos Estados Unidos (psychiatry RRC - ACGME – Psychiatry Residency Review Committee of the Accreditation Council for Graduate Medical Education), instituiu novas regras em janeiro de 2001, estipulando que todos os programas de residência devem demonstrar a competência dos residentes em cinco tipos específicos de psicoterapia: breve, cognitiva-comportamental, psicodinâmica, suportiva e combinada (psicoterapia e psicofarmacologia). Esta mudança, que enxerga a psicoterapia como parte integral do treinamento e identidade do psiquiatra, ao mesmo tempo em que dá credibilidade aos programas de residência, demonstra que a compreensão da dinâmica intrapsíquica e interpessoal é fundamental para todos os psiquiatras, mesmo àqueles que se concentram apenas em tratamentos somáticos (Mohl et al, 1990; Giordano & Briones, 2003; Mellman & Beresin, 2003; Yager et al, 2003; Khurshid et al, 2005; Mintz, 2005; Yager et al, 2005). Da mesma forma, o ensino de neurociências é indispensável, inclusive para os residentes que, a princípio, serão psicoterapeutas ou psicanalistas (Roffman et al, 2006).

Muitos examinadores do *American Board of Psychiatry and Neurology*, relataram que vários candidatos não eram capazes de conduzir uma entrevista empaticamente, e embora eles fossem conhecedores de farmacoterapia, não demonstravam conhecimento suficiente sobre as indicações, a condução e os problemas potenciais que uma psicoterapia poderia ter para o paciente entrevistado. Os candidatos confundiam encaminhamento para a assistente social com encaminhamento para a psicoterapia (Miller et al, 2003).

Durante as supervisões dos residentes no Ambulatório Geral do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas (IPq-HC), tem sido cada vez mais difícil obter uma imagem ou uma idéia satisfatória do paciente e de sua situação de vida. Os residentes não trazem esse tipo de informação. Sua abordagem limita-se a identificar sintomas que possam ser alvo de farmacoterapia e então a entrevista acaba. Para onde foi o interesse do residente em relação ao seu paciente como pessoa? Muitos dos residentes podem ter aprendido mais sobre um estranho sentado ao lado de sua poltrona, em uma hora de viagem num avião, do que em suas entrevistas clínicas. A falta de curiosidade e o desejo de entender o ser humano afetam tanto os residentes quanto os pacientes, comprometendo a possibilidade de estabelecerem uma relação terapêutica efetiva. Sem dúvida, uma abordagem que avalia as pessoas de maneira superficial e não se interessa pela vida mental ou pelas experiências dos pacientes é incompleta e inapropriada, pois a base do diagnóstico e do tratamento de um paciente está na habilidade de entrevistar do psiquiatra (Yager & Pasnau, 1976; Ralph, 1980; Reiser, 1988; Abdo, 1992; Taylor, 2002; Martin et al, 2003).

Por outro lado, nas supervisões no Serviço de Psicoterapia, também no IPq-HC, parece haver um constrangimento ou desconforto dos residentes em abordarem os sintomas que poderiam ser alvo de farmacoterapia e discutirem outras formas de tratamento que não a psicoterapia psicodinâmica.

A situação se estabelece como se houvesse um acordo tácito, onde as diferentes orientações teóricas são escolhidas e delimitadas em função do espaço físico no qual o paciente se encontra e não de suas necessidades como indivíduo. Será, então, que um paciente em psicoterapia não pode beneficiar-se adicionalmente de outras abordagens, e um paciente do ambulatório clínico não continua tendo seu funcionamento psicodinâmico influenciando seu tratamento? Os residentes ficaram deficientes no entendimento do modelo biopsicossocial, e não compreendem, ou pelo menos não expressam, que os sintomas podem aumentar com o contexto, os eventos de vida e os relacionamentos dos pacientes, assim como a medicação pode influenciar o relacionamento terapêutico (Elkin et al., 1988; Mellman & Beresin, 2003).

No discurso psiquiátrico, é freqüente a referência à “mente” e ao “cérebro” como entidades separadas, apesar de muitos psiquiatras da era pós-cartesiana considerarem a mente como a expressão da atividade cerebral. Conceitos como ambiente, psicossocial, e psicoterapia são ligados à mente, enquanto genes, biologia e medicação são associados ao cérebro.

A persistência dessa dicotomia se reflete na ocorrência de muitos vieses na abordagem e no tratamento dos pacientes, bem como no desenvolvimento de pesquisas na área de saúde mental (Krull, 1990; Gabbard^(b), 2005; Miresco & Kirmayer, 2006).

Assim, os residentes abordam os pacientes com o pensamento fragmentado. Agem como se deles fosse esperada uma lealdade ideológica, prejudicando o desenvolvimento da capacidade para entender os múltiplos significados das situações de vida, das doenças e das estratégias de tratamento de cada paciente, como estrutura de personalidade única (Yager & Kay, 2003). Da mesma forma, o papel da relação médico-paciente é negligenciado em favor de um comportamento estereotipado, por parte do médico, ditado por cada corrente teórica, o que contribui de maneira negativa para a formação de uma identidade profissional, aspecto central no desenvolvimento do residente. Só através da obtenção de um estilo próprio e de um sistema de funcionamento psíquico estável, o psiquiatra estará apto a ajudar os pacientes, dentro de uma confiança mútua e uma aliança terapêutica respeitosa (Gringer, 1975; Buckley et al., 1979; Buckley et al., 1981; Marcus, 1999; Schmolke, 1999; Mamah, 2005).

Porém, cabe aos docentes, que servem de modelo, criar uma atmosfera na qual se possa sinceramente respeitar os colegas com diferentes orientações, demonstrando habilidades para se moverem sem constrangimento de um enquadre conceitual e um modelo terapêutico para outro, de acordo com o problema em questão e não em função de um aprisionamento teórico. A presença de pontos de vista diferentes deveria, outrossim, promover um aumento de tolerância, de flexibilidade de pensamento e uma diminuição da arrogância (Yager, 1974).

O desenvolvimento excitante da neurociência não tira a importância dos significados da experiência que os fenômenos mental e comportamental têm para os pacientes. Há que se construir uma formulação compreensiva da

situação que inclua: o modo de vida e as circunstâncias específicas que possam ter contribuído tanto para o desencadeamento da doença, quanto para a procura por tratamento; os significados presente e passado da doença, seu impacto e seus efeitos secundários sobre o próprio paciente e sobre aqueles à sua volta; as influências específicas da personalidade do paciente sobre as manifestações da doença e seu comportamento como doente (Yager & Pasnau, 1976; Kassaw & Gabbard, 2002; Bergman, 2005; Garcia, 2007; Ising, 2007).

Hoje, é cada vez mais evidente a necessidade de habilidades combinadas (Conley, 2001; Weerasekera et al, 2003; Frey et al, 2004). O reconhecimento da interdependência presente na diversidade, tanto do conhecimento científico, como do universo do ser humano, amplia e modifica o pensamento dicotômico, introduzindo o conceito de complementaridade dos aspectos terapêuticos da medicina.

Quando a compreensão psicodinâmica é aplicada à abordagem psicofarmacológica de maneira sinérgica, em articulações pertinentes, pode-se maximizar a resposta dos pacientes ao tratamento, quanto à aderência, aos resultados, à duração e aos custos. (Elkin et al., 1988; Rodenhauser, 1992; Cutler, 1999; Tasman, 1999; Wheelock, 2000; Powell, 2001; Balon, 2005; Mintz, 2005).

Muitas dificuldades éticas resultam dos problemas que os psiquiatras têm em lidar com seus sentimentos e suas reações aos pacientes. O treinamento em psicoterapia psicodinâmica, através da ênfase no complexo emocional diádico, aumenta a habilidade dos psiquiatras em antecipar, analisar e evitar dilemas éticos e transgressões. À medida que se favorece uma

consciência maior sobre os problemas contratransferenciais e as idiossincrasias pessoais e sua influência na interação com os pacientes, torna-se possível lidar com esses aspectos de uma forma construtiva (Book, 1987; Mohl et al., 1990; Bluestone et al, 1999; Schmolke, 1999; Tasman, 1999; Gold, 2004; Yager et al, 2005). Considerando que os residentes acabaram de se formar e estão em busca de sua identidade profissional como médicos e psiquiatras, o ideal de "agente curador" torna difícil a aceitação de uma realidade que contenha sentimentos de impotência. Em face das novas situações de tratamento complexas e, com freqüência, provocadoras de ansiedade, muitas vezes eles se sentem incapazes e tentam se colocar à prova para os pacientes. Além disso, a busca de parâmetros fixos para uma garantia de cura, obscurece a inclusão dos aspectos pessoais e relacionais no tratamento de cada paciente. Muitas vezes há uma tendência dos residentes em serem pessimistas com certos tipos de psicopatologia. Por exemplo, se um indivíduo não responde a certa classe de drogas, o residente pode simplesmente deixá-lo e dirigir-se ao próximo paciente. Esses jovens médicos, esforçando-se para estabelecer uma identidade própria em um novo papel e tentando aumentar a auto-estima profissional, podem, sem querer, influenciar o tratamento de forma adversa (Halleck & Woods, 1962; Yager, 1974; Spiegel & Gruebaum, 1977; Buckley et al., 1979; Pardes, 1980; Elizur et al., 1994).

A compreensão do funcionamento psíquico, da origem dessas angústias e suas significações, trazem uma continência que permite a percepção dos limites próprios do papel profissional e daqueles que as patologias impõem a cada paciente. Uma consciência maior dos limites do

tratamento como cura, amplia as possibilidades do tratamento como cuidado (Fann et al,2003).

A partir da discriminação dos aspectos psicodinâmicos dos pacientes, há uma liberação do impacto que esses aspectos causam no médico que os está atendendo. O que era vivido como uma angústia inominada, muitas vezes inacessível à consciência, decorrente da identificação projetiva e da indiferenciação, pode, ao ser discriminado, ganhar uma forma e um lugar na consciência do médico, e transformar-se em conhecimento que auxilia no tratamento. A habilidade de empatizar com os pacientes através das representações de objeto do residente, e não de suas representações do self, pode ser desenvolvida e aprimorada através do treinamento em psicodinâmica (Marcus, 1999).

Este processo que possibilita ao médico estar continente para as vivências psíquicas dos pacientes, simbolizá-las e dotá-las de um sentido, ao correr paralelamente com o raciocínio clínico, promove um atendimento personalizado que inclui uma constelação de atitudes e intervenções específicas para cada paciente. Assim, a escolha e a forma de administração da medicação, a duração e a frequência das consultas, os assuntos abordados, as intervenções familiares necessárias, a opção de uma internação, entre outras variáveis, assumem um sentido maior no tratamento (Nemiah, 1981; Frey et al, 2004).

Para exemplificar uma situação prática bastante comum, lembramos que, nos ambulatórios de um hospital escola, é comum o rodízio de residentes no atendimento. Este esquema expõe os pacientes a separações recorrentes, com sucessões breves e interrupção do processo de tratamento, o que também

é prejudicial para os residentes, pois dificulta um envolvimento significativo com os pacientes ao longo do tempo. Portanto, as questões em relação ao término de cada processo e à passagem para outros colegas, devem ser discutidas com os pacientes para evitar ou minimizar os prejuízos que essa situação possa ocasionar. Nestas circunstâncias, o aprendizado da análise do funcionamento psicodinâmico dos pacientes e sua influência na elaboração da separação, bem como da análise da relação terapêutica do ponto de vista da transferência e da contra-transferência é fundamental para que os residentes possam lidar com suas próprias reações e com as reações dos pacientes a este processo (Pérez et al., 1984; Fleck, 1995; Grief & Rosenbluth, 2002).

O psiquiatra psicodinamicamente informado será capaz de manejar a própria relação médico-paciente, não psicoterápica, de forma mais efetiva, pois os conceitos da psicoterapia psicodinâmica estão intimamente relacionados aos conceitos social e psicológico de todas as relações médico-paciente. Assim, o conhecimento e a habilidade em aplicar, do ponto de vista clínico, os conceitos da dinâmica inconsciente, transferência e contra-transferência e os mecanismos mentais de defesa, tornam-se centrais para um farmacoterapeuta eficiente, um terapeuta comportamental, um psiquiatra de enfermagem, de interconsultas, um psicoterapeuta, um neuropsiquiatra, geriatra, e talvez até para um psiquiatra que pesquisa em laboratório (Mohl et al., 1990; Pardes, 1997; Hausman, 2003).

Mas como esses princípios podem ser ensinados de uma forma efetiva e concisa na residência? Um problema inerente à inclusão de novas experiências no treinamento dos residentes é o tempo (Tasman, 1994; Mintz, 2005).

Outro aspecto importante a ser considerado é o método pedagógico, que direta ou indiretamente influencia a integração ou a desintegração entre farmacoterapia e psicodinâmica. Atualmente, os métodos de ensino apresentam estas abordagens em aulas separadas, com professores diferentes, associadas a pacientes diferentes e em ambientes diversos. Em geral, a supervisão dos residentes é dividida (dissociada) em psicoterapia e psicofarmacoterapia (Gabbard & Kay, 2001; Frey et al, 2004). Os residentes aprendem a “usar chapéus diferentes, de acordo com o ambiente”, em vez de aprenderem a desenvolver uma abordagem unificada e efetiva para os pacientes (Lissak, 2003).

Para que a compreensão psicodinâmica seja relevante para os residentes, ela deve focalizar os problemas que eles encontram no atendimento diário dos pacientes e ser exposta em uma linguagem coloquial, sem jargões, podendo ser aplicável às próprias experiências clínicas (Dewald, 2000; Ingram, 2006).

Com a intenção de abordar essas questões, este trabalho apresenta o desenvolvimento de um curso teórico-prático de psicodinâmica, voltado para os residentes de primeiro ano de psiquiatria.

1.1 JUSTIFICATIVAS DO ESTUDO

1. Proporcionar ao residente o aprendizado de conceitos psicodinâmicos básicos, para o entendimento das interações diádicas presentes em todos os relacionamentos médico-paciente.
2. Auxiliar na construção da identidade profissional do médico psiquiatra em formação, através da percepção dos movimentos transferenciais e contratransferenciais da relação terapêutica.
3. Aumentar a capacidade do residente em antecipar, analisar e lidar com seus sentimentos em relação aos pacientes, evitando dilemas éticos e transgressões.
4. Proporcionar um conhecimento básico ao residente, para que ele possa, se houver interesse, adquirir competência como psicoterapeuta psicodinâmico, com treinamento e supervisão adicionais.

1.2 OBJETIVOS

Investigar, de maneira sistemática, o aprendizado dos residentes após o curso em relação à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes específicas, descritos nos seguintes objetivos educacionais:

Objetivos Educacionais

Ao final do curso, o aluno deverá ser capaz de:

- Objetivos Cognitivos (Conhecimentos): definir os seguintes conceitos fundamentais da psicodinâmica: conflito intrapsíquico, mecanismos de defesa, transferência, contratransferência, posição esquizo-paranóide, posição depressiva, espaço transicional e objeto transicional.
- Objetivos Psicomotores (Habilidades):
 - a) identificar, através da entrevista com o paciente, não só os dados clínicos sobre a doença, mas também os aspectos psicológicos, familiares e sociais do paciente nela envolvidos e descrevê-los, para estabelecer as possíveis relações entre o funcionamento psicodinâmico do paciente e seu diagnóstico clínico.
 - b) identificar a natureza dos mecanismos de defesa do paciente e sua possibilidade de atuação como resistência ao tratamento.
 - c) identificar os sentimentos que o paciente lhe desperta.
- Objetivos Afetivos (Atitudes): assumir uma postura que permita integrar para si e para o paciente os aspectos psicodinâmicos, clínicos e sociais, que possa ser expressa em suas condutas clínicas, tais como:
 - a) considerar o aspecto simbólico da medicação para aquele paciente, no momento da prescrição.
 - b) considerar os aspectos transferenciais e contratransferenciais da relação médico-paciente ao determinar a frequência dos retornos, o pedido de exames, os possíveis encaminhamentos, a alta, a elaboração da troca de residentes, a convocação de familiares.

2. CASUÍSTICA E MÉTODO

2.1 O PROJETO PEDAGÓGICO

2.1.1 O Grupo de Psicoterapia Dinâmica Breve

Este estudo foi desenvolvido no Grupo de Psicoterapia Dinâmica Breve (GPB) do Serviço de Psicoterapia do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Ipq-HC-FMUSP).

A cada ano, todos os residentes de 1º ano de psiquiatria, divididos em grupos de três ou quatro, permanecem quatro meses em atividade semanal no GPB.

A Psicoterapia Dinâmica Breve (PDB) baseia-se na teoria da Psicanálise, mas é uma forma específica de psicoterapia, distinta desta. O treinamento em PDB, pressupõe ao menos um conhecimento básico prévio em Psicanálise. Porém, os residentes de 1º ano (R1), em sua grande maioria, vêm sem qualquer experiência neste campo.

Considerando esse perfil dos residentes, aliado à demanda de integração dos aspectos psicodinâmicos ao atendimento clínico ambulatorial, o GPB propôs aos R1 a partir de 2000, não um estágio em PDB, mas um curso denominado “A Integração da Abordagem Psicodinâmica no Atendimento Psiquiátrico Ambulatorial”.

O treinamento em PDB ficou reservado apenas para os residentes de 2º e 3º anos que freqüentam as atividades do GPB.

2.1.2 O Curso

a) A Entrevista com o Paciente

A partir da idéia de ensinar os residentes a fazerem um atendimento clínico que incluísse uma avaliação psicodinâmica, pensou-se que a realização de uma entrevista com esse enfoque em um paciente já atendido por eles no ambulatório, facilitaria a percepção da complementaridade dessas abordagens.

Cada residente, em esquema de revezamento, tem a oportunidade de trazer pacientes, por eles atendidos no ambulatório clínico, para a realização de uma entrevista com enfoque psicodinâmico. A entrevista tem o propósito de identificar aspectos psicodinâmicos do paciente e da relação terapêutica que possam influenciar, de forma positiva ou negativa, o tratamento ambulatorial.

Os residentes são orientados a convidar os pacientes com os quais tenham alguma dificuldade no atendimento, tanto do ponto de vista clínico, quanto relacional. Eles devem informar aos pacientes que essa é uma atividade extra e, portanto, não obrigatória, tendo apenas a intenção de incrementar seu tratamento, se eles concordarem em participar. Os residentes também são orientados a escolherem pacientes que tenham preferencialmente uma estrutura neurótica e não psicótica, visando minimizar possíveis prejuízos ocasionados exposição desses pacientes, e um melhor desenvolvimento da entrevista.

A entrevista é única, com duração média de 40 minutos e conduzida por um membro fixo do GPB na presença de todos. Imediatamente antes de chamar o paciente para o início da entrevista, o residente que o trouxe apresenta o caso informalmente, e comenta as razões que o fizeram escolher

aquele paciente. Finda a entrevista, a atividade prossegue com a discussão do caso e posteriormente realizam-se seminários teóricos sobre temas de psicodinâmica.

b) A Discussão do Caso

A discussão é orientada para a identificação de aspectos psicodinâmicos do paciente e da relação terapêutica que possam influenciar positiva ou negativamente o tratamento daquele paciente em questão. Além disso, são formuladas sugestões de diferentes abordagens e intervenções que possam integrar esses conhecimentos à prática de atendimento no ambulatório.

Basicamente, os tópicos seguintes, de acordo com diversos autores consultados, (Hinz, 1966; Yager & Pasnau, 1976; Buckley et al., 1979; Sakinofski, 1979; Ralph, 1980; Buckley et al., 1982; Langsley & Hollender, 1982; Pérez et al., 1984; Adelman, 1985; Langsley & Yager, 1988; Mohl et al., 1990; Hamilton et al, 1994; Tasman, 1994; Nigam et al., 1997; Tasman, 1999; Powell, 2001; Taylor, 2002; Kassaw & Gabbard, 2002; Frey et al, 2004; Beresford, 2005; Jibson, 2005; Mintz, 2005; Yager et al, 2005) orientam as discussões:

- identificação dos sentimentos que o paciente desperta no residente, e no grupo.
- identificação dos possíveis sentimentos do paciente em relação ao residente e ao grupo, durante a entrevista.
- compreensão da natureza dos mecanismos de defesa do paciente e de que forma poderiam atuar como resistência ao tratamento.

- significado psicológico da medicação e da instituição para o paciente.
- efeitos da doença na vida do paciente e em seus relacionamentos com os outros.
- formulação de uma hipótese de funcionamento psicodinâmico do paciente.
- exploração dos aspectos emocionais da doença do paciente para estabelecer possíveis relações entre seu funcionamento psicodinâmico e seu diagnóstico clínico.
- identificação dos limites do tratamento impostos pelo funcionamento do paciente, pela natureza de sua doença, pelo formato da instituição ou pelas características individuais do residente.
- antecipação das reações do paciente frente ao término do tratamento e a uma possível alta, bem como à passagem deste para o próximo residente.
- estabelecimento das principais condições para uma aliança de trabalho.
- formulação de um plano de tratamento que inclua os aspectos psicodinâmicos e relacionais do paciente, com sugestões práticas para seu manejo no ambulatório.

Pede-se aos residentes que já deixem um retorno agendado para o paciente no ambulatório para que possam lidar com possíveis angústias despertadas pela entrevista, bem como para dar uma devolução sobre a discussão realizada.

c) Os Seminários Teóricos

A cada semana, um residente fica responsável pela apresentação de um tema para discussão em grupo. Os textos referentes a cada tema são previamente distribuídos e possuem um grau crescente de dificuldade.

Ao longo desses anos houve algumas modificações na bibliografia do curso, baseadas nos retornos dos residentes em relação a sua pertinência.

Atualmente são abordados os seguintes conceitos psicodinâmicos, baseados nos referenciais teóricos de M. Balint, S. Freud, M. Klein e D. Winnicott: relação médico-paciente, conflito intrapsíquico, mecanismos de defesa, transferência, contratransferência, posição esquizo-paranóide, posição depressiva, defesas maníacas, mãe suficientemente boa, falso self e self verdadeiro, espaço transicional e objeto transicional (anexo 1).

2.1.3 Avaliação do Aprendizado

A partir de 2002, o GPB começou a avaliar, de forma mais objetiva, o aprendizado dos residentes. A boa aceitação do curso e o retorno dos residentes ao demonstrar interesse e um visível desenvolvimento, estimularam o grupo a pesquisar de forma mais sistemática os ganhos reais que eles pudessem ter e ao mesmo tempo detectar de forma mais acurada as possíveis falhas de aprendizado que pudessem estar ocorrendo. Desde então, os residentes vêm sendo submetidos a uma “avaliação de progresso”, ou seja, realizam uma prova escrita no primeiro dia do curso e a mesma prova no último dia do curso. Antes de cada prova, os residentes assistem a uma entrevista com um paciente do ambulatório, gravada em vídeo, e depois respondem às questões (Guerrero et al, 2003).

Desde o início, sempre foi esse o formato da avaliação (pré x pós). Porém, a estrutura da prova foi modificada algumas vezes, em função do próprio aprendizado dos profissionais do grupo e da experiência com as correções, visando uma detecção cada vez mais objetiva e precisa tanto do aproveitamento quanto das dificuldades dos residentes.

A primeira prova (anexo 2), instituída em 2002, constava de 10 questões escritas diretamente relacionadas com o paciente visto, imediatamente antes, em vídeo. Porém, à medida que as provas foram sendo corrigidas, percebeu-se que o grau de dificuldade das questões era muito alto. A prova era longa demais, somente com questões dissertativas, o que a tornava bastante cansativa, e exigia um nível de experiência impossível de ser alcançado após quatro meses de estágio. Os residentes misturavam os enunciados das questões, respondendo uma na outra, repetindo respostas, tergiversando; ou então, ficavam tão desanimados, que respondiam cada questão em uma frase, no próprio impresso da prova, apesar das três folhas de papel sulfite anexas. Em tempo, percebeu-se que estas questões talvez fossem um bom treinamento para os membros do GPB, mas absolutamente inadequadas para avaliar o aprendizado dos residentes.

Em 2003, foi elaborada uma segunda prova (anexo 3), mais curta, considerando os temas principais que constavam nas questões da prova anterior. A intenção era fazer uma prova menos cansativa e que de uma forma mais concisa, pudesse abordar os pontos mais importantes para a avaliação. Porém, o conteúdo permaneceu o mesmo, só mais “enxuto” e os residentes continuaram a ter muita dificuldade em responder as questões, reclamando que

a prova era muito difícil. Concluiu-se então, que apesar das modificações realizadas, este instrumento de avaliação continuava inadequado.

Em 2004, após consultar e discutir o tema com vários colegas da área de ensino, pensou-se que talvez a dificuldade estivesse em exigir que os alunos dissertassem sobre um conhecimento que ainda não tinha consistência suficiente para isso. Talvez uma prova com questões de múltipla escolha fosse mais adequada ao nível de conhecimento dos residentes e com um acréscimo de objetividade, o que inclusive tornaria as correções mais uniformes e precisas. Assim, foi experimentado um novo modelo de prova, que mesclava questões dissertativas com questões de múltipla escolha, com um total de 10 questões (anexo 4). Desta vez, o resultado obtido apontou para uma prova muito fácil, pois não havia muita diferença entre as notas obtidas antes e depois do curso. As questões pareciam poder ser respondidas corretamente, apenas usando o bom senso, sem necessidade de um conhecimento mais específico.

Por fim, em 2005, considerando as experiências anteriores, aliadas à aquisição de conhecimentos mais específicos em pedagogia, foi possível elaborar um modelo de avaliação mais direcionado à aquisição dos objetivos educacionais que haviam sido propostos recentemente. Assim, o processo de avaliação do estágio é descrito atualmente da seguinte forma:

a) Avaliação Quantitativa:

- Avaliação Diagnóstica: No primeiro dia do curso, os residentes assistem em vídeo a uma entrevista gravada com um paciente do ambulatório. A seguir, realizam uma prova constando de cinco questões: uma em

forma de teste, uma “verdadeiro-ou-falso” e três questões discursivas. Duas das questões discursivas referem-se ao paciente da fita; as demais são estritamente conceituais (anexo 5).

- Avaliação Formativa e Contínua: Durante o curso, após cada entrevista realizada com um paciente do ambulatório, os residentes realizam um exercício, respondendo a três questões discursivas referentes à entrevista (anexo 6).
- Avaliação Somativa: No final do curso, os residentes assistem em vídeo a uma outra entrevista gravada com um paciente do ambulatório e em seguida respondem a mesma prova realizada no início do curso. Assim, obtemos uma avaliação do progresso de cada residente individualmente e de cada grupo de residentes.

b) Avaliação Qualitativa:

- Entrevista Individual: Realizada pela autora, com cada residente individualmente, no último dia do curso. Consta de 7 perguntas relacionadas à prática dos residentes no atendimento ambulatorial (anexo 10).

Além das provas, exercícios, e a entrevista, os residentes também respondem a um questionário (anexo 7), no início e no fim do curso, que tem a intenção de considerar outras variáveis que possam interferir no aprendizado dos conceitos psicodinâmicos.

2.2 AMOSTRA

A metodologia quantitativa pressupõe uma amostragem numericamente representativa da população a ser estudada, enquanto a metodologia qualitativa caracteriza-se pela observação em profundidade de um pequeno número de indivíduos que possuam representação dentro desta população, ou seja, cujas idéias e opiniões representem a população estudada.

Este estudo foi realizado a partir de uma amostragem padrão, à medida que foram incluídos todos os 18 residentes de 1º ano de Psiquiatria de 2005.

Cabe observar que os 18 residentes são, mais especificamente, 15 residentes e 3 estagiários estrangeiros. Os estagiários vieram de universidades bolivianas e possuíam suficiente fluência em português, tanto para realizar as provas escritas quanto as entrevistas. No decorrer deste estudo, todos serão referidos como residentes.

Em relação à idade dos residentes, temos: média = 26,33; mediana = 26; mínimo = 24 e máximo = 32. A distribuição por sexo mostrou 72,22% do sexo masculino (n=13) e 27,77% do sexo feminino (n=5). 94,44% dos residentes eram solteiros (n=17) e 5,55% casados (n=1). 50% dos residentes (n=9) se graduaram em 2004, 27,77% (n=5) em 2003, 16,66% (n=3) em 2002 e 5,55% (n=1) em 2001.

Quanto à universidade de origem, 8 residentes (44,44%) vieram da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1 (5,55%) da Universidade Federal da Bahia, 1 da Universidade Federal de Minas Gerais, 1 da Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo, 1 da Universidade Federal de Uberlândia, 1 da Faculdade de Medicina de Marília, 1 da Faculdade

de Medicina de Sorocaba (PUC), 1 da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), 1 da Universidad Privada Del Valle – La Paz – Bolívia e 2 (11,11%) da Universidad Católica Boliviana – S^{ta} Cruz de la Sierra – Bolívia.

2.3 INSTRUMENTOS

Foram utilizados:

- a) **Prova R1 – 2005** (anexo 5): trata-se da prova de conhecimentos em psicodinâmica. Ela consta de duas questões discursivas relativas à entrevista de paciente que foi assistida em vídeo, e três questões teóricas, sendo uma discursiva e duas em forma de teste (uma múltipla escolha e uma “verdadeiro ou falso”). A prova foi aplicada no primeiro e no penúltimo dia do curso, com o objetivo de realizar um “teste de progresso” com os residentes.
- b) **Questionário R1** (anexo 7): consta de duas perguntas, sendo uma para saber se o residente participava ou já tinha participado de algum grupo de estudos ou curso de formação sobre qualquer teoria psicodinâmica, e outra para saber se o residente já fazia ou já tinha feito psicoterapia pessoal. Também foi aplicado no primeiro e no penúltimo dia do curso.
- c) **Exercício R1** (anexo 6): Foi aplicado três vezes aos residentes ao longo do curso, após as entrevistas ao vivo com os pacientes, com o objetivo de treinamento. Consta de duas perguntas discursivas, sendo uma sobre aspectos contratransferenciais do relacionamento médico-paciente, e a outra igual à questão 5 da Prova R1 – 2005, que se refere à integração dos aspectos psicodinâmicos do paciente ao seu diagnóstico psiquiátrico.

- d) **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** (anexo 11): explica ao residente os objetivos da pesquisa e as características e implicações de sua participação.
- e) **Entrevista Individual** (anexo 10): consta de 7 perguntas e foi realizada pela autora, com cada residente individualmente, no último dia do curso. A entrevista teve como objetivo investigar o pensamento dos residentes a respeito da visão psicodinâmica integrada ao tratamento psiquiátrico, a aquisição de conhecimentos nesse campo, e suas repercussões nas atitudes e condutas clínicas dos residentes na prática ambulatorial. As declarações obtidas constituíram-se no material básico para a construção dos Discursos do Sujeito Coletivo.

2.4 A ESCOLHA DO MÉTODO

A metodologia científica pode utilizar técnicas quantitativas e qualitativas de acordo com as necessidades de cada pesquisa e o momento em que ela está sendo realizada. *“Se necessitamos, por exemplo, saber o quanto uma droga é mais efetiva que a outra, um estudo de corte quantitativo, duplo-cego, seria mais apropriado do que uma pesquisa que analisasse o discurso dos pacientes submetidos ao tratamento. Entretanto, se quisermos saber como é a experiência de ser participante em um estudo sobre drogas, então deveremos usar a metodologia qualitativa”* (Santana, 2001). A oposição “quantitativo x qualitativo” é cheia de equívocos e, de fato, esses métodos se complementam, possibilitando a soma de uma perspectiva de investigação extensiva a um enfoque intensivo e individualizado.

A metodologia quantitativa é mais adequada quando a pesquisa tem um contexto definido e limitado, sendo suas variáveis passíveis de serem controladas pelo pesquisador. Trabalha com medidas objetivas da realidade, que são apresentadas através de análises estatísticas. Ela considera um conhecimento anterior pressuposto sobre o assunto em questão e utiliza um instrumento baseado neste conhecimento para verificar o que os sujeitos da pesquisa realmente sabem sobre este assunto (Lefèvre et al.,2000).

Este estudo considera a avaliação do aprendizado dos residentes através das provas nos momentos inicial e final do curso (teste de progresso) como o lado quantitativo da metodologia.

A metodologia qualitativa busca instrumentos para acessar a subjetividade do sujeito da pesquisa; que neste caso não é apenas um sujeito, mas um indivíduo que participa da investigação. Ela trabalha com a interpretação de múltiplas realidades, que são expressas através de uma narrativa e não de números. O conhecimento prévio sobre o assunto em questão é deixado em segundo plano para que se possa elaborar um instrumento de evocação de linguagem, um roteiro com questionamentos relativos ao tema investigado, produzindo discursos como resultados (Lefèvre et al.,2000). Quando a pesquisa quantitativa envolve o discurso, ela o reduz a uma expressão numérica. *“O pensamento coletivo, ao contrário de variáveis quantitativas como peso, altura, renda, etc., não é pré mas pós-construído”* (Lefèvre et al.,2003).

Este estudo avaliou a experiência de aprendizado dos residentes através de uma entrevista individual, realizada ao final do curso, que gerou

discursos expressando os pensamentos desses residentes – o lado qualitativo da metodologia.

Quando cabíveis, serão feitas comparações dos dados das provas com aqueles das entrevistas (triangulação das fontes de dados), que nesse caso também pode ser chamada de triangulação metodológica, ou seja, comparação dos dados obtidos pela metodologia quantitativa com aqueles obtidos através da metodologia qualitativa.

2.5 PROCEDIMENTO

2.5.1 O Método Quantitativo

Como já referido no capítulo sobre o projeto pedagógico, todos os residentes, no primeiro dia do curso assistiram a uma entrevista realizada por um membro do GPB com um paciente do ambulatório, que foi gravada em vídeo e, em seguida, realizaram uma prova (anexo 5). Além disso, os residentes responderam a duas perguntas relativas a experiências anteriores no campo da psicodinâmica (anexo 7).

Ao longo do curso, cada residente em esquema de revezamento trouxe um paciente atendido por ele, no ambulatório do Hospital Universitário da FMUSP, para uma entrevista psicodinâmica e posterior discussão do caso. Três dessas entrevistas foram seguidas da aplicação do Exercício – R1 (anexo 6), antes da discussão do caso, com objetivo de treinamento.

No penúltimo dia do curso, pois o último dia ficou reservado para as entrevistas individuais, os residentes assistiram a uma entrevista nos mesmos

moldes, com um paciente diferente daquele que viram no primeiro dia, realizaram a mesma prova, e responderam às mesmas duas perguntas.

a) A distribuição dos residentes

A distribuição dos residentes ao longo do ano foi realizada da seguinte maneira: a cada semestre, 9 residentes divididos em um grupo de três, um grupo de dois, e um grupo de quatro, freqüentaram semanalmente o curso, durante 4 meses, sendo um grupo às segundas-feiras das 8:00 às 11:00, um grupo às quartas-feiras das 8:30 às 11:30 e um grupo às sextas-feiras das 8:30 às 11:30.

b) A seleção e distribuição das fitas

Foram selecionadas quatro fitas, com quatro pacientes diferentes: A,B,C e D. Todas as pacientes foram filmadas declarando sua autorização para a gravação, após o esclarecimento de que as fitas só seriam utilizadas com fins didáticos, dentro da instituição, sem qualquer outro tipo de veiculação.

A seleção das fitas priorizou o enfoque didático. Foram escolhidas aquelas de melhor qualidade técnica de gravação, onde as entrevistas estavam mais claras e conseguiram alcançar um bom nível de profundidade, permitindo uma avaliação mais acurada da psicodinâmica dos pacientes. Em todas as fitas é possível identificar os conceitos básicos que compõem o curso. Ao mesmo tempo, levou-se em consideração para a escolha, a freqüência comum dos diagnósticos e sintomas que as pacientes apresentavam, representando o cotidiano do atendimento ambulatorial. Uma das pacientes tinha um quadro depressivo recorrente com sintomas psicóticos importantes; uma outra tinha

um transtorno de personalidade borderline, uma outra ainda, tinha um quadro depressivo leve com aspectos narcísicos e histriônicos importantes, e finalmente, uma paciente tinha um quadro depressivo crônico com sintomas conversivos.

Poder-se-ia argumentar que, do ponto de vista metodológico, seria muito melhor para o tratamento estatístico que tivessem sido usadas apenas duas fitas fixas, uma no período inicial e uma no período final. Porém, esse formato não foi utilizado porque se julgou muito provável, que aplicando sempre a mesma prova e sempre com a mesma fita, em pouco tempo os residentes já viriam para as provas sabendo o que iriam encontrar. Em geral, os alunos saem das provas comentando sobre as mesmas, e contando para os demais sobre “o caso super interessante que caiu na prova de hoje”. Para evitar esse viés, que inutilizaria o valor das provas, as fitas foram distribuídas aleatoriamente.

Mas quem pode garantir que as fitas A ou B não são mais fáceis do que as fitas C ou D, ou vice-versa? Quem garante que qualquer outra variável, além do grau de dificuldade, não possa estar interferindo, já que as fitas são diferentes? Ora, é justamente esse o objetivo maior do curso. A cada semana, a atividade é realizada com um paciente diferente. A intenção com este rodízio de pacientes é, além de proporcionar aos residentes uma percepção maior da relação médico-paciente que estabelecem com cada um, explicitar que é possível ter uma compreensão psicodinâmica de qualquer paciente, com qualquer diagnóstico. O que se espera dos residentes ao final do curso, é que tenham conseguido integrar o “olhar psicodinâmico” na prática clínica, sendo capazes de fazê-lo com qualquer paciente. Logo, independentemente de qual

paciente foi utilizado para a realização da prova, essa abordagem deve estar presente.

Além disso, desde as aulas de propedêutica, os alunos são avaliados examinando pacientes diferentes, e essa situação não é nada incomum, já que é inerente às provas práticas com pacientes; primeiro, obviamente para poupá-los, e segundo porque se o paciente fosse sempre o mesmo, os alunos teriam que ficar, conforme fossem acabando de fazer a prova, trancados em uma sala, incomunicáveis com os demais.

Uma das perguntas dissertativas da prova pede ao residente que discorra sobre a possível relação entre o diagnóstico psiquiátrico do paciente e seu funcionamento psicodinâmico. Estes diagnósticos devem ser feitos pelo residente no momento da prova. Sabê-los de antemão, seria um viés bastante inadequado.

Durante a entrevista com a paciente da fita D, ela cita seu diagnóstico de forma incorreta, e cabe aos residentes perceber o erro. Ora, não parece óbvio, que a primeira coisa a fazer ao sair da prova seja avisar os colegas sobre a “pegadinha”?

Foi com base nessas considerações que as quatro fitas foram escolhidas e distribuídas ao longo do curso (Tabela 1). No primeiro semestre, a distribuição foi aleatória, reservando-se apenas o cuidado para não coincidir a mesma fita no período inicial e final. No segundo semestre, para o período inicial, foi obedecida à mesma ordem das fitas do período inicial do primeiro semestre. No período final do segundo semestre, um grupo assistiu a duas fitas (C e D), com a intenção de comparar as notas de cada aluno para cada uma, e verificar se havia diferença entre assistir uma ou outra.

Tabela 1 – Distribuição das fitas de vídeo para a prova

	Prova Inicial		Prova Final	
	Fita	Aluno	Fita	Aluno
1 ^o Semestre	A	1 5	B	1 5 7
	B	3 4 9	D	2 3 4 9
	C	2 6 7 8	A	6 8
2 ^o Semestre	A	10 13	B	10 13
	B	11 15 16 18	C e D	11 15 16 18
	C	12 14 17	A	12 14 17

c) A identificação das provas

Os residentes só colocaram na prova o nome da paciente a que assistiram em vídeo, sem identificarem-se. Depois de entregues, cada prova recebeu uma letra correspondente ao nome do residente que a realizou, e ao momento em que foi realizada (inicial ou final), para que fosse feita a identificação somente após a correção das mesmas. Portanto, cada uma das 36 provas recebeu uma letra diferente, e para tal utilizamos além do alfabeto romano, parte do alfabeto grego.

d) A correção das provas

Dois membros do GPB (M e P) foram escolhidos como juízes para realizarem as correções das questões discursivas das provas. Após assistirem a cada fita, eles elaboraram juntos os critérios gerais de correção para as perguntas referentes a cada uma. Em seguida, leram juntos as respostas de todos os residentes para determinar mais detalhadamente os parâmetros para os critérios de correção estabelecidos e adicionar outros critérios, se necessário. Finalmente, os dois juízes, de forma independente, pontuaram as questões das provas, estando ambos cegos para a identidade e o momento de resposta (inicial ou final) dos residentes.

Cada questão recebeu o valor de 2,0 pontos e para cada critério de correção estabelecido foi atribuído um valor, combinado entre os dois juízes. Somando-se todos os critérios de correção para cada questão, temos o valor 2,0.

A questão teórica dissertativa (Questão 1), seguiu o mesmo modelo de correção, porém sem a necessidade de assistir a nenhuma fita, antes de estabelecer os critérios gerais de correção.

As questões em forma de teste foram corrigidas pela autora, sem a necessidade de solicitar os juízes independentes.

Após a correção das provas, as notas de cada questão e as médias finais para cada juiz, mais os dados obtidos nos Questionário - R1, e os dados sócio-demográficos, foram organizados em uma planilha para posterior tratamento estatístico.

2.5.2 O Método Qualitativo

Apesar de todas as dificuldades encontradas na elaboração de uma prova escrita cada vez mais adequada, notou-se ao longo desses anos, uma discrepância entre as notas obtidas pelos residentes e seus comentários sobre o curso e seu aprendizado. A grande maioria dos residentes relatava um ganho de experiência e conhecimento que parecia ser muito superior ao que se conseguia medir de forma palpável através das provas.

As provas ainda podem ser muitas vezes modificadas e melhoradas, mas pensou-se na possibilidade de utilizar um método adicional de avaliação que levasse em conta os comentários dos residentes, na tentativa de apreender de que ordem seriam tais ganhos, constantemente referidos.

Assim, surgiu a idéia de realizar, no final do estágio, uma entrevista individual e semi-estruturada, que permitisse ao residente expressar mais diretamente seus ganhos e opiniões em relação ao curso, e registrar seus discursos para uma posterior análise (Chur-Hansen, 2006)

a) A entrevista

O primeiro passo no processo de elaboração das perguntas para a entrevista foi a composição de uma lista com todos os questionamentos pertinentes ao tema, que foram lembrados (anexo 8). A seguir, a partir da lista, foi feito um esboço de entrevista com 10 perguntas (anexo 9). O esboço foi levado para análise e discussão de cada pergunta com profissionais familiarizados com metodologias qualitativas, especialmente a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (Lefèvre et al.,2000). Após este percurso, a versão final da entrevista foi elaborada, constando de 7 perguntas (anexo 10).

As perguntas não requerem respostas padronizadas ou limitadas a parâmetros definidos, elas têm apenas a intenção de apresentar um tema ao residente para que ele possa gerar seu conhecimento sobre esse tema, produzindo um discurso.

A maioria das perguntas são diretamente relacionadas à prática cotidiana dos residentes no atendimento dos pacientes em ambulatório, o que facilita a avaliação dos objetivos educacionais psicomotores e afetivos, que implicam, respectivamente, em habilidades e atitudes. Esses objetivos são mais difíceis de serem avaliados em uma prova escrita, que é mais apropriada para a avaliação de objetivos cognitivos.

As perguntas 2 e 6 também têm um potencial para avaliar aspectos cognitivos do aprendizado, à medida que podem suscitar diretamente a expressão de conhecimentos teóricos sobre conceitos psicodinâmicos.

A entrevista foi realizada pela autora, com cada residente individualmente, no último dia do curso. Todos os residentes foram informados sobre a pesquisa envolvida nessa atividade, e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 11).

As entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas literalmente, ou seja, com a fala natural dos residentes, sem qualquer alteração.

b) O Discurso do Sujeito Coletivo

As representações sociais permeiam a vida cotidiana e se diferem da opinião. A opinião é o socialmente aceito; a representação relaciona-se com o pensamento espontâneo, relacionado à prática (Santana, 2001). Assim, cada

grupo social constrói representações de acordo com a própria dinâmica da vida cotidiana, de seu lugar na sociedade, da história de cada indivíduo e do grupo, e de seus sistemas de valores e interesses específicos (Minayo, 1992).

*“Suponhamos que um objetivo de pesquisa seja saber o que pensam os habitantes da periferia de São Paulo, hoje, sobre hanseníase ou lepra. Caso se queira trabalhar com uma perspectiva quantitativa, deve-se pesquisar o que, a partir do conhecimento anterior disponível sobre o assunto, **poderiam e deveriam** estes habitantes saber sobre o tema. Em seguida deve-se construir o instrumento de pesquisa baseado nesse conhecimento e verificar o que os respondentes efetivamente sabem. Assim, por exemplo, poder-se-ia imaginar as seguintes perguntas: Para pegar hanseníase ou lepra: Basta apertar a mão de uma pessoa com lepra?... Aplicados questionários que contenham perguntas deste tipo a uma amostra representativa da população em estudo e tabulados os dados, o pesquisador obtém um conhecimento sobre o que pensam os habitantes da periferia de São Paulo sobre lepra, traduzível em estatísticas do tipo: 70% da população está mal informada sobre lepra, porque acredita que basta apertar a mão para pegar a doença... Caso se queira trabalhar de modo qualitativo, os passos deverão ser diferentes. Deve-se, inicialmente, como diriam os fenomenólogos, ‘colocar entre parênteses’ o conhecimento prévio sobre o tema. Isto posto, deve-se construir o instrumento que poderá ser um roteiro com alguns questionamentos tipo: “Diga para mim o que vem à sua cabeça quando falo a palavra lepra”. O conjunto de respostas a indagações deste tipo gerará, para cada pesquisado, um discurso ou um pensamento encadeado discursivamente sobre a lepra, o conjunto destes discursos consistindo nas Representações Sociais sobre o tema ou no*

substrato discursivo destas representações, e o conjunto destas representações, o imaginário existente sobre um dado tema.” (Lefèvre et al.,2000).

Para tal, é preciso fazer perguntas abertas que suscitem a expressão de um pensamento através da construção de um discurso, o que é diferente das pesquisas quantitativas, onde o pensamento fica deformado para enquadrar-se a uma escolha (forçada) de uma alternativa de resposta dentro de um rol de alternativas arbitrariamente prefixadas, para que as mesmas escolhas por indivíduos diferentes possam ser somadas.

Feita a pergunta aberta, é preciso juntar os discursos individuais por ela gerados de modo que eles expressem o pensamento de uma coletividade. Essa “junção” é o objetivo da metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo, que se propõe a organizar e tabular dados qualitativos de natureza verbal, utilizando-se das *figuras metodológicas* que serão descritas a seguir (Lefèvre et al.,2003).

c) As figuras metodológicas e a construção do Discurso do Sujeito Coletivo

- **Expressões-chave (ECH):** as expressões-chave são trechos ou segmentos, contínuos ou descontínuos do discurso que revelam a essência do depoimento. Como são transcrições literais do depoimento, permitem que, através da comparação de um trecho selecionado com a integralidade do discurso e com as afirmativas reconstruídas sob a forma de idéias centrais e ancoragens, se julgue a pertinência ou não da seleção e da tradução dos depoimentos. “As

expressões-chave são uma espécie de prova discursivo-empírica da verdade das idéias centrais e das ancoragens e vice-versa. É com a matéria prima das expressões-chave que se constroem os Discursos do Sujeito Coletivo” (Lefèvre et al.,2003).

- **Idéias Centrais (IC):** A idéia central é um nome ou uma expressão lingüística que revela e descreve, da maneira mais sintética, precisa e fidedigna possível, o sentido ou o tema das expressões-chave de cada resposta individual, para cada questão da entrevista e de cada conjunto de expressões-chave. *“É importante assinalar que a IC não é uma interpretação, mas uma descrição do sentido de um depoimento ou de um conjunto de depoimentos. As IC são o que o entrevistado quis dizer e as EHC, como isso foi dito” (Lefèvre et al.,2003).*
- **Ancoragem (AC):** Algumas ECH remetem não a uma IC correspondente, mas a uma figura metodológica denominada ancoragem, que é a expressão evidente de uma determinada teoria, ideologia ou crença religiosa, que o sujeito professa e que está embutida no seu discurso como se fosse uma afirmação qualquer.
- **Discurso do Sujeito Coletivo (DSC):** É um discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular e composto pelas ECH que tem a mesma IC ou AC. Assim, o primeiro passo é extrair de cada depoimento as idéias centrais e/ou ancoragens e as suas correspondentes expressões-chave. Com as expressões-chave das idéias centrais ou ancoragens semelhantes compõem-se um ou vários discursos-síntese na primeira pessoa do singular. É preciso

sequenciar as expressões-chave seguindo uma ordem de começo, meio e fim, ou do mais geral para o menos geral e mais particular, respeitando a lógica, a coerência e a impessoalidade, utilizando conectivos entre as partes do discurso. Para fazer com que o discurso coletivo pareça falado por uma só pessoa, deve-se eliminar particularismos como sexo, idade, eventos particulares, etc (Lefèvre et al.,2000). *“O Sujeito Coletivo se expressa, então, através de um discurso emitido no que se poderia chamar de primeira pessoa (coletiva) do singular. Trata-se de um eu sintático que, ao mesmo tempo em que sinaliza a presença de um sujeito individual do discurso, expressa uma referência coletiva na medida em que esse eu fala pela ou em nome de uma coletividade”* (Lefèvre et al.,2003).

2.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foi realizada uma análise descritiva dos dados, com a construção de gráficos de valores individuais e médios.

A concordância entre as notas dos juízes foi avaliada calculando-se o coeficiente de correlação intraclass (Fleiss,1981).

Para verificar a influência das fitas, semestres e períodos, nas notas dos residentes, foi adotada a técnica de análise de variância (ANOVA), sendo considerado o modelo com medidas repetidas, quando necessário. Nas situações em que as suposições para a utilização dessa técnica não foram satisfeitas, e não foi possível uma transformação dos dados, foram utilizados testes não paramétricos (Neter et al.,1996).

O nível de significância adotado foi de 5%.

3. RESULTADOS

3.1 RESULTADOS OBTIDOS A PARTIR DA METODOLOGIA QUANTITATIVA

3.1.1 Comparação entre as fitas C e D no período final do segundo semestre

As questões 3 e 5 da prova (Q3 e Q5) estão relacionadas às fitas. No segundo semestre, período final, as fitas C e D foram assistidas pelos mesmos residentes. Assim, houve condições de comparar as notas obtidas nessas questões, para as duas fitas, e essa comparação ficou livre do “efeito de indivíduo”, pois cada residente tem uma nota com a fita C e uma nota com a fita D. Considerou-se como “variável resposta” as notas em Q3 e Q5 atribuídas por um mesmo juiz.

Na Tabela 2 foram apresentadas as estatísticas descritivas para a média das notas em Q3 e Q5, nas fitas C e D, atribuídas pelos juízes M e P. Os valores individuais e médios das notas nas duas questões foram representados na Figura 1. A Tabela 2 e a Figura 1 indicam que as notas foram semelhantes para as duas fitas.

Tabela 2- Estatísticas descritivas para as médias das notas em Q3 e Q5, para as fitas C e D, atribuídas por cada juiz, no período final do segundo semestre.

Questão	Fita	Juiz	N	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo
Q3	C	M	4	1,28	0,41	0,80	1,25	1,80
		P	4	1,15	0,44	0,80	1,00	1,80
	D	M	4	1,20	0,43	0,80	1,10	1,80
		P	4	1,13	0,32	0,90	1,00	1,60
Q5	C	M	4	1,20	0,54	0,80	1,00	2,00
		P	4	1,20	0,54	0,80	1,00	2,00
	D	M	4	1,03	0,71	0,30	0,90	2,00
		P	4	1,03	0,71	0,30	0,90	2,00

Figura 1 - Gráfico dos valores individuais e médios das notas em Q3 e Q5, para as fitas C e D, atribuídas por cada juiz, no período final do segundo semestre.

Para comparar as médias das notas nas duas fitas foi adotada a técnica de Análise de Variância (ANOVA), considerando os dois fatores que poderiam afetá-las: a fita e o juiz; e que as notas foram atribuídas a um mesmo residente (ANOVA com medidas repetidas), (Neter et al., 1996). A suposição de normalidade foi checada por meio da análise dos resíduos.

- Obteve-se que não existe “efeito de fita” na média das notas em Q3 ($p = 0,549$), ou seja, as médias das notas para as duas fitas foram iguais.

Para Q5, a análise dos resíduos apontou um desvio da distribuição normal. Por essa razão, foi utilizado o teste de Friedman (Neter et al.,1996) para comparar as medianas das notas para as duas fitas, considerando separadamente as notas de cada juiz.

- Obteve-se que as medianas das notas para as duas fitas foram iguais ($p=0,314$).

Como não houve “efeito de fita”, no restante da análise, considerou-se para esses residentes, a nota da fita C. Portanto, para os dois períodos do segundo semestre, foram consideradas as mesmas fitas: A, B e C.

3.1.2 Análise da Questão 1 (Q1)

Antes da avaliação dos efeitos de semestre e período nas notas de Q1, foram estimados os coeficientes de correlação intraclass entre as notas dadas pelos dois juízes, separadamente, nos períodos inicial e final. Esse coeficiente varia de zero a 1 e, quanto mais próximo de 1 for o seu valor, mais concordantes serão as notas dos dois juízes (Fleiss,1981). As estimativas das variabilidades das notas, entre e dentro de um mesmo residente, em cada período, foram obtidas a partir de uma ANOVA com medidas repetidas, tendo como fatores: juiz e semestre.

- Obteve-se, no período inicial, um coeficiente estimado de 0,96 e no período final, de 0,98, ambos indicando alta confiabilidade das medidas.

Devido ao alto valor do coeficiente de correlação intraclass, o que implica a concordância das notas atribuídas pelos dois juízes, foi calculada a média das notas dos dois juízes e esta nova variável foi adotada como resposta na avaliação dos efeitos de semestre e período.

Tabela 3- Estatísticas descritivas para as notas em Q1, por semestre, período e juiz.

Semestre	Período	Juiz	N	Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Primeiro	Inicial	M	9	0,69	0,50	0,80	0,00	1,50
		P	9	0,72	0,45	0,90	0,00	1,40
	Final	M	9	1,12	0,26	1,10	0,80	1,60
		P	9	1,12	0,24	1,00	0,80	1,60
Segundo	Inicial	M	9	0,37	0,37	0,20	0,00	1,20
		P	9	0,41	0,48	0,20	0,00	1,30
	Final	M	9	1,26	0,67	1,20	0,20	2,00
		P	9	1,24	0,70	1,30	0,20	2,00

Figura 2- Gráfico dos valores individuais e médios das notas em Q1, por semestre, período e juiz.

Para comparar as médias das notas nos dois semestres e períodos, foi adotada a técnica de Análise de Variância com medidas repetidas, considerando que a comparação das médias dos semestres envolve residentes diferentes e a dos períodos, os mesmos residentes. O gráfico de probabilidade normal apontou um desvio dessa distribuição e a análise foi feita considerando a raiz quadrada das notas (média dos dois juízes).

- Não foi detectada diferença entre as médias das notas nos dois semestres ($p= 0,298$), porém a diferença entre as notas nos dois períodos foi significativa ($p= 0,002$), e então, se conclui que a média no período final foi maior que no período inicial. Essa conclusão independe do semestre ($p= 0,286$).

3.1.3 Análise da Questão 2 (Q2)

Avaliação do efeito de período e semestre:

Tabela 4- Estatísticas descritivas para as notas em Q2, por semestre e período.

Semestre	Período	N	Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Primeiro	Inicial	9	0,49	0,52	0,4	0,0	1,6
	Final	9	0,91	0,48	1,2	0,2	1,6
Segundo	Inicial	9	0,84	0,37	0,8	0,4	1,6
	Final	9	1,36	0,58	1,6	0,2	2,0

Figura 3- Gráfico dos valores individuais e médios das notas em Q2, por semestre e período.

A técnica adotada para a comparação das médias das notas em Q2, nos períodos inicial e final e nos dois semestres, foi a ANOVA com medidas repetidas. As comparações entre os períodos envolveram medidas feitas em um mesmo residente e, nos semestres, em residentes diferentes. Por essa técnica obteve-se que:

- houve efeito de período ($p=0,000$);
- não houve efeito de semestre ($p=0,086$);
- a diferença entre as médias nos dois períodos foi igual para os dois semestres ($p=0,166$).

3.1.4 Análise das Questões 3 e 5 (Q3 e Q5)

A estratégia da análise adotada para as questões 3 e 5 foi semelhante à utilizada na questão 1. Porém, as notas dessas questões, além do semestre, período e juiz, poderiam depender da fita assistida pelo residente. Como haviam residentes diferentes em cada fita, o “efeito de fita” poderia ser confundido com o “efeito de residente”.

Inicialmente foi feita uma análise descritiva dos resultados (Tabelas 5 e 6 e Figuras 4 e 5).

Tabela 5- Estatísticas descritivas para as notas em Q3, por semestre, período, fita e juiz.

Semestre	Período	Fita	Juiz	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Primeiro	Inicial	A	M	2	1,25	1,06	0,50	1,25	2,00
			P	2	1,30	0,71	0,80	1,30	1,80
		B	M	3	0,03	0,06	0,00	0,00	0,10
			P	3	0,03	0,06	0,00	0,00	0,10
		C	M	4	0,20	0,24	0,00	0,15	0,50
			P	4	0,20	0,24	0,00	0,15	0,50
	Final	A	M	2	1,25	1,06	0,50	1,25	2,00
			P	2	1,35	0,92	0,70	1,35	2,00
		B	M	3	0,87	0,90	0,00	0,80	1,80
			P	3	0,77	0,86	0,00	0,60	1,70
		D	M	4	1,10	0,39	0,60	1,15	1,50
			P	4	1,05	0,58	0,30	1,10	1,70
Segundo	Inicial	A	M	2	1,30	0,71	0,80	1,30	1,80
			P	2	1,05	0,35	0,80	1,05	1,30
		B	M	4	0,43	0,33	0,00	0,45	0,80
			P	4	0,23	0,15	0,00	0,30	0,30
		C	M	3	1,20	0,79	0,30	1,50	1,80
			P	3	1,27	0,59	0,60	1,50	1,70
	Final	A	M	3	1,60	0,17	1,50	1,50	1,80
			P	3	1,53	0,12	1,40	1,60	1,60
		B	M	2	0,85	0,49	0,50	0,85	1,20
			P	2	1,05	0,21	0,90	1,05	1,20
		C	M	4	1,24	0,38	1,00	1,08	1,80
			P	4	1,14	0,38	0,85	1,00	1,70

Figura 4 - Gráfico dos valores individuais e médios das notas em Q3, por semestre, período, fita e juiz.

Tabela 6- Estatísticas descritivas para as notas em Q5, por semestre, período, fita e juiz.

Semestre	Período	Fita	Juiz	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Primeiro	Inicial	A	M	2	0,85	0,92	0,20	0,85	1,50
			P	2	0,85	0,92	0,20	0,85	1,50
		B	M	3	0,23	0,23	0,10	0,10	0,50
			P	3	0,17	0,12	0,10	0,10	0,30
		C	M	4	0,93	0,38	0,50	0,90	1,40
			P	4	0,90	0,39	0,50	0,85	1,40
	Final	A	M	2	0,50	0,00	0,50	0,50	0,50
			P	2	0,60	0,14	0,50	0,60	0,70
		B	M	3	1,17	0,85	0,20	1,50	1,80
			P	3	1,10	0,89	0,10	1,40	1,80
		D	M	4	0,53	0,57	0,00	0,40	1,30
			P	4	0,48	0,53	0,00	0,35	1,20
	Segundo	Inicial	A	M	2	0,90	0,14	0,80	1,00
				P	2	0,90	0,14	0,80	1,00
			B	M	4	0,15	0,10	0,10	0,30
				P	4	0,15	0,10	0,10	0,30
		Final	C	M	3	1,47	0,38	1,20	1,90
				P	3	1,50	0,35	1,30	1,90
			A	M	3	0,73	0,68	0,20	1,50
				P	3	0,77	0,64	0,30	1,50
		B	M	2	1,00	1,41	0,00	1,00	2,00
			P	2	1,00	1,41	0,00	1,00	2,00
		C	M	4	1,11	0,62	0,55	0,95	2,00
			P	4	1,11	0,62	0,55	0,95	2,00

Figura 5 - Gráfico dos valores individuais e médios das notas em Q5, por semestre, período, fita e juiz.

Estimativas dos coeficientes de correlação intraclasse:

- Para Q3 obteve-se $r = 0,90$ no período inicial e $r = 0,96$ no período final.
- Para Q5 obteve-se $r = 0,98$ no período inicial e $r = 0,99$ no período final.

Dada à concordância das notas atribuídas pelos dois juízes, para as questões 3 e 5, nos dois períodos, no prosseguimento da análise das notas dessas duas questões, considerou-se para cada residente a média das notas dos dois juízes.

O “efeito de fita” e o “efeito de semestre” foram avaliados separadamente para cada período. A técnica adotada foi a ANOVA.

Para a **Q3**, no **período inicial**:

- Obteve-se que o comportamento das médias para as três fitas não foi o mesmo nos dois semestres ($p=0,014$). Isto é, houve um efeito de interação entre fita e semestre.

Localizando o “efeito de fita” dentro de cada semestre, obteve-se pelo método de Tukey que:

- no primeiro semestre a nota média dos residentes que assistiram à fita A foi maior do que os que assistiram às fitas B ($p=0,034$) e C ($p=0,049$), e as médias dos residentes que assistiram às fitas B e C foram iguais ($p=0,853$): $A>B=C$.
- no segundo semestre, não foi detectado “efeito de fita”: A x B ($p=0,185$), A x C ($p=0,990$) e B x C ($p=0,107$): $A=B=C$.

Para a **Q3**, **período final**:

- não foi detectado “efeito de semestre” na média das notas ($p=0,549$). As médias das notas para as três fitas foram iguais em cada semestre ($p=0,659$).
- Portanto, obteve-se que houve “efeito de fita” só no período inicial, e só no primeiro semestre.

Para comparar as notas nos dois períodos, foram então consideradas, em cada semestre, observações pareadas de cada residente nos dois períodos, e a fita a que ele assistiu no período inicial. (O controle do semestre foi considerado, devido à existência da interação entre fita e semestre).

As médias das notas nos dois períodos segundo a fita assistida no período inicial e semestre foram representadas na Figura 6. A técnica adotada para a comparação das notas nos dois períodos foi a ANOVA com medidas repetidas, tendo como fatores a fita assistida no período inicial de cada semestre.

Obteve-se que:

- a diferença entre as notas nos dois períodos não depende do semestre ($p= 0,478$)
- a diferença entre as notas nos dois períodos depende da fita assistida no período inicial ($p= 0,044$)

Comparando as médias nos dois períodos para cada fita, pelo método de comparações múltiplas de Bonferroni, obteve-se que:

- para os residentes que assistiram às fitas A e C, não foi detectado efeito significativo do período ($p= 1,000$ e $p=0,136$, respectivamente).
- os residentes que assistiram à fita B, no período inicial, apresentaram, em média, um aumento significativo da nota no período final ($p= 0,002$). Essas conclusões são válidas para os dois semestres.

Figura 6 - Médias das notas em Q3 nos dois períodos, segundo a fita assistida no período inicial e o semestre.

Para a **Q5**, no **período inicial**, obteve-se pelas mesmas técnicas utilizadas na análise da Q3, que:

- as médias das notas nos dois semestres foram iguais ($p = 0,317$).
- o comportamento das médias das notas para as três fitas não foi igual nos dois semestres ($p = 0,003$).

Pelo método de Tukey, obteve-se que:

- no primeiro semestre as médias das notas para as três fitas foram iguais: A x B ($p = 0,354$), A x C ($p = 0,987$) e B x C ($p = 0,200$): $A = B = C$.

- no segundo semestre, a nota média para os residentes que assistiram à fita A foi maior do que para aqueles que assistiram à fita B ($p= 0,021$) e igual para os que assistiram à fita C ($p= 0,070$). A média para quem assistiu à fita C foi maior do que para quem assistiu à fita B ($p= 0,001$): $A=C>B$.

Para a **Q5**, no **período final**:

- não foi detectado “efeito de semestre” ($p= 0,498$).
- não foi detectado “efeito de fita” em cada semestre ($p= 0,725$).

Assim, para a Q5, obteve-se que a média das notas depende da fita somente no período inicial.

As médias das notas nos dois períodos segundo a fita assistida no período inicial e semestre foram representadas na Figura 7. Para o pareamento das notas dos residentes nos dois períodos, foram comparadas as médias nessas duas ocasiões, controladas pela fita assistida em cada semestre no período inicial.

Obteve-se que:

- a diferença entre as notas nos dois períodos não depende do semestre ($p= 0,800$).
- a diferença entre as notas nos dois períodos depende da fita assistida no período inicial ($p= 0,015$).

Comparando as médias nos dois períodos em cada fita, pelo método de comparações múltiplas de Bonferroni, obteve-se conclusões semelhantes às obtidas para a Q3:

- para os residentes que assistiram às fitas A e C, não houve efeito significativo do período ($p=0,340$ e $p=0,198$, respectivamente).
- Os residentes que assistiram à fita B, no período inicial, apresentaram, em média, um aumento significativo da nota no período final ($p=0,040$). Essas conclusões são válidas para os dois semestres.

Figura 7 - Médias das notas em Q5, nos dois períodos, segundo a fita assistida no período inicial, e semestre.

3.1.5 Análise da Questão 4 (Q4)

Avaliação do efeito de período e semestre:

Tabela 7 - Estatísticas descritivas para as notas em Q4, por semestre e período.

Semestre	Período	N	Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Primeiro	Inicial	9	1,61	0,33	1,5	1,0	2,0
	Final	9	2,00	0,00	2,0	2,0	2,0
Segundo	Inicial	9	1,56	0,17	1,5	1,5	2,0
	Final	9	1,94	0,17	2,0	1,5	2,0

Figura 8 - Gráfico dos valores individuais e médios das notas em Q4 por semestre e período.

Na aplicação da técnica de ANOVA com medidas repetidas, obteve-se um gráfico de probabilidade normal dos resíduos que mostrou desvios

grosseiros da distribuição normal. Como consequência, a comparação entre os períodos e semestres, foi realizada por meio de técnicas não paramétricas.

Inicialmente as medianas das notas nos dois períodos foram comparadas pelo teste de Friedman em cada semestre, corrigindo-se o p-valor pela desigualdade de Bonferroni. Obteve-se que:

- houve efeito de período no primeiro ($p= 0,028$) e no segundo semestre ($p= 0,016$).

Comparando os semestres, obteve-se que:

- as medianas nas notas em Q4, nos dois semestres foram iguais ($p=0,612$) no período inicial.

No período final, o teste não foi realizado pelo fato das notas serem todas iguais no primeiro e no segundo semestres, com a exceção de, apenas, um residente.

A variação das notas (final - inicial) nos dois semestres também foi avaliada, comparando-se as medianas:

- não houve diferença significativa entre as medianas ($p= 0,957$).

3.1.6 Estimativa das diferenças das notas nos dois períodos

Foram estimadas as diferenças entre as notas dos dois períodos para cada questão:

Tabela 8- Estatísticas descritivas para as diferenças das notas (final - inicial) na Q1.

N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
18	0,64	0,72	-0,65	0,53	2,00

Tabela 9- Estatísticas descritivas para as diferenças das notas (final - inicial) na Q2.

N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
18	0,47	0,48	-0,40	0,40	1,20

Tabela 10- Estatísticas descritivas para as diferenças das notas (final - inicial) na Q3.

Fita	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
A	4	0,17	0,50	-0,40	0,00	0,80
B	7	0,74	0,43	0,00	0,80	1,20
C	7	0,50	0,20	0,40	0,40	0,80

Tabela 11- Estatísticas descritivas para as diferenças das notas (final - inicial) na Q4.

N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
18	0,39	0,27	0,00	0,50	1,00

Tabela 12- Estatísticas descritivas para as diferenças das notas (final - inicial) na Q5.

Fita	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
A	4	0,44	0,92	-0,80	0,65	1,25
B	7	0,71	0,64	-0,10	0,70	1,90
C	7	-0,58	0,58	-1,65	-0,40	0,20

As notas finais e iniciais em cada questão, por residente, foram representadas nas Figuras 9 a 11:

Figura 9 - Notas individuais dos residentes do primeiro semestre, nos períodos inicial e final, para as questões 1 a 5.

Figura 10- Notas individuais dos residentes do segundo semestre, nos períodos inicial e final, para as questões 1 a 5.

Figura 11- Notas individuais, nos períodos inicial e final, por questão.

3.1.7 Análise da nota total nos dois períodos

A nota total corresponde à soma das notas nas cinco questões. A princípio, avaliou-se a existência de “efeito de fita” no período inicial para as notas totais. O procedimento adotado foi o mesmo para as questões 3 e 5.

No período final, a dependência da fita assistida não foi avaliada, uma vez que na análise das questões 3 e 5, não houve diferença das notas médias obtidas nas três fitas.

Na Tabela 13, foram apresentadas as estatísticas descritivas para as notas totais no período inicial, considerando a fita assistida em cada semestre. Os valores observados para cada residente foram dispostos na Figura 12.

Tabela 13- Estatísticas descritivas para as notas totais, no período inicial, por semestre e fita.

Semestre	Fita	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Primeiro	A	2	5,33	2,65	3,45	5,33	7,20
	B	3	3,07	0,28	2,75	3,15	3,30
	C	4	3,70	2,05	1,50	3,43	6,45
Segundo	A	2	4,83	1,17	4,00	4,83	5,65
	B	4	3,50	0,71	2,70	3,45	4,40
	C	3	5,22	0,81	4,35	5,35	5,95

Figura 12 - Gráfico dos valores individuais e médios para as notas totais, no período inicial, por semestre e fita.

Para comparar as médias das notas totais obtidas pelos residentes dos dois semestres, que assistiram a fitas diferentes, foi adotada a técnica de Análise de Variância (ANOVA):

- não houve diferença entre as médias das notas totais nas três fitas ($p = 0,141$).
- essa conclusão é válida para os dois semestres ($p = 0,527$).

A análise dos resíduos não apontou desvios grosseiros das suposições necessárias à aplicação da técnica.

Na Tabela 14 foram apresentadas as estatísticas descritivas para as notas totais, por período e semestre, sem considerar a fita assistida no período

inicial. As notas individuais e médias por semestre e período foram representadas na Figura 13.

Tabela 14- Estatísticas descritivas para as notas totais, por período e semestre.

Semestre	Período	N	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo
Primeiro	Inicial	9	3,85	1,80	1,50	3,40	7,20
	Final	9	5,79	1,06	3,80	5,90	7,30
Segundo	Inicial	9	4,37	1,10	2,70	4,35	5,95
	Final	9	6,81	1,35	4,78	6,75	8,70

Tabela 15- Estatísticas descritivas para o acréscimo na nota total.

N	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo
18	2,19	1,48	-1,45	2,50	5,23

Figura 13- Gráfico dos valores individuais e médios das notas totais, por período e semestre.

Foram comparadas as médias das notas totais, nos dois períodos, por meio da técnica de Análise de Variância com medidas repetidas. Obteve-se que:

- as médias das notas totais nos dois períodos não foram iguais ($p=0,000$).
- essa conclusão é válida para os dois semestres ($p=0,796$).

Portanto, podemos concluir que, em média, ocorreu um acréscimo nas notas totais no período final, em relação ao período inicial. Esse acréscimo foi, em média, o mesmo para os dois semestres.

(Obs: Nessa parte da análise, foi considerada a raiz quadrada da nota total).

3.1.8 Análise da nota total em relação à universidade de origem do residente

As universidades foram agrupadas em duas categorias: estudantes da USP e estudantes de outras universidades.

Em cada semestre, 4 residentes (44,4%) eram da USP e 5 (55,6%) de outras universidades.

Tabela 16 - Estatísticas descritivas para a nota total segundo o semestre, período e universidade.

Semestre	Período	Universidade	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Primeiro	Inicial	USP	4	4,14	2,06	2,75	3,30	7,20
		Não USP	5	3,62	1,78	1,50	3,40	6,45
	Final	USP	4	6,19	1,00	5,25	6,10	7,30
		Não USP	5	5,48	1,10	3,80	5,90	6,60
Segundo	Inicial	USP	4	4,41	0,89	3,60	4,20	5,65
		Não USP	5	4,33	1,36	2,70	4,35	5,95
	Final	USP	4	6,84	1,53	5,00	6,83	8,70
		Não USP	5	6,73	1,38	4,78	6,65	8,15

Os resultados não indicam que a Universidade de origem tenha tido alguma influência no desempenho dos residentes em relação à nota total.

3.1.9 Análise da variável “Grupo de Estudos” (GE)

O número de residentes que fazia GE nos dois períodos, em cada semestre, foi representado na Figura 14.

Figura 14 – Distribuição de freqüências para a variável “Grupo de Estudos” nos períodos inicial e final, nos dois semestres.

Excluindo o residente que não respondeu sobre essa atividade (residente 16), a Tabela 17 apresenta o número de residentes que fazia Grupo de Estudo, nos períodos inicial e final, por semestre. Essa tabela permite a avaliação da mudança de atitude dos residentes, em relação à variável GE, nos dois períodos.

Tabela 17- Distribuição de frequências para a variável “Grupo de Estudos” nos períodos inicial e final, em cada semestre.

Semestre	Grupo de Estudos Período inicial	Grupo de Estudos Período final		Total
		Não	Sim	
Primeiro	Não	4	3	7
	Sim	0	2	2
	Total	4	5	9
Segundo	Não	4	0	4
	Sim	0	4	4
	Total	4	4	8

Observa-se que, no primeiro semestre, dos 7 residentes que não faziam Grupo de Estudos no período inicial, 3 passaram a fazer no período final. Os dois residentes que faziam GE no período inicial continuaram com essa atividade no período final.

A comparação do número de residentes que estavam fazendo GE, nos dois períodos, foi feita pelo teste de McNemar:

- não houve diferença entre os dois períodos ($p=0,250$).

No segundo semestre, não houve mudança da situação dos residentes quanto à variável GE: os 4 que não faziam Grupo de Estudos, continuaram não fazendo, e os 4 que faziam, continuaram com essa atividade.

Na Tabela 18, foram apresentadas as estatísticas descritivas para as notas totais, por período e semestre, para os residentes que faziam e não faziam GE. A variação da nota de um período para outro só pode ser avaliada no segundo semestre, quando não ocorreu mudança dos residentes em relação ao GE (os que faziam no início, continuaram fazendo no final).

Na Tabela 19, foram apresentados os valores das estatísticas descritivas para a variação das notas segundo fazer ou não GE nos dois períodos.

Os resultados não indicam que os residentes que faziam GE tenham tido um melhor desempenho nas notas ou uma variação de nota superior aos que não faziam.

Tabela 18 - Estatísticas descritivas para a nota total, segundo o semestre, período e Grupo de Estudos.

Semestre	Período	Grupo de Estudos	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Primeiro	Inicial	Não	7	3,43	1,49	1,50	3,30	6,45
		Sim	2	5,33	2,65	3,45	5,33	7,20
	Final	Não	4	5,81	1,37	3,80	6,35	6,75
		Sim	5	5,78	0,91	5,00	5,45	7,30
Segundo	Inicial	Não	4	4,43	0,96	3,30	4,38	5,65
		Sim	4	4,50	1,45	2,70	4,68	5,95
	Final	Não	4	6,69	1,65	4,78	6,65	8,70
		Sim	4	6,93	1,45	5,00	7,29	8,15

Tabela 19 - Estatísticas descritivas para a variação da nota total (final - inicial) segundo fazer ou não GE, em cada período.

GE Inicial	GE Final	N	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
Não	Não	8	2,62	0,71	2,78	1,48	3,60
Não	Sim	3	1,18	2,28	2,50	-1,45	2,50
Sim	Sim	6	1,97	1,86	1,50	0,10	5,23

3.1.10 Análise da variável “Psicoterapia Pessoal”

Figura 15 – Distribuição de freqüências para a variável “Psicoterapia Pessoal” nos períodos inicial e final, em cada semestre.

Observa-se que, nos dois semestres, o número de residentes que não faziam psicoterapia diminuiu no período final, enquanto o número dos que estavam fazendo psicoterapia, aumentou.

Devido ao comportamento semelhante nos dois semestres, a comparação do número de residentes que estavam fazendo psicoterapia, nos dois períodos, foi feita sem considerar a separação em semestres. Os dois residentes que não responderam foram excluídos da análise, e os que responderam “Não” ou “Sim, no passado”, foram agrupados em uma única categoria, denotada por “Não”. Os que responderam “Sim, atualmente”, foram denotados por “Sim”.

Tabela 20 - Distribuição de frequências para a variável “Psicoterapia Pessoal”, nos períodos inicial e final.

Psicoterapia Pessoal Período inicial	Psicoterapia Pessoal Período final		Total
	Não	Sim	
Não	5	6	11
Sim		5	5
Total	5	11	16

- O teste de McNemar detectou diferença entre as distribuições nos dois períodos ($p = 0,031$).

Portanto, conclui-se que o número de residentes que estavam fazendo psicoterapia foi maior no período final.

Para verificar a associação entre as notas totais e o fato de estar fazendo ou ter feito psicoterapia, foram formadas duas categorias dessa variável: “Não” = Não faz; e “Sim” = Sim, no passado + Sim, atualmente.

Tabela 21 - Estatísticas descritivas para as notas totais, segundo o semestre, período e “Psicoterapia Pessoal”.

Semestre	Período	Psicoterapia Pessoal	N	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo
Primeiro	Inicial	Não	3	2,55	0,97	1,50	2,75	3,40
		Sim	6	4,50	1,82	3,15	3,45	7,20
	Final	Não	2	4,85	1,48	3,80	4,85	5,90
		Sim	7	6,06	0,86	5,00	6,10	7,30
Segundo	Inicial	Não	2	5,80	0,21	5,65	5,80	5,95
		Sim	5	4,28	0,74	3,30	4,35	5,35
	Final	Não	1	8,70	—	8,70	8,70	8,70
		Sim	6	6,31	1,29	4,78	6,40	8,15

Tabela 22 - Estatísticas descritivas para a variação da nota total (final - inicial) segundo fazer ou não Psicoterapia Pessoal, em cada período.

Psicoterapia P. período inicial	Psicoterapia P. período final	N	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo
Não	Não	3	2,62	0,39	2,30	2,50	3,05
	Sim	2	1,60	1,27	0,70	1,60	2,50
Sim	Sim	11	1,82	1,49	-1,45	2,00	3,60

Os resultados não indicaram que os residentes que estavam fazendo ou tinham feito Psicoterapia Pessoal tiveram um melhor desempenho nas notas ou uma variação de nota superior aos demais.

A comparação entre as proporções dos residentes que faziam Psicoterapia Pessoal, no período inicial, foi realizada para os dois semestres.

Tabela 23 - Distribuições de freqüências dos residentes que faziam Psicoterapia Pessoal, no período inicial, em cada semestre.

Semestre	Psicoterapia Pessoal período inicial		Total
	Não	Sim	
Primeiro	7	2	9
Segundo	4	3	7
Total	11	5	16

- Pelo teste exato de Fisher, **não foi detectada diferença entre as proporções de residentes que faziam Psicoterapia Pessoal, no período inicial, para os dois semestres ($p= 0,596$).**

3.2 RESULTADOS OBTIDOS A PARTIR DA METODOLOGIA QUALITATIVA

Para cada pergunta da entrevista foram apresentadas as Idéias Centrais e Ancoragens, com os Discursos do Sujeito Coletivo correspondentes. As Idéias Centrais foram numeradas de acordo com sua frequência e, entre parênteses, foi indicado o número de residentes que compôs cada discurso. Nomes e possíveis identificadores pessoais foram retirados.

3.2.1 PERGUNTA 1: Depois desses 4 meses de estágio, mudou o seu modo de perceber o paciente de ambulatório ou não? Fale um pouco sobre isso.

DSC: IDÉIA CENTRAL 1 (12 residentes): *Além dos critérios diagnósticos e da preocupação em medicar, passei a discriminar alguns aspectos psicodinâmicos dos pacientes.*

“É, mudou bastante. A gente vem de uma formação médica que tem uma visão muito estática das coisas, tem uma formação muito mais organicista, muito mais medicamentosa. Tipo, se a paciente tem febre, ela conseqüentemente tem uma infecção. No caso assim, na psiquiatria geral, se ela está deprimida, ela deve ter uma alteração dos neurotransmissores, sabe? A gente sempre tenta enquadrar ou até mesmo forçar ser isso ou ser aquilo. A gente não tinha tido essa parte psicodinâmica, era só a parte clínica mesmo, diagnóstico e tal. Antes de passar aqui, a gente, pelo menos eu, no ambulatório, eu atendia os pacientes procurando os critérios diagnósticos, assim pontuar sintomas e ver o que poderia o paciente ser encaixado em

alguma coisa para tratar ou não. Para mim estava bom assim, até que você percebe que tem coisas por trás disso daí assim. E aqui a gente começa a ver o paciente de outra maneira, muito diferente, que eu acho que enriquece. Começa a ver que às vezes não é só medicar, só diagnosticar, mas como você pode abordar outras coisas que estão interferindo no diagnóstico, na história de vida do paciente. Às vezes até como um fator desencadeante, ou como se chama, para manter o quadro. Você começa a descobrir algumas raízes do problema. Muitos pacientes que a gente trouxe aqui, de repente mudou a conduta, mudou o nosso modo de ver. Você consegue ler um pouco mais as entrelinhas do paciente, ver a dinâmica por trás do sintoma. Você pára p'ra pensar o que está acontecendo nessa família, no indivíduo. E acho que isso acaba funcionando para qualquer paciente, não só paciente que a gente traz aqui para entrevista direcionada para isso, mas todos os pacientes do ambulatório, todo paciente que a gente atende ou que a gente vê numa reunião, a gente já vai pensando nesses outros aspectos mesmo. Porque antes, não sei, a gente fica mais preocupado com a questão da psicoterapia só aqui na terça-feira, nos pacientes da psicoterapia, né? E agora não dá mais para separar, você não fica olhando só uma parte. Daqui para frente eu vou me sentir muito mais segura em poder apostar nesse sentido, quando é alguma coisa mais psicodinâmica ou não, ou até que ponto é só psicodinâmico ou só medicamentoso. Já senti uma mudança nisso, assim, que eu consegui perceber quando que, às vezes realmente é orgânico mesmo. Eu consigo trabalhar muito melhor a indicação de terapia e a indicação de medicação. Talvez tenha uma seqüência, que nem alguns professores falam, tipo um paciente muito deprimido não conseguiria abordar esses temas; outros, eu

tenho muito mais segurança para não medicar e falar: - Não, vá só para a análise que não precisa de remédio. - E passar para o paciente essa colocação. Mas acho que em geral, a idéia é tipo que os dois são paralelos, nada eu acho que é só um ou outro, tem que fazer parte de um tratamento, juntar e integrar as duas partes. Acho que é isso.”

DSC: IDÉIA CENTRAL 2 (8 residentes): *Ampliou meus conhecimentos teórico-práticos de psicodinâmica.*

“Eu acho que eu já tentava ter esse olhar sobre o paciente, mas acho que reforçou muito. Então, nesse sentido mudou sim. Acho que embasou teoricamente, talvez isso. Eu já sabia da importância, mas não conseguia ver uma utilidade prática nas coisas que eu tinha lido ocasionalmente. Eu tinha uma apreensão subjetiva que ficava muito solta dentro da minha cabeça. Não conseguia dar o nome às coisas. Eu acho que faltavam os aspectos teóricos, né, para conseguir aplicar isso, para conseguir enxergar melhor essas questões mais psicodinâmicas. As leituras que fizemos aqui, as discussões, serviram para ver que tem uma estruturação assim, deu uma organizada melhor, deu segurança. A coisa ficou mais palpável, sabe? Aqui foi o espaço que deu essa base teórico-prática. Facilitou muito o trabalho no ambulatório, porque é como se tivesse aberto uma janela para algumas coisas que agora para mim são muito óbvias, de funcionamento, do processo da doença mental. Não que a gente seja capaz de plenamente saber; é como se a gente só visse a ponta do iceberg, mas já dá para começar uma investigação assim, tipo um pontapé.”

DSC: IDÉIA CENTRAL 3 (6 residentes): *Foi bom ver um profissional mais experiente entrevistando os pacientes; melhorou a minha forma de entrevistar, trazendo mais segurança.*

“Bom, para mim, mudou sim. Eu acho que mudou no sentido de eu poder ter um jeito de entrevistar mais dinâmico. Eu não conseguia; você vem com aquele bloco de concreto na entrevista e não sai. Eu estava assim, lá no HU, eu não conseguia, parecia que eu ficava atrelada àquele molde de anamnese e tinha que ser naquela ordem. Aqui você tem a oportunidade de trazer o paciente e acompanhar alguém mais experiente entrevistando, coisa que você não tem, não tem como, assim. Mesmo que você tenha experiência com a própria análise, mas é só com você, né? Os pacientes são sempre diferentes, então dá para ver alguém mais experiente tendo abordagens diferentes em pacientes bem diferentes. Aí, com o tempo eu fui percebendo que a entrevista não é puramente aquela coisa clínica da aula. Eu acho que eu adquiri uma maneira de entrar, sabe? De tirar do paciente, de abrir um caminho para ele falar dos problemas. Eu acho que foi muito bom. Eu estou me sentindo mais à vontade para entrevistar. A consulta flui bem mais fácil, e você consegue perguntar, e lidar, abordar algumas questões que a gente não abordava direito. Eu acho que aqui, esse curso, ajudou com isso. Era engraçado assim, porque confessando, eu ia imitando você. Aí eu fui adquirindo mais forma assim, eu senti que foi moldando. E hoje eu percebo que sai natural, que sai de um jeito meu.”

DSC: IDÉIA CENTRAL 4 (4 residentes): *Mudou minha percepção da relação médico-paciente.*

“Mudou. Aos poucos, no ambulatório, minha visão em relação ao paciente mudou bastante. Não só na forma de lidar com ele, de entrevistá-lo, ou de recebê-lo; mas você entendendo, lendo um pouco mais, você começa a perceber mesmo, o que você pode estar representando para o seu paciente. A gente não é alertado para isso e, às vezes, acaba indo na do paciente, né? Acaba caindo na sedução do paciente. Agora dá para segurar um pouco mais na contratransferência; acho que dá para ficar um pouco mais distante, observar um pouco mais, ter um olhar menos influenciável.”

DSC: IDÉIA CENTRAL 5 (1 residente): *Despertou uma busca por psicoterapia pessoal.*

“Mudou, tanto é que antes eu não via essa necessidade de talvez buscar uma psicoterapia e hoje eu estou vendo essa possibilidade, sinto essa necessidade.”

DSC: IDÉIA CENTRAL 6 (1 residente): *Mudou pouco. Ampliou um pouco meus conhecimentos sobre psicodinâmica, mas ainda tenho muitas dificuldades.*

“Acho que mudou, mudou sim. Mas isso não mudou tanto quanto eu imaginava assim, não mudou tanto. Eu acho que a gente conseguir identificar mecanismos de defesa, de perceber um pouco o funcionamento psicodinâmico, isso ajudou, mas acho que eu ainda tenho alguma resistência. Achei que, talvez, saber identificar, ter uma noção melhor, pudesse ser mais fácil. Acho

que é mais fácil, mas acho que não mudou tanto assim, entendeu? Acho que eu tenho dificuldade ainda nisso.”

3.2.2 PERGUNTA 2: Você acha que seus sentimentos em relação aos pacientes podem influenciar o seu tratamento? Fale um pouco sobre isso.

DSC: IDÉIA CENTRAL 1 (11 residentes): *Sim, mas perceber os movimentos transferenciais e contratransferenciais ajuda muito.*

“Eu acho que o importante foi ter percebido que eles influenciam, né? Antes eu não tinha muita noção dessa parte de transferência e contratransferência. A gente discutiu tanto transferência e empatia aqui, eu acho que exatamente por causa disso, porque eu acho que perceber o que é transferência, o que é contratransferência, o que é empatia, o que é saudável ou não nessa relação, o que é positivo no sentido de entender o paciente, de fazer diagnóstico, é justamente porque influencia demais, né? Os meus conflitos e o modo como o relacionamento com o paciente pode dizer respeito a problemas que eu mesmo passo; hoje em dia existe uma consciência minha maior em relação ao que está em jogo. Porque eu gosto mais de determinado paciente, porque eu não gosto tanto de outros, o que eu tenho que fazer para evitar que a contratransferência influencie tanto de uma forma negativa no relacionamento e tentar usá-la como uma ferramenta mesmo, diagnóstica e terapêutica. Por isso que eu acho importante trabalhar as nossas questões também, para que esses sentimentos possam ser usados de maneira positiva. Essa coisa de você segurar

o que você está sentindo e tentar utilizar isso ao seu favor e não ficar só naquela raiva e não agüentar a raiva, e tentar interpretar um pouco melhor. Eu acho que falta muito para a gente conseguir fazer isso ainda, mas já dá para ter uma luz, alguma coisa. Uma paciente minha, por exemplo, estava completamente empacada, não ia, não andava e eu estava com muita raiva dela. Era uma questão contratransferencial e depois que eu fui vendo com o tempo e percebi que era isso, trabalhei isso na minha análise e aí a terapia dela começou a andar. É muito interessante você se tocar disso, né? E aceitar isso, ter esse espaço da sombra, né? Aqui, finalmente teve o espaço para isso. Acho que é importante saber quem é você como terapeuta e quem é você em todo o seu passado, toda a sua história. Isso tem que ser bastante distanciado para não interferir no relacionamento com o paciente. Eu tinha muita dificuldade de lidar com as pacientes histéricas, border assim, pela raiva que dava; as reações. Às vezes você fala: – Ah, o paciente, é um border, é um histérico! – Você já quer dispensar, não quer mais falar. Agora eu já consigo ver que isso é um problema meu. Mas não deixa de ser difícil. Isso a gente vai sempre trabalhando; o que é seu, o que é do paciente, o que é da relação. Para poder contribuir para ele, né, até p’ra gente. Tomar uma conduta mais isenta talvez. Isenta, porque se você se distrai, e se distrair talvez seja a palavra certa, você muitas vezes, confunde as coisas. A paciente que eu trouxe aqui, eu trouxe porque eu tinha um sentimento de, um pouco de desespero de não saber o que fazer e um pouco de raiva em relação à paciente também. Eu não gostava muito dela, era uma coisa meio negativa assim, então eu trouxe até para me dar uma luz, saber o que fazia. E até mudou um pouco o meu sentimento em relação a ela, acho que deu para estabelecer um vínculo bem legal depois assim. Mudou bastante o jeito que eu lidava com ela.”

DSC: IDÉIA CENTRAL 2 (5 residentes): *Você dá mais atenção para os pacientes que gosta mais.*

“Com certeza influencia, né? Tem aquele paciente, que se você não percebe que você não gosta, você atende rápido, já atende mal atendido, assim. Você já pega o prontuário e fala: – Putz, esse cara de novo, ele veio! - Não adianta, pode ser até inconsciente, mas com os pacientes que você não gosta, você é mais objetivo, acaba não dando tanta atenção, ignorando certos pontos que o paciente traz. Você quer terminar logo a consulta e mandar embora, e nem quer discutir com ninguém. Em geral, esses pacientes, a gente acaba assim querendo passar a bola para outro, né? Tipo encaminhar, insistir para ele fazer psicoterapia. Porque se ele vai fazer a psicoterapia, eu fico mais tranqüilo de fazer a consulta assim, né? Em compensação, o paciente que você gosta, você fica um tempão com ele, conversa sobre outros assuntos; você se importa, se importa de ligar, fica preocupado porque faltou. Faz muita diferença gostar ou não gostar do paciente. Dá para perceber os pacientes que você tem aquela empatia que não sabe de onde vem, que também é contratransferência, né, você acaba tratando melhor.”

DSC: IDÉIA CENTRAL 3 (3 residentes): *Os sentimentos influenciam o diagnóstico, a capacidade de se relacionar e a resposta do paciente.*

“Engraçado que, em março, o nosso preceptor falou para mim que nunca viu tanta histérica no ambulatório desde que eu cheguei (risos). Eu acho que as histéricas sempre existiram no ambulatório, só que a gente não dava tanto valor. Porque claro que eu tive relacionamentos pessoais com inúmeras histéricas, então isso (risos), treinou meu olhar para reconhecê-las. Mas é um

exemplo, assim, de que a nossa experiência individual influencia na percepção de determinado diagnóstico que o paciente traz, o modo como ele se relaciona com a gente, tem importância no relacionamento, no diagnóstico, na terapêutica.

No João Evangelista, os pacientes que eu herdei, eram do Dr. K, e o Dr. K tinha um vínculo excelente com o X; então, ele conseguia fazer várias coisas com ele e tal, e com o Y, ele odiava o Y. Com o Y, que o Dr. K não lidava bem, eu tive uma empatia que mudou completamente, assim, o curso da internação. E com o X que, eu conversando com o Dr K., ia muito bem, comigo não rolou, não rolou mesmo. Então, assim, essas emoções, essas coisas que o paciente desperta em ti, sem dúvida nenhuma, influencia sim no resultado, na melhora, no alívio do paciente. Não tem como: Quanto maior a capacidade de se relacionar que o psiquiatra, tenha, eu acho que melhor vai ser a resposta que ele vai ter dos pacientes.

Teve uma mulher que chegou deprimida e - só que podia ser uma epilepsia e tal - e assim, deu um sentimento de que eu ia comprar o caso dela, eu ia bancar. E ela, acho que percebeu isso. E eu pedi os exames, o eletroencefalo e tal, e pedi para que ela não tomasse os remédios até que os exames estivessem prontos. Quando os exames ficaram prontos, ela voltou, sem tomar remédio. Ela já estava bem melhor e ela falou assim que o sentimento, ela falou nitidamente que o sentimento que ela percebeu de mim nela, ela achou melhor que ela não ia mesmo nem continuar tomando remédio, assim.”

DSC: IDÉIA CENTRAL 4 (1 residente): *Atrapalha, à medida que você se identifica e se confunde com o paciente.*

“Eu acho que sim. Eu passei por um período assim, de começar, de repente, a aparecer algumas características nos pacientes e eu me identificar muito e eu comecei a duvidar. Eu ficava meio pensando assim: – O que eu estou fazendo aqui? – Porque ele tem a mesma coisa que eu tenho e é uma coisa que eu não consegui resolver ainda, então como que eu vou ajudar ele numa coisa que nem eu sei o que fazer?”

DSC: IDÉIA CENTRAL 5 (1 residente): *Os pacientes percebem e interpretam de forma negativa.*

“Eu acho que sem dúvida influencia. É algo que o paciente percebe. Às vezes a gente acha que não, mas ele percebe. E isso pode ser usado pelo paciente de uma forma positiva ou negativa, só que, pessoalmente, eu acho que, geralmente, de forma negativa. Eles acham que a gente vai ter a resposta do problema para eles, que de alguma forma a gente vai ter que ajudá-los. E já me falaram algumas vezes que eu sou muito frio, pacientes mesmo, que tenho que ser um pouco mais empático. Mas eu tento fazer aquilo de não deixar me envolver no jogo do sentimentalismo, de me compadecer, de falar: – Ah, coitadinho! – Então, às vezes essa indiferença, não sei se chamam de indiferença, o paciente interpreta de uma forma negativa.”

3.2.3 PERGUNTA 3: O que você faz quando seu paciente não toma a medicação prescrita?

DSC: IDÉIA CENTRAL 1 (15 residentes): *Procuro saber porque ele não está tomando e aí tento explicar, convencer.*

“Primeiro, tento saber por que ele não toma a medicação prescrita. Isso é a primeira coisa que tem que investigar para poder esclarecer. Pode ser por falta de dinheiro, ou foi na farmácia, no posto, e não tinha; perdeu a receita. Tem que ver se é alguma crença, um negócio assim pontual com o remédio, como concepções errôneas em relação a efeitos colaterais, em relação a tornar-se dependente; ou se não acredita mesmo no tratamento, não confia no médico assim, não confia na proposta de tratamento. Depois tento corrigir uma possível falha de comunicação. Tento explicar os benefícios, o que tem de vantagem e desvantagem na medicação, falar a literatura de uma maneira que entenda. Tento fazer com que ele compreenda porque é importante usar o medicamento. Tem paciente que fica desconfiado, acha que a medicação é muito forte, tem medo de ser taxado como louco por tomar medicação psiquiátrica, ou começou a tomar e teve efeito colateral e aí ficou com medo de continuar tomando. Tem que tentar entender os receios do paciente, porque esclarecendo um pouco, pode ajudar. Se o efeito colateral fosse tão maior do que os efeitos bons do remédio, a gente não estaria dando essa possibilidade, né? Ou até, se para ele, os efeitos colaterais são mesmo maiores, a gente tenta trocar a medicação, tenta ver quais outras possibilidades que tem. Então, é tentar negociar, bem comerciante assim. Tentar vender o seu peixe.”

DSC: IDÉIA CENTRAL 2 (8 residentes): *Procuro não levar para o lado pessoal e não forçar o paciente a tomar a medicação.*

“Acho que a primeira reação é: – Putz, por que ele não tomou a medicação? Eu estou tentando fazer o máximo e o paciente não colabora? - Mas eu tenho conseguido segurar essa parte. A decisão de tomar é dele, eu não posso dizer: – Não, você vai tomar, senão você não volta mais. – Não é por aí, você não consegue obrigar ninguém. Se ele não quiser, fazer o que? Eu não tenho como forçá-lo, eu fico numa postura de respeitar também. A pessoa não quer tomar, então está bom, quando você quiser tomar, você volta; ou a gente tem que falar: - Ok, então vamos tratar sem medicação. - Tem paciente que não aceita análise também, tem etilista que não aceita o AA e por aí vai. Você também não pode falar: – Ah, não vou mais te tratar porque você não quer tomar. – Eu não levo muito para o pessoal. Geralmente cara clínico que reclama, que os pacientes não estão fazendo nada, não é possível, os pacientes que não querem se tratar. Mas essa fase, acho que eu já passei. Quando a gente estava no internato, com diabéticos, hipertensos, era outra vivência. Era do tipo: – Fulana, por que você não toma? Ah, você tem que tomar. Quer morrer? Quer ficar cega? – Hoje em dia eu não faria mais isso. Impor não, eu tento ir mais devagar.”

DSC: IDÉIA CENTRAL 3 (5 residentes): *Tento compreender os aspectos psicodinâmicos que possam estar subjacentes a esse comportamento.*

“Se ele não quer tomar de jeito nenhum, aí você tem que encarar isso como um mecanismo de defesa por causa da própria estrutura dele. Entender que a questão é dinâmica. Você precisa ter essa postura de olhar

para o outro, separar o que eu estou colocando de meu ali, e o que é dele. Ele não quer tomar e é um desejo meu que ele tome, então precisa trabalhar com mais paciência questões dinâmicas do paciente. Se é uma questão de resistência ao tratamento, se é uma questão da personalidade. Às vezes eu percebo até um certo desafio nele, como se ele quisesse me dizer que o problema dele é mais que tudo existencial, que tem alguma coisa aí que medicamento nenhum vai resolver. Então eu tento trabalhar um pouco isso, o que o paciente acha de ser medicado, qual é o receio, quais são os medos que ele tem a respeito disso. Se a gente não entender isso, não vai nem ter sucesso no tratamento.”

DSC: IDÉIA CENTRAL 4 (3 residentes): *Procurar estimular o paciente a compartilhar comigo a responsabilidade do tratamento.*

“Mais recentemente, o que eu tenho feito, é colocar um pouco da responsabilidade no paciente. Mostrar para ele que o tratamento tem duas partes, uma que é dele e uma que é da gente. Mostrar para ele que a gente está fazendo a nossa parte e que a gente precisa da parte dele. Tratar o paciente como adulto, como uma pessoa responsável também pela condução do seu processo terapêutico. Não é minha responsabilidade apenas, ela é compartilhada, quer dizer, eu detenho conhecimento mas na verdade a decisão é compartilhada. Claro, tendo em conta que o paciente consegue entender isso, né? Aqueles que são esquizo, super prejudicados, aí é complicado, complicado.”

DSC: IDÉIA CENTRAL 5 (3 residentes): *Tento entender o significado da medicação, o aspecto simbólico.*

“Eu tento entender o porquê disso. Por que tem um significado, né? Acho que não é só porque desestabilizou, porque está tendo efeito colateral. Tem um significado assim, uma compreensão dinâmica, né? Por que, que significado está tendo esse remédio nela? Qual é esse símbolo assim, qual que é o símbolo da medicação que não está funcionando? É aquela coisa do remédio ser o médico, né? É isso, é o símbolo acima de tudo. Se você não significa, não adianta nada; mesmo o efeito medicamentoso, acho que isso é o de menos nessas horas.”

DSC: IDÉIA CENTRAL 6 (1 residente): *Depende da convicção que eu tiver em relação à medicação.*

“Quando eu tenho convicção que a medicação vai servir, eu fico mais decepcionado. Eu mostro uma certa decepção p’ro paciente assim: – Pô, não tomou o que eu passei? Que pena, né? Você já podia estar um mês adiantado no tratamento e não está. A gente perdeu um mês assim. – Hum, acaba mostrando um certo descontentamento, mas encoberto assim. Agora, quando não tenho convicção, fica indiferente para mim, tipo não deu certo mas também não dava para ter certeza de que ia funcionar.”

DSC: ANCORAGEM (1 residente): *Psiquiatra como balcão de farmácia.*

“Eu acho que está invertendo até o que a gente faz, né? Porque a consulta está sendo, muitas vezes, para você checar se o remédio está bem ou não está, se está tendo efeito colateral ou não está, para trocar. Os pacientes

estão começando a ver muitos psiquiatras como quase que um balcão de farmácia. E às vezes você quer entrar no porquê das coisas não estarem funcionando bem e você não tem acesso, porque está sendo quase que doutrinado a fazer isso.”

3.2.4 PERGUNTA 4: Como você se sente quando seu paciente falta à consulta? Explique.

DSC: IDÉIA CENTRAL 1 (12 residentes): *Frustrado e inseguro profissionalmente; impotente.*

“Mal. Na maioria das vezes eu me sinto frustrado. É que é chato, né? Eu marquei e não veio. Sinto como sendo alguma coisa pessoal, que eu não fui suficiente. Por que será que faltou? Será que eu falei alguma coisa? Será que eu fiz alguma coisa errada? Será que eu não expliquei direito? Pairam várias dúvidas, é uma insegurança minha assim. Será que eu sou capaz? Será que eu estou falando muita besteira, sou um profissional ruim? Eu tento olhar pro trabalho que está sendo feito, pensar se o paciente está vendo algum benefício naquilo, se está encaixado no que ele está querendo; às vezes pode estar aquém da demanda dele. Teve alguns, que eu tive a nítida sensação de que a gente falhou assim. Uma sensação de fracasso. Você pensa na hora, que o mais provável é que ele está se sentindo mal, que não gostou do tratamento, que não fez efeito. Por mais que você fale que não, você acha que você podia ter feito alguma coisa diferente. Especialmente se foi uma segunda consulta, se ele faltou na segunda consulta, aí bate muita insegurança! Eu fico pensando: Será que ele se deu bem comigo?

Será que eu consegui estabelecer um vínculo bom? Será que eu não fui muito rápido no atendimento? Isso mais no começo assim, eu me sentia culpado. No dia-a-dia você vê que não é só culpa sua, né? No fundo está tudo mais além do que compete a você. Mas que vem, vem, a sensação de impotência. O fato inclusive de, às vezes, eu pensar que eles não voltaram porque estavam melhor, é uma tentativa de eu mesmo pensar: não, eu estou fazendo direito, seguramente ele está bem, ele está bem. Mas em todo caso, é frustrante.”

DSC: IDÉIA CENTRAL 2 (4 residentes): *Feliz, aliviado, pois sobra mais tempo para os outros; desde que não seja um paciente grave.*

“Eu fico feliz. É que eu não gosto de atender o paciente com muito pouco tempo, então, quando o ambulatório está muito cheio, eu falo: – Ai que bom, ainda bem que faltou! Não vou ficar muito atrasado hoje, vou poder conversar mais com os outros, dar mais atenção para eles, me concentrar (risos). – Não, não, mas só quando não é um paciente grave, que você sabe que está tudo bem, que vai ter medicação, né?”

DSC: IDÉIA CENTRAL 3 (4 residentes): *Depende do vínculo que se tem com o paciente.*

“Eu acho que depende do paciente. Quando é um paciente que a gente tem um vínculo maior, ou que tem uma transferência positiva assim, eu acho que eu sinto falta, eu sinto falta do paciente não ter vindo. Gostaria muito de saber como ele está, se melhorou, se não melhorou, o que aconteceu na vida. A gente fica mais preocupado, querendo entender. Teve paciente que eu fiquei muito, muito triste de ele não ter ido. Porque eu tinha criado uma grande expectativa

assim com ele e ele não voltou mais. Teve outros, que faltavam duas vezes e você: tá, paciência, problema dele e cada um, né? É consciente das coisas, a minha parte eu fiz. Parece o quanto você compra a causa, né? Você compra a causa e o paciente não vem, pô, né? Agora, aquela paciente, como tem um aspecto de contratransferência muito forte, quando ela falta eu fico feliz. Os que te incomodam um pouquinho mais, dão mais trabalho, às vezes pela questão da personalidade, dá até um alívio, de não ter que atender, né? Você fala: - Ah, faltou! Um a menos hoje, eu vou embora para casa mais cedo. - São várias as sensações assim, depende do paciente. Para cada paciente tem uma maneira diferente de sentir assim a falta, né?”

DSC: IDÉIA CENTRAL 4 (4 residentes): *Preocupado se o paciente piorou.*

“Eu fico preocupado. A primeira sensação é de que aconteceu alguma coisa com ele. Principalmente alguns pacientes que estavam mais graves. Será que foi internado? Será que está ruim em casa, e não veio porque piorou? Mesmo com os que eu não gosto tanto, eu tenho essa preocupação.”

DSC: IDÉIA CENTRAL 5 (3 residentes): *Depende se o paciente é do ambulatório ou da psicoterapia.*

“Depende do paciente. No HU, parece que o vínculo deles é com a instituição, do tipo ”eu posso tudo, eu sou funcionário!” Então, não dá tanta importância. E depois, lá tem dia que é muito cheio. Se o paciente falta, é até bom, não gera muita coisa. Na verdade faz o dia andar mais rápido. Agora, quando é um paciente da psicoterapia, acho que aí é um pouco diferente. Me sinto mal assim. Quando o paciente falta, e não avisa que vai faltar, eu fico um

pouco decepcionado ainda, no sentido de, pô, não avisou que ia faltar! Eu fico pensando: Será que aconteceu alguma coisa? Tento achar o motivo. A gente conhece mais o paciente, e tem todos os aspectos dinâmicos que tem que tentar entender melhor.”

DSC: IDÉIA CENTRAL 6 (1 residente): *Depende do paciente: se está estável, se é grave, ou se está no início do tratamento.*

“Depende do paciente, não dá para generalizar. Um paciente que vinha, estava bem, estável, só pegar uma receita e dizer tá tudo bem, ou se é um paciente muito grave que você há alguns dias está esperando aquela consulta e o paciente não vem, eu fico morrendo de preocupação, o paciente pode ter se matado, abandonado o tratamento, etc. Ou então, se é um paciente que está começando e você não tem certeza do diagnóstico, aí dá para interpretar melhor, você vai ver o que faltou, se ele tem medo do psiquiatra, se tem medo de se tratar. Tem muito paciente que tem medo de melhorar.”

3.2.5 PERGUNTA 5: Dar alta aos pacientes do ambulatório. Como é isso p’ra você?

DSC: IDÉIA CENTRAL 1 (11 residentes): *É prazeroso porque o problema foi resolvido e o paciente fica independente.*

“Nossa, alta! É prazeroso. Foram umas duas só, mas para mim foi muito bom. Eu me sinto satisfeito quando eu vejo que eu consegui resolver um determinado problema de um paciente, uma queixa clínica, uma síndrome

psiquiátrica, eu me sinto muito satisfeito com isso. É bom você ver que você conseguiu ajudar de alguma maneira aquela pessoa, isso é muito bom. Ver o paciente satisfeito de se livrar de medicação, às vezes de se livrar desse compromisso. Porque tem paciente que está lutando contra uma doença muito tempo. Se ele se achou resolvido em certo sentido, e realmente ele melhorou bem, então nesse sentido, ver o paciente feliz com isso é muito prazeroso. O que a gente se propôs a encontrar na terapêutica, foi encontrado. Você vê como ele estava e você vê ele agora. Dá a sensação de que o paciente não é mais dependente. É tipo um filho que está andando com rodinha de bicicleta e você tira a rodinha e você está indo atrás segurando, daí você solta, e vai que é você, né? É ruim ficar dependendo de médico assim. Eu acho que todo mundo devia ter alta logo, devia resolver e ótimo. Alta é tudo o que a gente espera de um tratamento, pelo menos no final. Perceber que fez um ciclo de começo meio e fim. É bom quando o paciente não precisa mais do psiquiatra. É a satisfação do deu certo, um certo alívio também. Porque é difícil a gente dar alta. No ambulatório, geralmente a gente acompanha todo mundo, acho que anos talvez. Então, acho que é meio um alívio assim para os dois lados. É bom para ele e é bom para mim. Mostra que eu fiz certo, e o paciente consegue andar sozinho, estar bem sozinho.”

DSC: IDÉIA CENTRAL 2 (8 residentes): *É difícil se desligar dos pacientes.*

“Acho bem difícil. Tenho dificuldade de desligar, me despedir dos pacientes. Porque você forma o vínculo, você faz diferença na vida das pessoas. Não encontrar mais o paciente é muito doloroso, dependendo do paciente. Principalmente os pacientes que eu me apego mais, que acabam se

tornando mais próximos, é sofrido. É uma coisa idiota, mas você fica com um pouco de pena, fala: – Ah, eu não vou mais ver o paciente. E se ele não estiver bem? – Eu vou querer saber como é que eles ficaram, mesmo os mais chatos assim, sabe? Porque eu não consigo falar tchau. Eu sei que isso é uma coisa minha, de lidar com o abandono. Mas paciente que você sabe que nunca mais você vai ver, realmente é, nossa, é um parto assim. Aí eu fico dando uns retornos, mesmo sem medicação. Aquela estória do luto assim, que você tem que enterrar, você vai perdendo aos poucos; você deu alta para o paciente mas não é bem assim, vamos dar alta devagar. Mas enfim, eu acho que dá para tocar. A vida é isso mesmo, é idas e voltas e partos, separações. Acho que eu estou conseguindo criar essa coisa de liga, mas desliga.”

DSC: IDÉIA CENTRAL 3 (3 residentes): *Só dei alta para pacientes que não eram meus a princípio.*

“A maior parte dos pacientes que eu dei alta não eram meus, a princípio. Porque a gente fica só 6 meses, então não dá tempo de pegar um paciente, iniciar medicação, fazer o tratamento e acabar. Você pega o bonde andando e esses que você deu alta são pacientes que já estavam em vias de ter alta. Os que eu dei alta, eu dei alta na primeira consulta que eu peguei. Não dei alta no final do semestre; assim, marquei uma consulta no final p’ra poder dar alta e dizer: - Vai Carlos, ser gauche na vida! - Eu até programei por causa da troca de residentes. Escrevi assim: paciente sem medicação por um tempo, se estiver tudo bem, pode dar alta. Mas dos que eu comecei a atender no semestre todo, eu não dei alta para ninguém.”

DSC: IDÉIA CENTRAL 4 (2 residentes): *É prazeroso, mesmo que depois o paciente volte.*

“Aqueles que têm alta, é legal. Mas no início, eu acho que eu tinha muito aquele otimismo, sei lá, acho que o cara dessa vez vai conseguir. Mas depois a gente vai percebendo que é um processo, que é um problema crônico, geralmente. Então eu gosto de dar alta porque pelo menos passou de fase. Talvez ele volte por um outro motivo assim, mais para frente. Na psiquiatria não é tão simples assim, na verdade acabam sempre precisando, são doenças mais crônicas, né? A experiência que eu tenho é que, tipo, na hora de dar alta eu fico torcendo para que o período fora do hospital seja o mais prolongado possível, mas eu sei que uma hora vai voltar. Cura psiquiátrica, eu acho que é uma coisa meio ideológica só.”

DSC: IDÉIA CENTRAL 5 (2 residentes): *Não dei nenhuma alta.*

“Eu nunca dei alta para um paciente no HU. Então, no ambulatório eu não tive experiência de alta ainda, não sei realmente. Mas na enfermaria, foi gratificante, todas as altas que eu dei.”

DSC: IDÉIA CENTRAL 6 (1 residente): *É difícil porque não me sinto confiante.*

“Eu acho difícil ainda dar alta, porque eu não me sinto ainda confiante o suficiente para falar: - Tudo bem, pode ir para casa, vai ficar bem, não precisa mais se preocupar. - Porque dar alta é um pouco isso, né? Você dá um atestado: - Olha, os seus problemas acabaram!”

DSC: IDÉIA CENTRAL 7 (1 residente): *Nunca tive problemas, apesar de ter pacientes que não querem receber alta.*

“Tem pacientes que não querem receber alta. Por mais que a gente veja que eles estejam estabilizados, que não tem mais motivos; pelo menos motivos psiquiátricos, para continuar o atendimento, eles não se sentem seguros. Ou então criaram um vínculo, até uma certa dependência em relação ao terapeuta. Eu acredito que isso depende muito do modo como se dá a relação terapêutica. Para alguns pacientes é muito fácil se desvencilhar do terapeuta, para outros é muito difícil, já que eles tendem a repetir relações de dependência, que eles tem com outras pessoas significativas em sua vida, com o terapeuta. Enfim, para mim, geralmente não há muito problema. O objetivo dali não é esse, não é conversar com o paciente, chamar para bater um papo e tomar um chope, existe um objetivo bem delimitado. Então hora de dar alta é hora de dar alta, em geral eu nunca tive problemas não.”

DSC: ANCORAGEM (4 residentes): *No esquema em que trabalhamos, depois que você dá alta, fica muito difícil o paciente voltar, se ele precisar.*

“A gente trabalha nesse esquema maluco, que para o paciente voltar é muito difícil, então eu fico, eu tenho bastante receio, eu sou bem cuidadoso para dar alta. É um pouco complicado; a chance de estar no ambulatório, já é difícil conseguir vaga. Porque lá no HU não tem tanto problema, se o paciente precisar voltar ele só marca consulta, ele agenda consulta. Não é que nem aqui que eu acho, que se você der alta, ele nunca mais pode voltar. Então lá a gente dá alta com mais tranquilidade assim, e se ele precisar ele volta. O paciente não está no ostracismo do sistema.”

3.2.6 PERGUNTA 6: A compreensão do funcionamento psicodinâmico de um paciente pode interferir em seu tratamento clínico? Como?

DSC: IDÉIA CENTRAL 1 (11 residentes): *Ajuda no manejo clínico, e no vínculo médico-paciente.*

“Ah, bastante, bastante. O funcionamento psicodinâmico do paciente tem muito a ver com a forma com a qual ele aceita ou não o tratamento, ou se desenvolve ao longo do tratamento. Ajuda a gente a tentar entender qual é a melhor forma de lidar com ele e com o tratamento dele. Porque a gente tem que ter alguns cuidados, dependendo da personalidade da pessoa, em como falar algumas coisas, como desenvolver o vínculo, dar umas orientações, assim. Acho que não só de medicação, mas da própria consulta. Às vezes a gente marca um paciente para daqui a dois meses e teoricamente teria que estar mais perto, não porque talvez ele vá ter efeito colateral ou não, mas porque ele não funciona muito bem se for desprezado. Existem outros aspectos nas doenças psiquiátricas que não são apenas meramente biológicos, mas psicodinâmicos, situacionais, de conjuntura, que acabam influenciando muito nas manifestações clínicas, na perpetuação de sintomas, nas recidivas. Muitas vezes um funcionamento psicodinâmico inadequado perpetua uma determinada condição mórbida, ou pode desencadear, potencializar. Se restringir apenas às queixas e não aprofundar os aspectos psicodinâmicos, acaba limitando muito o sucesso de uma determinada conduta. A partir do momento que você compreende a dinâmica do paciente você vai entender também porque o paciente não teve uma boa resposta, porque ele não está aderindo ou então porque ele está aderindo tanto, né? Está querendo demais, está vindo todo dia lá no ambulatório te ver, está indo lá todo dia que você

está lá. Entendendo o funcionamento, você consegue provocar o paciente para que ele também compreenda. Você consegue perceber, sentir, o que o paciente traz para você. Ajuda em relação ao vínculo, o paciente empatizar com você e você empatizar com o paciente. A gente ver o quão difícil é para ele, muitas vezes viver o dia-a-dia, ser catalogado como paciente psiquiátrico, ter que ir à consulta. Ajuda muito a diminuir a nossa contratransferência negativa, que nesse sentido, ajuda o manejo clínico, né? A partir do momento que a gente está um pouco mais “neutro”, um pouco menos influenciado, dá para a gente fazer um raciocínio diagnóstico um pouquinho mais claro e tomar decisões melhores. Acho que o exemplo mais marcante nesse sentido seriam as border, que de cara a gente sente insuportável, que enche o saco conversar com elas, e toda aquela estória de entrar no teatro delas; mas quando a gente entende mais ou menos o funcionamento delas, já facilita o tratamento, né? Aquela paciente insuportável vira a paciente suportável por isso, por isso e por isso. Diminui aquela irritabilidade que a gente sente às vezes, dá um alívio. Você vendo como que é a história da família, conhecendo um pouco mais a paciente, como ela está funcionando, dá para você ver o que tem atrás daquilo tudo, para a partir dali mostrar para a paciente o que pode estar sendo feito. Não basta fazer a consulta, checar e medicar.”

DSC: IDÉIA CENTRAL 2 (8 residentes): **Ajuda no manejo da medicação.**

“Eu não posso exigir adequar os mesmos medicamentos para determinados pacientes. A gente tem que ver sempre um contexto, né? O paciente não é uma coisa só. O paciente é um todo. Tem pacientes que você vê que estão super empacados e que você troca de medicação, troca de medicação, e troca de medicação e ele não passa daquele ponto, não vai para

frente. A medicação eu acho que tem um limite. A gente vê com a prática, que tem paciente que você sabe que vai responder a uma medicação e que você sabe que não vai responder. A gente vai pegando um pouco a mão disso, né? De não ter mais aquela ansiedade de ter que mudar a medicação toda consulta. Tem paciente que vêm exacerbando os sintomas e você fala: – Nossa, está super deprimida! – E quando você vê que a vida é contra ela, que os filhos são contra ela: – Hum, será que ela está tão deprimida assim, sabe? Ou será que ela funciona bem assim, né? – Aí você já “manera” um pouco, não vai aumentando a dose tão cavalaramente assim, você vai tentando sentir por outros sintomas mesmo, mais clínicos, sem se prender tanto às queixas. Facilita para você entender através do tipo de funcionamento, se vai tomar ou não, se é dependente com medicação. Por exemplo, um caso que a gente estava dando imipramina e tinha que chegar em 100 mg. Eu nunca conseguia chegar em 100 mg porque a pessoa não tomava, não tolerava. E foi só quando eu compreendi o que o remédio significava para essa pessoa que eu pude respeitar esse tempo. Eu lembro que para a pessoa, tomar o remédio era uma coisa de se sentir impotente, de ter que precisar de alguma coisa assim. Então, cada comprimido que eu aumentava era como se eu dissesse para a pessoa: – Não, você não consegue mesmo. – E aí ela não tomava. Então foi um caso que me ensinou isso assim, de às vezes ter que respeitar o ritmo, ter uma coisa teórica, mas a prática, a psicodinâmica não tem muitas regras, né? Se um paciente que se queixa que acha que está perdendo o controle sobre o corpo dele, sobre a doença dele, não adianta você querer, mesmo se for necessário, fazer uma escalada muito rápida da medicação, porque o paciente não vai aceitar. Você tem que ir um pouco mais devagar, né? Tentando abordar essas

questões do paciente, até você conseguir chegar numa dose que ele realmente melhore. Você vai ficar mais tranquilo com certas queixas que o paciente traga. Você vai conseguir dimensionar melhor a queixa do paciente, e não se apavorar e resolver aumentar demais, por exemplo, a medicação, ou então retirar a medicação precocemente; então você consegue dimensionar melhor o tratamento do paciente, para aquele paciente, individualmente.”

DSC: IDÉIA CENTRAL 3 (5 residentes): *Ajuda a enxergar além dos critérios diagnósticos, dos sintomas.*

“Eu acho que muda um pouco do jeito de você entender o paciente, né? Você começa a ver que não é só o diagnóstico, não é só sintoma, tem um monte de outra coisa que não é diagnóstico; que não é observar, é entender. Tem muito mais coisa do que apenas um diagnóstico, tem um paciente por trás do diagnóstico, que tem uma história de vida; é aquela parte do iceberg que está por baixo. Não vai ter antidepressivo nenhum que vá diluir o que está por baixo. A compreensão é fundamental. Você não atribuir só um diagnóstico fechado ou até você conseguir perceber que aquele diagnóstico não bate assim. Mas não só fazer desmoronar os diagnósticos, mas complementá-los assim. Só um diagnóstico de depressão, só um de ansiedade, acho que não responde por tudo. Acho que só focar aquilo no tratamento, às vezes é insuficiente. Fica tão mal avaliado, que corre muito o risco de você estar tratando uma coisa, achando que é uma coisa, e na verdade é outra, por falta de uma avaliação mais profunda. Quando a gente começa a aprofundar um pouquinho o que esse paciente apresenta por trás, qual a história de vida do paciente, que movimento se esconde por trás do que ele mostra; a gente, às

vezes, fica assustado, de ver que a gente só fica como, não sei, é como pintar a fachada de um edifício que está com o alicerce podre, a gente pode melhorar o sono, agora o paciente tem mais vontade de fazer as coisas, agora o paciente está comendo melhor; a gente fica nesses critérios bobos, que eu acho que são bobos em certa medida, e a gente mesmo força para ele falar: – É, meu sono melhorou um pouco, meu apetite melhorou um pouco. – Eu acho que às vezes a gente induz muito isso no paciente e no fundo não foi nada resolvido. Acho que todo mundo sai com isso muito fortalecido assim, e querendo fazer algo para ajudar nesse sentido. Eu acho difícil agora não tentar compreender, de maneira mais dinâmica.”

DSC: IDÉIA CENTRAL 4 (5 residentes): *Muda o enfoque terapêutico no sentido de introduzir medicação ou não.*

“Eu acho que sim. Acho que pode influenciar bastante na questão de medicar ou não medicar. Acho que isso é o que mais conta quando você tem a compreensão psicodinâmica: ver a necessidade de medicação ou não. A gente tem uma expectativa, e quer medicar o paciente com uma certa ansiedade. Aí você descobre que ele tem uma estrutura familiar, uma estrutura social, uma estrutura de trabalho que propiciam isso; não dá para medicar, você não pode medicar o trabalho, a família, a vida do paciente. Por exemplo, o paciente que fica só insone assim, nem tem um quadro de depressão clássica, que você dá antidepressivo e ele nem melhora tanto da insônia, e na verdade você vê que ele tem uma preocupação, uma ansiedade que é muito relacionada, por exemplo, por ele ter tomado as rédeas da família, uma personalidade que ele não tinha condição. Isso muda, né, o tratamento, muda o enfoque terapêutico. Será que ele precisava

realmente tomar um antidepressivo? Você vai trabalhar em cima de um negócio muito mais amplo, mas muito mais rico, e com a possibilidade de um ganho a longo prazo muito maior. Muda completamente o prognóstico. Senão, em última instância, você está jogando água num balde furado. E você está usando uma gambiarra química que não se sustenta a longo prazo. Tem paciente que eu já introduzi medicação que eu falo: – Putz, se fosse hoje eu não teria introduzido, sabe?”

DSC: ANCORAGEM 1 (1 residente): *Tudo tem que ter um diagnóstico.*

“Parece que só porque é psiquiatra, sempre tem que ter um diagnóstico. Fica uma coisa que patologiza tudo, você não contextualiza. Essa coisa de todo mundo ser bipolar e tal, a pessoa ser de um jeito e aí ela tem uma doença em cima daquilo.”

DSC: ANCORAGEM 2 (1 residente): *O treinamento do residente.*

“A gente é treinado para achar sintomas e indicar e medir sintomas, a grosso modo, é esse o jeito que funciona na psiquiatria, mesmo. O nosso treinamento aqui como Residente é mais ou menos isso.”

3.2.7 PERGUNTA 7: Você acha que esse estágio provocou alguma mudança em você?

DSC: IDÉIA CENTRAL 1 (9 residentes): *Uma mudança pessoal. Fiquei mais reflexivo em relação a mim mesmo, às pessoas em volta, e aos pacientes.*

“Provocou. Mudou como eu sou assim, no dia-a-dia, o modo como eu vejo as pessoas. Porque você tendo essa visão mais abrangente, você começa a

reparar no seu amigo, naquele outro (risos): - Hum, isso é uma posição esquizo-paranóide bonitinha! - Até é esquisito, uma coisa que a gente não devia fazer, mas até de me entender assim, porque você começa a pensar: -Será que quando eu faço isso então, né? Que raio de mecanismo de defesa que eu estou usando? Olha que rata! - Eu tento evitar, porque não é muito bom fazer isso, estava sendo catastrófico, mas você muda mesmo, você pára um pouco mais para pensar no que está acontecendo. Eu comecei a tentar ver em casa, com a namorada; você começa a querer entender, tanto no familiar, pessoal, mesmo no paciente. Você mesmo, você muda um pouco assim na sua atitude, você pensa duas vezes. Estou até procurando terapia (risos). E isso era uma coisa que nem passava pela minha cabeça, não era uma coisa que eu achava que tinha necessidade. Estou super bem, eu sou feliz, sou competente, eu tenho sucesso, tenho uma família boa, mas não é só isso, né? Às vezes não tem como você não se reconhecer no paciente, e às vezes nem no paciente, às vezes na discussão mesmo, né? Porque os problemas dos pacientes muitas vezes também são nossos problemas, em maior ou menor grau. Os casos que discutíamos, influenciaram não só na minha conduta com os meus pacientes outros, mas também no modo como eu me vejo. Acredito que muitas coisas ditas e discutidas em sala de aula diziam muito respeito a mim. No início era um pouco incômodo, depois eu relaxei (risos). Os textos que estudamos durante o curso, principalmente na parte de mecanismos de defesa, eu me identifiquei muito. E às vezes é difícil para a gente reconhecer como a gente se protege o tempo todo. Mas sem dúvida me enriqueceu muito, comecei a prestar mais atenção a certas situações da minha vida onde eu reajo de uma forma ou de outra, e vi que não só o paciente sai lucrando de uma relação terapêutica, a gente também sai, como pessoa mesmo.”

DSC: IDÉIA CENTRAL 2 (6 residentes): *Fiquei mais seguro pelo aporte teórico e a participação nas entrevistas; consegui integrar mais a teoria à prática.*

“Aumentou o enfoque para o lado psicodinâmico, acho que funciona mais concreto assim para mim. A aplicabilidade de estudar isso era muito pequena, eu tinha uma idéia que era meio, tipo uma ciência de curiosidades assim, sabe? O que muda é saber que é palpável. Claro, é difícilimo, mas tem uma organização, tem como aplicar. Porque a gente sempre fala que psicoterapia é super importante, não sei o quê, mas eu não tinha ainda uma visão assim tão profunda de como é importante. Aí acho que ajudou a mostrar como que pode ser objetivamente importante. Não é aquela coisa tão geral de só falar sobre a vida; têm pontos, características, que geram muitos sintomas. Eu estava sentindo no começo do estágio que eu estava fazendo uma papo-terapia com os meus pacientes. A gente está muito inseguro, não sabe o que fazer, não sabe se está fazendo certo. Simplesmente a gente cai numa sala fechada com o paciente, olha para a cara dele e fala: - E agora, né? O que eu faço com isso? - E de repente, você ter uma posição, você ter um pouco mais de fundamento, saber o que você está fazendo. A gente tem um suporte teórico que ajuda a aliviar um pouco dessa angústia de querer fazer as coisas e não saber por onde. Todo mundo lê, todo mundo participa, todo mundo se envolve em chamar os pacientes e vê que é diferente depois que você faz uma entrevista com o paciente. Você começa a perceber que o que você está vendo na teoria, é o que você está observando na prática, e a teoria só vem disso, né? Por exemplo, a teoria da Melanie Klein é uma teoria que para a gente faz muito sentido. Porque a gente vê na prática; não só nos pacientes que a gente atende com você, mas a gente está em outro lugar, fazendo outra coisa, discutindo outro paciente e fala: - Putz, é isso! - Acho que

isso é estimulante, né? Você faz a prática e você vai crescendo. Aí você pode falar que 3 meses depois, você realmente viu uma mudança no que você está fazendo. Claro que eu falo que a questão de eu saber o que é uma projeção na transferência não vai resolver nem os meus problemas e nem os dos outros, mas enriquece. Eu tenho muito mais elemento para trabalhar de tudo o que eu tinha antes. Fica muito mais fácil de trabalhar, tanto na análise quanto na clínica, a gente perde menos tempo. As entrevistas aqui com os pacientes, muitas vezes tiram uns certos tabus, disso eu não devo perguntar. Pacientes que a gente acompanhava anteriormente e que vieram para cá, para a entrevista, e que você muda o jeito de enxergar ele, completamente. Eu me senti muito mais segura, com menos barreiras assim, para conseguir lidar com os meus pacientes.”

DSC: IDÉIA CENTRAL 3 (4 residentes): *Conseguir lidar melhor com os aspectos transferenciais e contratransferenciais da relação terapêutica.*

“Como residente, sem dúvida. Em primeiro lugar foi a segurança, né? Por causa dessa interação com o paciente, você conseguir discernir mais as coisas; até a questão do paciente faltar, passar a ter uma transferência muito intensa com você, te dá uma segurança para você entender melhor a situação e ficar mais tranquilo com essas questões assim. Muda muito na sua hora de ter paciência, de lidar com o outro, de entender o limite do outro, sabe? Não esperar que ele reaja como uma outra pessoa igual a você reagiria. Tentar interpretar alguma coisa. Não necessariamente interpretar para o paciente, mas para você, o que já é alguma coisa. Essas perguntas de – qual o sentimento em relação ao paciente? – Eu acho que me ajudou, assim, a perceber o que eu sinto pelo paciente e às vezes a gente sente mesmo raiva e

tem que ver como trabalhar. A gente, ao perceber que nós não somos tão perfeitos assim como pensávamos pelo fato de sermos médicos, psiquiatras, parece que isso nos torna um pouco mais humanos. Parece que nos torna um pouco mais cientes do que o paciente pode estar sentindo. Deu para ver muita coisa da minha contratransferência com relação aos meus pacientes; analisar, conseguir observar melhor a minha postura frente a várias situações que o paciente me apresenta, e também conseguir tentar lidar melhor, naquele momento com esses sentimentos, com essas sensações que o paciente traz. Isso modifica a forma da gente se relacionar com os pacientes. Então, sem dúvida, mudou muito, o estágio para mim.”

DSC: IDÉIA CENTRAL 4 (3 residentes): *Conseguir adicionar um olhar psicodinâmico à consulta.*

“Com certeza, porque a gente conseguiu ver um pouco melhor os pacientes; o enfoque do paciente, eu senti que mudou. Eu via de uma maneira muito clínica, bem catalogado assim, bem CID 10: - Nossa é um F32.2! - E eu ficava muito fechado assim, eu pensava: - Ele tem que ter isso, isso e isso; tem que ter isso mais, tem que ter uma perturbação do sono, pronto chega. – Agora, na Psicoterapia Breve, a maneira que eu interpretei de ver o paciente, foi modificando assim. Eu acho que me ajudou a fazer esse link da clínica. Ver você entrevistando é uma coisa que não existe em outra área; assim, uma entrevista dirigida, levando em consideração os aspectos psicodinâmicos. E por que você acha que ela não está dormindo? Acho que esse tipo de perguntas que antes eu não incluía na consulta e comecei a incluir e acho que tem espaço, e vale a pena perguntar isso aí. E sei lá, talvez a gente acha que

não vai dar tempo e no final dá tempo e fica muito mais proveitoso, do que se limitar ao: - Tá comendo bem? Tá sentindo bem? Como é que está a libido? Saiu da depressão. - Então isso mudou em mim, e no final, deu como consequência, mais confiança de lidar com o paciente, e aí diminui a angústia da gente também. A postura mudou de: - Ops, o cara não está melhorando, para é, não está melhorando por isso, por isso, e por isso.”

DSC: IDÉIA CENTRAL 5 (3 residentes): *Deu mais segurança para eu assumir um olhar psicodinâmico que já possuía.*

“Eu acho não; eu tenho certeza que provocou alguma mudança no sentido de eu poder enxergar a psiquiatria mais identificada com a minha percepção do tratamento psiquiátrico. Sempre acreditei que psiquiatria é isso, não é tabela, não é escala, é muito mais do que só medicar e diagnosticar. Mas eu acho que eu estou muito mais embasado, e muito mais conseguindo ter muito mais artifícios para entender o paciente, para compreender. Então eu acho que teve uma mudança nesse sentido, não é que eu mudei radicalmente, mas teve uma evolução daquilo que eu já me propunha a fazer, no sentido de ter esse olhar dinâmico. Para mim foi um estágio que meio que me autorizou assim a ser cada vez mais do jeito que eu sou. Então para mim foi transformador assim esse estágio.”

DSC: IDÉIA CENTRAL 6 (1 residente): *Tirou um preconceito.*

“Acho que provocou várias mudanças. A principal assim, é que quando eu entrei aqui na psiquiatria, eu tinha um certo preconceito em relação às teorias da psicodinâmica. Então para mim fez muita diferença, e consegui

entender melhor porque tanta gente acredita que existe inconsciente. Acho que mudou muito isso, pelo menos agora eu estou bem mais, realmente eu acredito, né?”

DSC: IDÉIA CENTRAL 7 (1 residente): *Não mudou tanto. Minhas dificuldades ficaram mais evidentes.*

“Em mim acho que não, acho que não mudou tanto. Acho que talvez evidenciou mais as minhas dificuldades mesmo, né? Mas é bom, acho que isso é uma mudança, uma mudança importante. Acho que talvez a mudança que eu esperasse fosse superação, talvez, dessas dificuldades. E não, eu acho que elas ficaram mais claras e talvez isso seja até mais difícil perceber; que elas são às vezes maiores do que eu imaginava, mas é bom ter um pouco mais claro isso e ter na cabeça que eu preciso lidar com isso, que eu preciso aprender a superar a minha imperfeição, enfim. Mas acho que sim, é uma mudança sim, mas é uma mudança diferente do que eu imaginava. Acho que eu imaginava uma coisa mais fácil, de ficar tudo claro, e pronto assim. E superar. Ficou um pouco mais claro, mas eu vi que talvez seja difícil superar isso, né? Demanda um esforço, acho que tempo também, experiência, talvez a minha própria terapia, que eu tenho que parar de resistir a isso, assim.”

4. DISCUSSÃO

4.1 A METODOLOGIA DE ENSINO

A metodologia de ensino apresentada neste estudo é bastante original, à medida que utiliza pacientes atendidos pelos residentes, através de uma abordagem farmacológica, para ensinar princípios psicodinâmicos. Este aspecto enfatiza uma visão integrada do paciente, segundo o modelo biopsicossocial que fundamenta o curso, ao mesmo tempo em que focaliza os problemas encontrados no dia-a-dia do ambulatório, demonstrando a aplicabilidade do pensamento psicodinâmico (Dewald, 2000).

Os conceitos psicodinâmicos estão tão interligados aos conflitos relacionados com a medicação, que Mintz (2006) elaborou um curso utilizando psicofarmacologia para ensinar psicodinâmica.

Entretanto, não há muitas referências de programas de ensino com ideologia semelhante na literatura. Destacam-se o curso proposto pelo National Capital Consortium Psychiatry Residency Program que objetiva a integração entre biologia, psicodinâmica e psicologia no currículo psiquiátrico (Lacy & Hughes, 2006) e a descrição de um novo formato para o ensino de psicodinâmica que se vale de metáforas do funcionamento neuronal: *“A interação e conexão bem sucedidas são imperativos biológicos para os neurônios. As propriedades de um neurônio são determinadas tanto pela programação genética quanto pelas mudanças em sua expressão genética induzidas pela interação entre as células. Em outras palavras, a plasticidade da função neuronal reflete não apenas as propriedades celulares, mas a consequência das relações que estabelece.”* (Leeman & Leeman, 2004).

A maioria dos métodos de ensino direcionados ao aprendizado de teorias psicodinâmicas, não têm o enfoque integrativo entre psiquiatria “biológica” e psiquiatria “psicológica” (Coyle et al, 1998; Tasini, 1999; Gold, 2004; Touchet, 2005).

A intenção deste curso não é formar psicoterapeutas, mas facilitar a inclusão dos conceitos de psicodinâmica à consulta psiquiátrica. Um curso com tal perfil precisa ser ágil, apresentar demonstrações de aplicação imediata, e técnicas pedagógicas mais criativas, como descrito por Ingram (2006). A ênfase na relação médico-paciente também propicia uma abordagem mais prática e didática de conceitos fundamentais como transferência, compulsão à repetição e mecanismos de defesa (Corradi, 2006).

Para isso, o uso de entrevistas prolongadas com os pacientes do ambulatório é bastante útil. Davis e colaboradores (2003), descreveram um curso para o ensino de habilidades psicoterápicas a estudantes de medicina baseado em entrevistas, mas os próprios alunos as realizavam, sendo instruídos a conduzi-las de forma aberta, com a proposta de manter o contato terapêutico, enquanto obtinham os dados relevantes e avaliavam a psicopatologia.

Um outro recurso interessante e eficaz é o uso da análise de filmes como ferramenta de ensino para abordar princípios teóricos e práticos de psicodinâmica (Miller, 1999; Mischoulon & Beresin, 2004)

Apesar da escassez de trabalhos realizados nessa linha de pesquisa, a maioria das referências encontradas mostra uma tendência bastante moderna e criativa do ponto de vista pedagógico, na tentativa de inserir o ensino de psicodinâmica para os residentes de psiquiatria como um componente fundamental para sua formação e sua identidade profissionais.

4.2 AS PROVAS

4.2.1 O “efeito de fita”

Uma comparação entre duas fitas diferentes (C e D) foi realizada com um grupo de residentes do segundo semestre, no período final. Eles se dispuseram a assisti-las e a responder duas vezes às perguntas dissertativas referentes à entrevista, com cada paciente. Assim, as notas obtidas nas questões 3 e 5 (Q3 e Q5) com as duas fitas foram comparadas, e a análise mostrou que tanto para Q3 ($p=0,549$) quanto para Q5 ($p=0,314$) não houve diferença, ou seja, não houve efeito de fita.

O resultado mostra apenas que ambas são semelhantes, o que não é extensivo para as outras fitas. Mesmo assim, somando-se ao fato de não ter sido detectada nenhuma diferença entre as médias das notas totais nas três fitas, e para os dois semestres, podemos inferir que o fato de as fitas serem diferentes não constituiu um viés muito grande ao estudo, apesar do comportamento diferente das notas em Q3 e Q5 dos residentes que inicialmente assistiram à fita B, o que será discutido mais adiante.

4.2.2 A questão 1 (Q1): Conceitue transferência e contratransferência.

Este é um dos temas centrais do curso, e por isso foi elaborada uma questão dissertativa e ao mesmo tempo bastante objetiva para abordá-lo. Quando se pede um conceito, uma definição, por escrito, torna-se mais difícil para o residente tentar adivinhar ou inventar uma resposta. Ou ele sabe o conceito ou não sabe. Da mesma forma, a correção fica mais fácil e

homogênea quando se tem dois juízes, porque é possível estabelecer, dentro desse conceito, alguns itens que devem compor as respostas, como parâmetros de correção. Como resultado, obtivemos uma concordância tão boa entre as notas dos juízes que pudemos utilizar a média delas como variável para a análise estatística.

Os resultados obtidos mostram um perfil semelhante entre os residentes do primeiro e do segundo semestres, tanto no período inicial quanto no final. Isto significa que tanto os residentes do primeiro quanto do segundo semestre, começaram o curso com um nível próximo de conhecimento sobre tema, e que todos tiveram um acréscimo a esse conhecimento ao final do curso. Porém, os residentes do segundo semestre, com certeza, já tinham entrado em contato com o assunto através de leituras e seguramente durante as supervisões dos atendimentos em psicoterapia. Então, por que tiveram o mesmo desempenho daqueles que haviam acabado de entrar na Residência? Uma hipótese seria a de não terem fixado os conceitos durante o primeiro semestre, e terem continuado a responder à questão baseados no conhecimento que tinham antes. Segundo Yager e Bienenfeld (2003), os residentes podem omitir certos fatos durante as supervisões de psicoterapia, principalmente aqueles que estão diretamente relacionados à sua contratransferência. Os autores chegam a sugerir que se faça a supervisão dos atendimentos baseada em fitas gravadas das sessões e não a partir dos relatos dos residentes. Talvez, essa postura de esquiva estivesse presente nos residentes deste trabalho, e tenha favorecido o “esquecimento” desses aspectos ou minimizado a importância de seu estudo.

Porém, durante o curso no GPB, os residentes levam os pacientes para uma entrevista “ao vivo” e, durante a discussão do caso, todos são encorajados a falar a respeito dos sentimentos que o paciente despertou em cada um, inclusive os supervisores. Tal abordagem diminui a persecutoriedade dos residentes e o receio que têm de falar sobre o que sentem por seus pacientes sem constrangimentos (Taylor, 2002; Fann et al, 2003). O contato com os aspectos da relação médico-paciente vai se ampliando e interessando a todos, que aprendem “in vivo” esses conceitos e, provavelmente por isso, conseguem fixá-los melhor.

O estudo contou com seis grupos de residentes e foi possível notar alguns movimentos em comum entre eles. Em geral, no início do curso, os residentes tinham mais dificuldades em trazer os pacientes para a entrevista. Às vezes, o paciente faltava e, quando o residente contava como o tinha convidado a vir para a entrevista, ficava clara a ambivalência do convite ou a sinalização do paciente, em sua resposta, de que não viria. Mesmo assim, o residente não havia percebido e tentado chamar outro paciente para vir. Outra situação comum, era a confusão na escala. Eles se “esqueciam” de quem era a vez de trazer o paciente: - “Hoje não veio nenhum paciente porque eu pensei que era a vez do fulano trazer e ele pensou que era a minha vez, e aí não chamamos ninguém!” - Situações assim eram mais freqüentes logo no início do curso, quando os residentes estavam mais receosos de se expor, ou logo depois de uma entrevista emocionalmente intensa, com um paciente muito grave, de difícil manejo, que deixava o grupo muito impotente. Com o passar do tempo, os residentes se mostraram cada vez mais interessados em trazer seus pacientes e então pediam para antecipar sua vez ou trocavam com os

colegas, alegando que tinham alguém muito interessante para convidar. A partir da metade do curso, às vezes eles também se confundiam com a escala, mas aí, em vez de não vir paciente algum, vinham dois, e era preciso suspender o seminário e acumular os textos para a semana seguinte, para que se pudesse entrevistar dois pacientes. Em um dos grupos, próximo ao término do curso, os residentes pediram para que o seminário fosse encurtado ou suspenso, a fim de terem tempo para trazer todos os pacientes que queriam.

Conclui-se que o contato mais aberto e direto com os movimentos transferenciais e contratransferenciais da relação terapêutica, adicionado aos textos sobre o assunto, lidos e discutidos nos seminários, possibilitou um aprendizado mais consistente dos conceitos em questão.

Em relação ao grau de aproveitamento dos residentes na Q1 (Tabela 8), houve em média um acréscimo de 0,53 à nota (a questão vale 2,0). Porém, este grau de aproveitamento (nota no período final - nota no período inicial) não foi considerado igual para os dois semestres, situação que não ocorreu para as outras questões teóricas (as questões 2 e 4), onde o grau de aproveitamento dos residentes foi o mesmo nos dois semestres, o que será discutido posteriormente.

A suposição de que a prática de trazer os próprios pacientes para a entrevista tenha influenciado o aprendizado dos conceitos teóricos contidos na Q1 poderia explicar o resultado, à medida que, apesar da escala, alguns residentes trouxeram mais pacientes do que os outros e, em um dos grupos, um residente trouxe apenas um paciente durante todo o curso. Esse residente (residente 16) teve quase a mesma nota nos períodos inicial e final em Q1.

Porém, os outros residentes que tiveram notas semelhantes nos períodos inicial e final (residentes 5, 9, 10, 11 e 18) trouxeram 3 ou 4 pacientes para a entrevista, o que significa que a quantidade de pacientes trazidos não é a variável responsável por esses resultados.

Cada residente deve ter tido uma experiência particular com a atividade. Ela pode lhes ter sido mais ou menos didática, ou marcante, motivando o estudo dos conceitos envolvidos em diferentes graus; é claro que a boa resposta a uma questão teórica implica em estudo e alguns residentes podem ter estudado mais e outros menos. O residente 2, por exemplo, que foi o único que piorou a nota nesta questão, foi o que fez prova substitutiva, em função das férias. Fez a prova uma semana depois dos colegas, já em outro estágio (na enfermaria), no horário de almoço e, provavelmente, com menos tempo e disposição que os demais. Foi o que apresentou o pior desempenho, piorando em Q1, Q2 e Q5, permanecendo praticamente com a mesma nota em Q4 e melhorando apenas em Q3. Provavelmente, o residente 2 não estudou para a prova durante as férias!

4.2.3 A questão 2 (Q2): Nomeie os seguintes mecanismos de defesa:

- a) ato por meio do qual o sujeito, sob o domínio dos seus desejos e de suas fantasias inconscientes, vive esses desejos e fantasias no presente com um sentimento de atualidade que é muito vivo, à medida que desconhece a sua origem e o seu caráter repetitivo:**
- b) operação pela qual o sujeito expulsa de si e localiza no outro (pessoa ou coisa), qualidades, sentimentos, desejos e mesmo “objetos” que ele desconhece ou recusa nele:**
- c) atitude ou hábito psicológico de sentido oposto a um desejo recalcado e constituído em reação contra ele; contra-investimento de um elemento consciente de força igual e direção oposta ao investimento inconsciente:**
- d) processo pelo qual o sujeito, embora formulando um de seus desejos, pensamentos ou sentimentos até então recalcado, continua a se defender dele, não admitindo que lhe pertença:**
- e) fato de a importância, o interesse e a intensidade de uma representação serem suscetíveis de se destacar dela para passar a outra representação originariamente pouco intensa, ligada à primeira por uma cadeia associativa:**

Esta questão foi elaborada a partir das definições dos seguintes mecanismos de defesa: atuação, projeção, formação reativa, negação e deslocamento (Laplanche & Pontalis, 1997). Cada um deles, e às vezes mais de um, está presente de forma acentuada em uma das pacientes das fitas A, B, C e D. Portanto, a questão, além de avaliar o conhecimento teórico dos residentes, tem a intenção de prepará-los para responder à questão seguinte, dissertativa, que pede que identifiquem os principais mecanismos de defesa da paciente vista na fita.

Os resultados obtidos mostraram que as médias das notas nos dois semestres são iguais, e a média do período final é maior que a média no período inicial. Além disso, a diferença entre as médias nos dois períodos é igual para os dois semestres. Dessa forma, pode-se afirmar que, em média, os residentes chegam com o mesmo grau de conhecimento no primeiro e no

segundo semestres, têm um acréscimo significativo a esse conhecimento no final do curso e este acréscimo é igual, não importando o semestre, ou seja, os residentes do primeiro e do segundo semestres têm, em média, o mesmo ganho. Tudo leva a crer que isso se deva ao fato de o conhecimento ser puramente teórico, baseado apenas nos textos lidos e discutidos durante os seminários. A resposta à questão independe da entrevista assistida em vídeo; não tem influência de aspectos subjetivos, é estritamente objetiva, dependendo apenas de o residente ter estudado ou não.

Do ponto de vista individual, o único residente que apresentou uma piora visível na questão foi o número 2. Os demais melhoraram ou tiraram, no período final, notas muito próximas às do período inicial.

4.2.4 A questão 3: Como você compreende a natureza dos mecanismos de defesa deste paciente e de que forma eles podem atuar como resistência ao tratamento?

Esta questão pretende avaliar não só o aprendizado cognitivo em relação ao conceito dos mecanismos de defesa, como na questão anterior, mas também verificar a habilidade dos residentes em aplicar seu conhecimento na prática clínica. A ênfase dada a este aspecto justifica-se, à medida que se pressupõe que a identificação e a compreensão dos mecanismos de defesa utilizados pelo paciente podem ajudar o médico a lidar com as resistências ao tratamento, e aumentar a sua aderência (Beresford, 2005).

A princípio, verificou-se que nem todos os residentes que foram bem na questão 2 foram bem na questão 3, o que demonstra que saber o conceito

não significa conseguir aplicá-lo na prática. Tal habilidade depende de outras variáveis além do estudo da matéria, inclusive de aspectos pessoais, subjetivos, tanto do médico quanto da relação que ele estabelece com o paciente (Mamah, 2005).

Para o período inicial, no primeiro semestre, a nota média dos residentes que assistiram à fita A foi maior que a nota média dos que assistiram às fitas B e C; e a nota média dos residentes que assistiram à fita B foi igual à nota média dos que assistiram à fita C. O resultado poderia sugerir que a fita A tem um grau maior de facilidade para a presente questão do que as demais. Porém, verificando-se o desempenho dos residentes de maneira individual (Figura 9), nota-se que o residente 1, que assistiu à fita A no primeiro semestre, teve uma nota muito superior aos demais, o que deve ter elevado a média dos que viram a fita A, aliás, só ele e o residente 5. Então, pode-se concluir que não há “efeito de fita” para a nota média do período inicial nesta questão, e sim “efeito de residente 1”.

Para o período inicial, no segundo semestre, a nota média dos residentes foi igual, não importando a fita a que assistiram, o que reforça a hipótese acima de “efeito de residente 1” no primeiro semestre.

Para o período final, tanto no primeiro quanto no segundo semestres, a nota média dos residentes também foi igual, independentemente da fita.

Porém, em relação à diferença entre as notas nos dois períodos (nota do período final – nota do período inicial), constatou-se que esta depende da fita assistida no período inicial, nos dois semestres. Quem assistiu à fita B, no período inicial, teve, em média, um aumento significativo da nota no período

final, mas aqueles que assistiram às fitas A e C, no período inicial, não tiveram aumento significativo da nota no final.

O resultado sugere que a fita B tem um grau de dificuldade maior que as demais. Os residentes que a assistem no período inicial obtêm, apesar de não significativas em termos estatísticos, notas mais baixas que os demais, fato que não ocorre após a conclusão do curso, quando os residentes que assistem à fita B, tiram notas semelhantes às dos que assistem às outras fitas (Figura 6). Esse resultado, conforme exposto a seguir, repete-se para a questão 5, o que reforça a hipótese de que a fita B seja mais difícil.

Mas por que essa fita é mais difícil? A entrevista da paciente da fita B é realizada no mesmo formato e com os mesmos propósitos das demais. Porém, há um aspecto marcante nela, cuja paciente possui um transtorno depressivo com sintomas psicóticos importantes, que é o grau de sofrimento intenso em função dos sintomas e de sua história de vida dramática. Os sintomas são facilmente atribuídos a causas neurobiológicas, o que segundo Miresco & Kirmayer (2006), fazem com que o médico julgue que o paciente não tem nenhuma responsabilidade sobre seus problemas e tenha mais pena dele.

Todas as vezes que essa fita foi exibida para os residentes, foi visível que a maioria ficava emocionada. Muitos comentários expressando tristeza, pena e revolta eram feitos invariavelmente.

Supõe-se que o grau de angústia despertado pela paciente distraiu, absorveu os residentes. Mais ocupados em se defender do sofrimento gerado pela entrevista, não se concentraram na tarefa de identificar os mecanismos de defesa que ela estava utilizando.

4.2.5 A questão 5: Considerando os aspectos emocionais da doença do paciente, é possível estabelecer relações entre seu funcionamento psicodinâmico e seu diagnóstico clínico?

Esta questão procura sintetizar o objetivo máximo do curso, que é a integração da abordagem psicodinâmica na realização do diagnóstico clínico e no manejo do tratamento dos pacientes psiquiátricos. Porém, da maneira que foi formulada, prioriza o aspecto diagnóstico, deixando o manejo clínico para ser mais bem avaliado através das entrevistas individuais com os residentes, que serão abordadas na segunda parte deste capítulo.

Os resultados mostraram que, para o período inicial, no primeiro semestre, a nota média dos residentes foi igual, independentemente da fita a que assistiram. Já no segundo semestre, ainda para o período inicial, houve diferença entre as médias: os residentes que assistiram às fitas A e C tiveram médias iguais e maiores do que as daqueles que assistiram à fita B. Neste caso, a fita B parece ter apresentado um grau maior de dificuldade apenas para os residentes do segundo semestre. Porém, observando-se os valores das médias para cada fita no primeiro e segundo semestres: A1= 0,85, B1= 0,2, C1= 0,91 e A2= 0,9, B2= 0,15, C2= 1,48, pode-se supor que a diferença estatística entre os semestres é bastante frágil e que provavelmente a fita B teve um grau maior de dificuldade para os residentes do primeiro semestre também.

O resultado da análise do progresso dos residentes corrobora com a hipótese de que a fita B teve um grau maior de dificuldade para ambos os semestres, pois apenas os que assistiram à fita B no período inicial

apresentaram, em média, um aumento significativo da nota no período final, tanto no primeiro quanto no segundo semestres.

Esse resultado é semelhante ao obtido para a questão 3, o que ratifica a diferença da fita B em relação às demais. É claro que o impacto do grau de sofrimento da paciente pode interferir na avaliação dos residentes, como já foi discutido, mas talvez não seja o único fator. A paciente em questão tem um transtorno depressivo, com sintomas somáticos e psicóticos importantes, ao passo que a paciente A tem um transtorno depressivo crônico, com sintomas conversivos, e a paciente C tem um transtorno depressivo leve, com sintomas obsessivos e comportamento bastante infantil. Assim, é possível, justamente em função da dicotomia entre o biológico e o psicodinâmico, que seja mais difícil para os residentes apreenderem o funcionamento psicodinâmico da paciente B em meio a tantos sintomas que preenchem rapidamente os critérios diagnósticos necessários a uma explicação conhecida.

Pode ser que eles não tenham conseguido responder de forma adequada a esta questão, para a paciente B, porque ficaram presos ao diagnóstico clínico, dando menos importância aos aspectos psicodinâmicos, sem poder compreendê-la de uma maneira mais integrada. Muitas vezes, a determinação de um diagnóstico, implica em um “rótulo” para o paciente e uma visão reducionista, onde os sintomas ocorrem independentemente do curso de vida do paciente (Tasman et al, 2000). As pacientes A e C, com critérios diagnósticos não tão óbvios, devem ter despertado mais a atenção dos residentes, que possivelmente formularam mais hipóteses e puderam observar outros aspectos da entrevista.

Parece que, quando o diagnóstico psiquiátrico é realizado com facilidade, não se precisa mais compreender o paciente além disso. Mesmo que ele queira falar ou fale mais sobre sua vida, isso não importa muito, pois o médico já está satisfeito (Schmolke, 1999), sobretudo se o paciente estiver causando algum desconforto emocional.

É mais fácil fazer um diagnóstico na primeira vez em que se examina um paciente, ficando mais difícil quando se passa a conhecê-lo melhor. Este aparente paradoxo, simplesmente aponta para a dificuldade de se lidar com a contratransferência.

É possível que os residentes tenham se detido mais aos critérios de diagnóstico psiquiátrico do que na psicodinâmica da paciente, justamente como uma defesa, para se distanciarem dela e do sofrimento que ela desperta.

De qualquer forma, fica claro, com os resultados do desempenho dos residentes nas questões 3 e 5, que aqueles que assistiram à fita B, no período inicial, tiveram mais dificuldade que os demais. Porém, na análise das notas do período final, obteve-se que as médias nos dois semestres foram iguais, ou seja, não foi detectado efeito de semestre para o período final; e o comportamento das médias das notas nas três fitas foi igual para os dois semestres, ou seja, não foi detectado efeito de fita em cada semestre, para o período final.

Isso significa que, para o período final, a fita B não representa um grau de dificuldade maior que as demais. A fita só é uma variável importante no período inicial; na primeira prova, há uma fita mais difícil, mas na prova final, os residentes não têm mais dificuldade em uma fita do que em outra. A dificuldade que existia antes do início do curso não aparece ao final deste, sinal de que os

residentes aprenderam e desenvolveram mais recursos para responder às questões.

Segundo as hipóteses formuladas acima, os residentes provavelmente aprenderam a observar melhor a paciente, incluindo seus aspectos psicodinâmicos além de procurar critérios diagnósticos, e/ou aprenderam a lidar com a contratransferência de forma que ela não interferisse em sua avaliação (Davis & Nicholaou, 1992; Nuzzarello & Birndorf, 2004).

4.2.6 A questão 4 (Q4): Indique Verdadeiro ou Falso para as seguintes afirmativas:

- a) a posição depressiva, segundo o referencial de M. Klein, precede um transtorno depressivo grave, podendo servir como um indicativo de ocorrência provável deste.**
- b) uma vez “superada” a posição esquizo-paranóide (M. Klein), o indivíduo estará “protegido” de um eventual surto psicótico e não voltará a ter este funcionamento psicodinâmico.**
- c) os objetos transicionais, segundo o referencial de D. Winnicott, ajudam o bebê a desenvolver a capacidade de espera, a tolerar a frustração e a reunir-se, na fantasia, com a mãe que não está. O objeto que a representa mantém o vínculo com a mãe ausente.**
- d) a medicação prescrita pelo médico pode adquirir um caráter de objeto transicional para seu paciente, já que representa o médico simbólica e subjetivamente.**

Esta questão procura abordar, de maneira sucinta, dois outros pontos teóricos ressaltados durante o curso: a teoria das posições esquizo-paranóide e depressiva de M. Klein e do objeto transicional de D. Winnicott. A escolha destes referenciais teóricos está baseada na intenção de oferecer uma compreensão dinâmica dos transtornos psiquiátricos (Segal, 1975; Joseph, 1991; Klein, 1991; Hamilton et al, 1994), abordar o aspecto simbólico da medicação prescrita (Winnicott, 1993; Adelman, 1985; Powell, 2001; Jibson,

2005; Mintz, 2005) e da troca freqüente de residentes no ambulatório, em função do rodízio dos estágios (Pérez et al., 1984; Fleck, 1995; Grief & Rosenbluth, 2002).

Os resultados mostraram que, para o período inicial, as medianas das notas dos residentes nos dois semestres foram iguais, ou seja, todos chegaram com praticamente o mesmo nível de conhecimento sobre esses temas.

Para o período final, nenhum teste foi realizado, porque todas as notas eram iguais. Dezesete residentes alcançaram a nota máxima para essa questão na prova final, e mesmo aquele que não a alcançou, obteve 1,5, uma boa nota, já que a questão valia 2,0.

Em relação ao progresso, os residentes tiveram um ganho significativo na nota após o curso e esse ganho foi igual para os dois semestres.

Porém, os resultados indicam que esta não foi uma boa questão para avaliar o progresso dos residentes. Ela se mostrou muito fácil, discriminando pouco o conhecimento teórico.

É provável que, no período inicial, os residentes não obtêm a nota máxima porque nunca sequer ouviram falar sobre esses referenciais teóricos, mas com um pouco mais de conhecimento, mesmo que bem superficial, já conseguem acertar toda a questão, o que do ponto de vista educacional, não tem muito valor.

De qualquer forma, quando as respostas a cada item da questão foram analisadas, obteve-se um dado interessante: o item 'a' é aquele que os residentes erraram com maior freqüência no período inicial. Tal fato aponta

para um engano comum que se vê na prática, que é a confusão entre posição depressiva e transtorno depressivo, o que dificulta muito o diálogo e a integração entre a psicodinâmica e a psiquiatria biológica. Felizmente, não se verificou mais essa confusão ao final do curso.

4.2.7 O progresso dos residentes

Para as notas totais, ocorreu, em média, um acréscimo no período final em relação ao período inicial de 2,5 (Tabela 15) e este acréscimo foi, em média, o mesmo para os dois semestres, não importando a fita assistida no período inicial. Nos dois semestres, não foi detectada diferença entre as médias das notas totais para as três fitas, ou seja, não houve “efeito de fita” para as notas totais.

Porém, as tabelas 8 a 12 mostram as diferenças das notas (final – inicial) para cada questão. Para as questões teóricas houve uma média de progresso semelhante (Q1= 0,53; Q2= 0,42 e Q4= 0,50), mas para as questões relacionadas às pacientes das fitas, o mesmo não ocorreu.

Para a Q3, os residentes que assistiram, no período inicial, à fita A, não tiveram, em média, nenhum acréscimo; os que assistiram à fita B, tiveram, em média, um acréscimo de 0,80 e os que assistiram à fita C, de 0,40.

Para a Q5, os residentes que assistiram, no período inicial, à fita A, tiveram, em média, um acréscimo de 0,65; os que assistiram à fita B, de 0,70 e os que assistiram à fita C, tiveram, em média, um decréscimo de 0,40.

Estes resultados também sugerem que existe uma diferença no grau de dificuldade das fitas que influencia a avaliação do progresso dos residentes nas questões 3 e 5. Entretanto, tal influência não se faz presente quando se

avaliam as notas totais, o que sugere que, apesar do “efeito de fita”, é possível demonstrar que o curso propicia um desenvolvimento real aos residentes.

4.2.8 O desempenho dos residentes em relação às variáveis: “Universidade”, “Grupo de Estudos” e “Psicoterapia Pessoal”.

Estas variáveis foram estudadas com a intenção de verificar sua possível interferência no desempenho e na evolução dos residentes ao longo do curso.

Havia a hipótese de que residentes provenientes de universidades, cujo estágio de psiquiatria tivesse um enfoque mais psicodinâmico, teriam maior facilidade e talvez um melhor desempenho no curso do que os demais. Porém, em função do tamanho da amostra ($n=18$) e da diversidade de universidades que a compõe ($u=10$), só foi possível fazer uma análise estatística comparando os residentes provenientes da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo com os provenientes de qualquer outra universidade.

Da mesma forma, havia a hipótese de que os residentes que estivessem freqüentando algum grupo de estudos em psicodinâmica, ou estivessem em processo de psicoterapia pessoal, pudessem ter alguma vantagem sobre os demais, desde um conhecimento específico dos aspectos teóricos, até a simples familiaridade com o “olhar psicodinâmico”.

Os resultados não indicaram que a universidade de origem dos residentes tenha tido alguma influência no desempenho dos mesmos em relação às notas totais.

Os resultados também não apontaram que os que participavam de um grupo de estudos, ou que faziam psicoterapia pessoal, tenham tido um melhor desempenho nas notas totais ou uma variação de nota (final – inicial) superior aos demais.

Assim, foi possível excluir o que se pensou serem duas fontes de vies em relação à avaliação do aprendizado dos residentes.

É provável que os residentes que freqüentavam algum grupo de estudos tivessem-no iniciado pouco tempo antes, já que, em geral, a maioria o faz durante a residência. Logo, não devem ter tido tempo de adquirir um conhecimento consistente o suficiente para interferir em seu desempenho durante o curso, sobretudo em função dos conceitos específicos que foram abordados e avaliados.

Em relação à psicoterapia pessoal, sabe-se que ela aumenta a habilidade dos terapeutas em reconhecer e manejar a contratransferência, sendo respeitada e valorizada como uma experiência terapêutica e educacional (Pardes, 1980; Rao et al, 1997; Mish, 2003; Fogel et al, 2006). Porém, em geral, é um desenvolvimento de longo prazo, um processo de amadurecimento, e não foi pesquisado há quanto tempo os residentes estavam em terapia. Além disso, este processo depende da experiência pessoal de cada um, que é levada como material para a psicoterapia, ou seja, é preciso vivenciar a dificuldade na clínica para que, mais tarde, ela seja elaborada com o auxílio da psicoterapia. É possível que os residentes ainda não tivessem tido muitas oportunidades de enfrentar tais dificuldades, e que a pouca experiência clínica tenha sido um fator de peso maior, que colocou todos no mesmo ponto de partida.

4.2.9 O comportamento dos residentes em relação às variáveis: “Grupo de Estudos” e “Psicoterapia Pessoal”.

Durante os cinco anos de vigência do curso, anteriores ao presente estudo, observou-se, na prática, que muitos residentes que não faziam psicoterapia pessoal, começavam a comentar que estavam interessados em iniciá-la ou em retomar algum processo anterior que fora interrompido.

Foi com a intenção de verificar concretamente a existência de tal iniciativa e sua magnitude que se solicitou aos residentes que respondessem às seguintes perguntas, no primeiro e no penúltimo dia do curso: Você já fez ou faz algum grupo de estudos ou curso de formação sobre qualquer teoria psicodinâmica? e Você já fez ou faz psicoterapia pessoal? Descreva sucintamente suas impressões sobre esta experiência (anexo 7).

Os resultados não indicaram que houve uma mudança no comportamento dos residentes em relação a fazer ou não fazer parte de um grupo de estudos após passarem pelo estágio ($p= 0,250$).

Já em relação à psicoterapia pessoal, os resultados mostraram, independentemente do semestre, que o número de residentes que não faz psicoterapia diminui ao final do curso e o número de residentes que faz, aumenta ($p= 0,031$).

Se a proporção de residentes que fazia psicoterapia no início do curso fosse maior no segundo semestre, poder-se-ia argumentar que outras atividades da Residência, ou mesmo a quantidade de tempo exercendo a função de psiquiatra, poderiam ter sido responsáveis por tal atitude. Sabe-se que os residentes estão submetidos a um grau de estresse bastante alto (Nogueira-Martins & Jorge, 1998; Hoop, 2004). Porém, o resultado independe

do semestre, ou seja, não há diferença entre a proporção de residentes que faziam psicoterapia ao iniciar o curso em Abril dos que faziam psicoterapia ao iniciar o curso em Outubro ($p=0,596$).

Portanto, para a maioria dos residentes, o curso não desperta um interesse em estudar mais ou aprofundar os conhecimentos teóricos em psicodinâmica, mas desperta a busca por psicoterapia pessoal.

A hipótese mais provável para explicar essa iniciativa dos residentes deve estar ancorada no grau de proximidade que eles atingem junto aos pacientes durante o curso. As longas entrevistas que se aprofundam nos aspectos relacionais e as discussões que enfatizam os movimentos transferenciais e contratransferenciais favorecem a identificação dos residentes com os pacientes, e uma atitude de introspecção e reflexão acerca de si mesmos (Adams et al, 2006). Eles têm a oportunidade de ver seus pacientes falarem muito além dos sintomas, contando suas histórias de vida em um ambiente continente que ressalta o lado mais humano e menos sintomático. Os pacientes se tornam pessoas, que podem ser parecidas com o próprio residente ou com qualquer um de seu círculo de relacionamentos (Taylor, 2002). Esta experiência repetida várias vezes ao longo do curso, traz questionamentos e angústias que necessitam de elaboração, e os residentes vão à procura de recursos para realizar essa tarefa.

Além disso, nos seminários, vê-se claramente os residentes utilizarem suas situações pessoais como exemplos para tentarem entender os conceitos teóricos. Relatos de infância, de dificuldades no namoro, de sonhos, de plantões, etc., tudo vem à tona, tudo provoca reflexões e, às vezes, até um *insight*.

Parece que a novidade surpreendente que as teorias psicodinâmicas representam para os residentes, somada à angústia despertada pelas entrevistas com os pacientes e ao treinamento de introspecção realizado nas discussões, estimulam bastante a procura por psicoterapia pessoal.

Esta mudança de comportamento não pode ser considerada um objetivo educacional do curso, mas pode ser vista como um ganho adicional, que com certeza, contribuirá para o amadurecimento pessoal e profissional dos residentes (Mish, 2003).

4.3 DISCUSSÃO SOBRE OS DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO

4.3.1 Pergunta 1: Depois desses 4 meses de estágio, mudou o seu modo de perceber o paciente de ambulatório ou não? Fale um pouco sobre isso.

Na Idéia Central 1 (*Além dos critérios diagnósticos e da preocupação em medicar, passei a discriminar alguns aspectos psicodinâmicos dos pacientes*), o discurso enfoca a possibilidade de enxergar os pacientes além dos sintomas que possam preencher critérios diagnósticos, trazendo a importância de ampliar uma formação médica prioritariamente organicista. Aponta a necessidade de se observar e abordar os pacientes sob vários ângulos, assumindo uma postura mais reflexiva em relação à história de vida de cada um, à psicodinâmica subjacente às queixas e ao seu contexto familiar.

O aspecto da dicotomia entre psicodinâmico e biológico fica muito claro no trecho: *“...antes, a gente fica mais preocupado com a questão da psicoterapia só aqui na terça-feira, nos pacientes da Psicoterapia...”* (A terça-feira é o dia reservado para as aulas e supervisões do Serviço de Psicoterapia). Isso reforça o comentário feito na introdução deste estudo, a respeito dos pacientes do ambulatório clínico não receberem qualquer compreensão psicodinâmica, e os pacientes da Psicoterapia serem negligenciados do ponto de vista medicamentoso.

Porém, apesar do discurso conter críticas sobre essa dicotomia e exaltar um enfoque integrado do paciente, há vestígios de uma visão maniqueísta que persiste de forma subjacente e que pode ser observada no trecho: *“...vou me sentir muito mais segura em poder apostar neste sentido, quando é alguma coisa mais psicodinâmica ou não, ou até que ponto é só psicodinâmico ou só medicamentoso...eu consegui perceber quando que, às vezes é realmente orgânico mesmo...”*

Ora, é sempre orgânico e sempre psicodinâmico. Porém, apesar da experiência dos residentes durante o curso, e até uma possível intenção de serem “politicamente corretos” durante a entrevista, esta cisão permanece enraizada e escapa em seus relatos.

Na Idéia Central 2 (*Ampliou meus conhecimentos teórico-práticos de psicodinâmica*), o discurso privilegia a mudança do ponto de vista cognitivo, quanto ao entendimento dos conceitos e da utilidade prática das teorias psicodinâmicas. Entretanto, fica claro que o aprendizado ainda é superficial, inicial, e que os alunos parecem não se sentirem capazes de aplicá-lo de forma autônoma.

Isso suscita uma reflexão em relação ao grau de complexidade das questões da prova, em especial as questões 3 e 5, que requerem um nível de análise, abstração e integração dos conhecimentos que talvez não seja possível após 4 meses de curso, apesar dos alunos terem obviamente tido um aprendizado nesse campo (Mellman & Beresin, 2003).

Em relação à Idéia Central 3 (*Foi bom ver um profissional mais experiente entrevistando os pacientes; melhorou a minha forma de entrevistar, trazendo mais segurança*), quando o curso foi estruturado e optou-se por um membro do GPB para realizar a entrevista com o paciente, a intenção era de conseguir chegar a um nível de profundidade, ou seja, de obter dados suficientes, para elaborar uma hipótese de funcionamento psicodinâmico que fizesse sentido para o paciente e para os residentes, de forma que pudesse ser incorporada ao atendimento clínico explícita ou implicitamente (Pompili et al, 2002). Porém, o que este DSC mostra é que, além disso, os residentes aproveitaram o modelo de entrevista, mais intimista e flexível para aplicá-lo em suas próprias anamneses, percebendo que assim é possível obter dados valiosos com os pacientes (Dagg & Evans, 1997). Aprender a “tirar” uma história de um paciente psiquiátrico é um importante objetivo educacional, à medida que é uma fonte primária de informação diagnóstica e serve de base para o relacionamento terapêutico (Chou & Lee, 2002; Nuzzarello & Birndorf, 2004). Um interrogatório com um formato fixo se presta mais aos objetivos de pesquisa do que à prática assistencial.

É sabido que nos atendimentos de ambulatório, de enfermaria e psicoterapia, os residentes discutem os casos com os supervisores, mas estes raramente têm contato direto com os pacientes. De fato, isso nos remete à reflexão de que poucas vezes os residentes têm a oportunidade de ver seus

assistentes entrevistarem pacientes, e esses modelos podem ser fundamentais na composição de sua identidade médica (Brodkey et al, 1997).

O DSC que compõe a Idéia Central 4 (*Mudou minha percepção da relação médico-paciente*), refere-se a uma mudança na percepção da relação médico-paciente, apontando para a necessidade de estar alerta e poder lidar com a transferência e a contratransferência, o que representa um dos objetivos principais do curso, e mostra que os residentes estão aplicando na prática assistencial os conceitos teóricos e as habilidades adquiridos.

Quanto à Idéia Central 5 (*Despertou uma busca por psicoterapia pessoal*), a resposta do único residente que compõe este DSC é bastante intrigante. A pergunta se refere a uma mudança no modo de perceber o paciente, e ele respondeu que passou a considerar a possibilidade de fazer psicoterapia pessoal. Talvez tenha sido um mal entendido ou talvez caiba aqui, a interpretação de que este residente possa estar se identificando mais com seus pacientes, percebendo-os mais como iguais e, por isso, tenha associado a mudança no modo de perceber o paciente à sua própria psicoterapia.

O DSC da Idéia Central 6 (*Mudou pouco. Ampliou um pouco meus conhecimentos sobre psicodinâmica, mas ainda tenho muitas dificuldades*), também composto só por um residente, transmite uma idéia de frustração ao achar que suas expectativas não foram satisfeitas. Ele se refere à aquisição de algumas habilidades, mas julga que não foram suficientes para superar suas dificuldades. O trecho: “... ajudou, mas acho que eu ainda tenho alguma resistência...”, pode indicar que a mudança referida como aquém do esperado esteja relacionada com características pessoais do residente, que associadas à curta duração do curso, não puderam ser abordadas com mais profundidade.

4.3.2 Pergunta 2: Você acha que seus sentimentos em relação aos pacientes podem influenciar o seu tratamento? Fale um pouco sobre isso.

No DSC da Idéia Central 1 (*Sim, mas perceber os movimentos transferenciais e contratransferenciais ajuda muito*), composto pelas respostas de 11 residentes, existe uma associação direta entre a pergunta e os conceitos de transferência, contratransferência e empatia. A necessidade de discriminar os aspectos contratransferenciais da relação terapêutica e a possibilidade de usá-los como ferramenta para o tratamento são enfatizados, inclusive, com exemplos de experiências pessoais de atendimento no ambulatório, na psicoterapia, e até em uma das entrevistas realizadas durante o curso.

O discurso representa, com exatidão, um dos objetivos educacionais do curso, do ponto de vista psicomotor (habilidades) e afetivo (atitudes), à medida que enfoca a identificação dos sentimentos contratransferenciais e a repercussão destes nas condutas clínicas.

É possível que, na prova escrita, os 11 residentes não tenham formulado definições teóricas impecáveis de transferência e contratransferência, mas esse discurso deixa claro que os conceitos foram incorporados à prática clínica, o que é muito mais importante. Então, talvez a entrevista individual seja um meio de avaliação do aprendizado muito mais rico e fiel do que a prova escrita.

Já na Idéia Central 2 (*Você dá mais atenção para os pacientes que gosta mais*), o DSC traz apenas o que parece ser um senso comum, quase sem nenhum enfoque técnico, expressando que os pacientes de quem se

gosta mais são mais bem tratados e aqueles de quem se gosta menos são mais negligenciados. A impressão que se tem é a de que quem o compôs não tinha um conhecimento psicodinâmico sobre a relação terapêutica.

No entanto, há um aspecto interessante no discurso, até por sua característica informal e leiga, que é a “indicação” de encaminhar para a psicoterapia os pacientes dos quais não se gosta e que são negligenciados no atendimento ambulatorial, na tentativa de se isentar da responsabilidade de realizar um atendimento assim. É possível que esse tipo de encaminhamento não seja tão incomum, e aí está outro bom motivo para abordar os movimentos contratransferenciais com os residentes.

O DSC da Idéia Central 3 (*Os sentimentos influenciam o diagnóstico, a capacidade de se relacionar e a resposta do paciente*), é composto, basicamente, de exemplos destinados a elucidar a influência dos sentimentos e da capacidade de se relacionar do psiquiatra na realização do diagnóstico, e na resposta dos pacientes ao tratamento, tendo, de fato, apenas um caráter ilustrativo.

O DSC da Idéia Central 4 (*Atrapalha, à medida que você se identifica e se confunde com o paciente*), composto apenas por um residente, parece ser um pedido de ajuda de alguém que está tendo muitas dificuldades com os aspectos contratransferenciais nos atendimentos, e não está conseguindo discriminar seu papel profissional. Da mesma forma, no DSC da Idéia Central 5 (*Os pacientes percebem e interpretam de forma negativa*), o residente se refere a um distanciamento em relação aos pacientes, justamente para evitar o envolvimento emocional, mas que acaba tendo um aspecto negativo, à medida que os pacientes o interpretam como indiferença e sentem

o médico como alguém “frio”. Os dois discursos apresentam dois pólos da mesma dificuldade em lidar com ansiedades provenientes de identificação e de projeção maciças (Pompili et al, 2002), onde um residente se confunde com os pacientes e o outro residente se torna indiferente, prejudicando o atendimento em ambos os casos.

Porém, sabe-se que para Piaget (1978), o processo de aprendizagem ocorre através de uma polaridade entre assimilação (do mundo externo) e acomodação (no mundo interno). Portanto, os discursos podem se alternar nos residentes, de acordo com o tempo e o contato com os pacientes, refletindo um processo natural de desenvolvimento.

Merklin e Little (1967) descreveram a “Síndrome do Residente Iniciante”, relatando distanciamento - negligência aos aspectos psicológicos do paciente e focalização somente nas queixas médicas - e superidentificação - hipocondria no residente - concordando que este movimento é parte do processo de crescimento.

Essa visão também se encaixa no modelo psicanalítico kleiniano que propõe uma oscilação entre projeção e introjeção. Por exemplo, são bastantes similares as frases: “O paciente está doente e eu estou bem” / “O objeto é ruim e eu sou bom” ou “O paciente não está doente, na verdade ele é mais saudável do que eu” / “O objeto é bom e eu sou mau”.

Assim, para o residente como terapeuta, os pólos de aproximação e distanciamento são descritos como contratransferência positiva e negativa; e para o residente como estudante, são descritos em termos de padrão de aprendizagem (Berger & Freebury, 1973).

Talvez, de um ponto de vista mais integrado, fosse possível dizer que o aprendizado também se dá a partir do autoconhecimento e os dois discursos poderiam ilustrar um exemplo de motivação dos residentes para a busca de psicoterapia pessoal, assunto já discutido neste capítulo.

4.3.3 Pergunta 3: O que você faz quando seu paciente não toma a medicação prescrita?

No DSC da Idéia Central 1 (*Procuró saber porque ele não está tomando e aí tento explicar, convencer*), composto pela grande maioria dos residentes (n=15), as hipóteses para a não aderência do paciente à medicação são basicamente concretas e as condutas sugeridas se apóiam principalmente na racionalização. O tema central gira em torno de explicar aos pacientes e convencê-los. Nos trechos: “... *Tento explicar os benefícios, o que tem de vantagem e desvantagem na medicação, falar a literatura de uma maneira que entenda...*” e “...*é tentar negociar, bem comerciante assim. Tentar vender o seu peixe*”, fica clara a postura de um “suposto saber”. Parece que a aderência do paciente depende apenas do poder de persuasão do médico, e não da sua capacidade de compreensão do paciente.

Esse resultado corrobora com a hipótese de que a questão 4 da prova (Q4) não discrimina, realmente, o aprendizado dos alunos, pois a grande maioria acertou o item que trata a medicação como objeto transicional e, neste discurso, que é composto pela maioria dos residentes, o conceito não foi sequer mencionado.

Há nuances de uma compreensão mais psicodinâmica nos trechos: “...Tem paciente que...tem medo de ser taxado como louco por tomar medicação psiquiátrica...”, “...não confia no médico...” e “...Tem que tentar entender os receios do paciente...”, mas a essência do discurso aponta para uma atitude onde predomina a razão, que não leva em conta os aspectos relacionais.

Aliás, no DSC da Idéia Central 6 (*Depende da convicção que eu tiver em relação à medicação*), parece que a relação médico-paciente e o próprio paciente têm pouca importância frente às convicções teóricas do residente. Muitos médicos acreditam, erroneamente, que uma boa prática psicofarmacológica requer apenas conhecimentos sobre dosagens, efeitos colaterais, interações medicamentosas, indicações e contra-indicações dos medicamentos (Tasman, 1999; Jibson, 2005; Mintz, 2005).

Já os DSC da Idéia Central 2 (*Procurar não levar para o lado pessoal e não forçar o paciente a tomar a medicação*) e da Idéia Central 4 (*Procurar estimular o paciente a compartilhar comigo a responsabilidade do tratamento*), apesar de não mencionarem uma compreensão psicodinâmica da questão, apresentam um caráter menos onipotente, demonstrando uma postura de respeito às opiniões e decisões dos pacientes, e inclusive de estimulá-los a participar de maneira ativa do tratamento, estabelecendo uma relação de colaboração mútua (Schmolke, 1999). Nos trechos: “...Geralmente cara clínico que reclama...” e “...Quando a gente estava no internato, com diabéticos, hipertensos, era outra vivência...”, talvez se possa inferir que há uma distinção entre o médico em geral e o psiquiatra, e que este é mais flexível e compreensivo.

O DSC da Idéia Central 3 (*Tento compreender os aspectos psicodinâmicos que possam estar subjacentes a esse comportamento*), expressa uma preocupação em investigar causas psicodinâmicas para o comportamento dos pacientes em relação à aderência à medicação, e sugere que se deve discriminar os desejos dos pacientes daqueles do médico. Porém, é só no DSC da Idéia Central 5 (*Tento entender o significado da medicação, o aspecto simbólico*), composto apenas por três residentes, que se vê uma consideração sobre o caráter simbólico dos medicamentos, e mesmo assim, de uma forma bastante superficial. Talvez o conceito tenha um caráter subjetivo demais frente ao contexto, prioritariamente organicista, que acompanha os residentes desde a graduação, sendo necessário mais tempo em contato com essa nova perspectiva para que ela possa ser incorporada ao raciocínio clínico.

O DSC de Ancoragem (*Psiquiatra como balcão de farmácia*), aponta para uma inversão de prioridades, onde a medicação é mais importante que o paciente. A consulta serviria para “checar” o remédio e não para examinar o paciente. No trecho: “...Os pacientes estão começando a ver muitos psiquiatras como quase que um balcão de farmácia...”, pode-se inferir que os próprios pacientes estão indo à consulta apenas para enumerar seus sintomas, pegar uma receita e pronto, como se já soubessem que não adianta tentar descrever suas experiências ou seus sentimentos (Freudenreich et al, 2004); ou talvez, estejam manifestando uma expectativa de que o remédio seja uma solução mágica para seu sofrimento. Esta situação favorece a falta de compromisso tanto do médico quanto do paciente em relação ao tratamento, tornando o atendimento impessoal e superficial. No trecho: “...às vezes você quer entrar no porquê das coisas não estarem funcionando bem e você não tem acesso,

porque está sendo quase que doutrinado a fazer isso”, parece haver uma tentativa de isenção da responsabilidade por esse tipo de atendimento por parte do residente, como se ele estivesse sendo ensinado a agir assim. Talvez ele esteja se referindo às consultas baseadas apenas em *checklists* de sintomas (Andreasen, 2007). No entanto, os residentes estão freqüentando este estágio, que não é opcional, justamente por ser considerado importante para sua formação, aprender a realizar um atendimento que esteja mais próximo das necessidades de cada paciente, integrando compreensão psicodinâmica com resposta medicamentosa e contexto social em uma construção conjunta entre médico e paciente.

4.3.4 Pergunta 4: Como você se sente quando seu paciente falta à consulta? Explique.

O DSC da Idéia Central 1 (*Frustrado e inseguro profissionalmente; impotente*), contém sentimentos de frustração, fracasso, impotência e culpa por parte da maioria dos residentes frente à falta dos pacientes. Os motivos da falta estão todos depositados no médico, diretamente relacionados à sua capacidade profissional e à qualidade do atendimento. O discurso reflete o grau de insegurança que os residentes têm no início da Residência, insegurança que não lhes permite perceber que muitas outras variáveis podem estar interagindo quando um paciente falta à consulta (Brent, 1981).

Durante o curso, muitos desses aspectos são discutidos, inclusive porque sempre ocorre de algum paciente faltar à entrevista e, em conseqüência, esse tema é invariavelmente abordado. Porém, parece que isso

não é suficiente, e os residentes só começam a se sentir menos culpados à medida que adquirem mais experiência, como menciona o seguinte trecho: “...Isso mais no começo assim, eu me sentia culpado. No dia-a-dia você percebe que não é só culpa sua, né? No fundo está tudo mais além do que compete a você...” . De qualquer forma, as sensações de frustração, insegurança, incapacidade e culpa, causam um sofrimento considerável aos residentes e, apesar de melhorarem com a experiência adquirida ao longo do tempo, merecem a atenção dos supervisores.

Talvez essa mesma insegurança esteja implícita no DSC da Idéia Central 4 (*Preocupado se o paciente piorou*), onde também há uma polarização das causas para a falta do paciente; mas em vez de estarem depositadas no médico, estão, provavelmente por projeção, depositadas no paciente. Se o paciente não veio, só pode ser por motivos alheios à sua vontade: porque piorou, porque foi internado, mas não por causa do médico.

O DSC da Idéia Central 2 (*Feliz, aliviado, pois sobra mais tempo para os outros; desde que não seja um paciente grave*), apesar do tom alegre, parece denunciar a angústia de atender os pacientes com pressa, não podendo dar a eles a atenção desejada e, ainda, estando sempre atrasado. Mas, mesmo isso, gera culpa, observada na ressalva “*mas só quando não é um paciente grave*”.

A situação, bastante comum em função da alta demanda de pacientes nos ambulatorios, é abordada no primeiro seminário do curso, com a leitura do texto de Di Loreto, 1998 (anexo 1). Durante o seminário, todos os residentes se identificam bastante com a angústia do autor na prática institucional, e parecem sentir-se aliviados quando percebem que não são os

únicos a passar pela experiência. Talvez por isso, este DSC tenha sido composto apenas por 4 residentes, pois os demais já deviam estar lidando melhor com a situação.

Os DSC da Idéia Central 3 (*Depende do vínculo que se tem com o paciente*) e da Idéia Central 5 (*Depende se o paciente é do ambulatório ou da psicoterapia*), mencionam que os sentimentos que se tem em relação à falta de um paciente dependem do vínculo que se tem com ele. Porém, na Idéia Central 5, a qualidade e/ou a intensidade do vínculo médico-paciente são deslocados para a comparação entre pacientes do ambulatório e pacientes da psicoterapia. No discurso, considera-se que o paciente do ambulatório não está vinculado com seu médico e sim com a instituição. Se ele falta, nem ele e nem o médico dão muita importância ao fato. Já o paciente da psicoterapia é visto de maneira diferente e, quando falta, provoca um sentimento e uma reação no médico.

É claro que essas abordagens são diferentes. Isoladamente, têm objetivos, aspectos teóricos e técnicos diferentes. Mas nesse discurso há uma discrepância muito grande entre o vínculo do médico com os pacientes atendidos no ambulatório e com aqueles atendidos em psicoterapia.

Talvez os próprios residentes se empenhem mais em estabelecer vínculos com os pacientes da psicoterapia, porque neste contexto fica mais óbvia a importância dos aspectos relacionais. No atendimento ambulatorial, pode parecer que o vínculo não tenha tanta importância assim. A busca do paciente pelo médico pode estar sendo confundida com uma busca pela instituição ou por uma medicação, e então, quem prescreve não tem muita relevância. Dessa forma, aspectos do paciente que se expressam através da relação com o médico, como por exemplo um padrão de defesa, que se considerados, poderiam aumentar a

aderência ao tratamento, são negligenciados (Beresfrd, 2005). O discurso sugere que só os pacientes da psicoterapia têm aspectos psicodinâmicos a serem compreendidos.

Na Idéia Central 6 (*Depende do paciente: se está estável, se é grave, ou se está no início do tratamento*), existe uma postura do residente em diferenciar os pacientes e refletir sobre eles baseado na situação de cada um, e não na expectativa do médico, como na Idéia Central 3. Além disso, leva em consideração tanto aspectos clínicos quanto psicodinâmicos, mostrando uma flexibilidade maior em relação ao tipo de abordagem.

4.3.5 Pergunta 5: Dar alta aos pacientes do ambulatório. Como é isso p'ra você?

O DSC da Idéia Central 1 (*É prazeroso porque o problema foi resolvido e o paciente fica independente*), composto pela maioria dos residentes (n=11), apresenta o ato de dar alta do ambulatório como algo resolutivo. Contém uma visão idealizada de cura, onde o paciente se liberta do tratamento e do médico em definitivo, o que promove um grande alívio, pela conquista e pela independência de ambos. A mesma visão idealizada aparece na Idéia Central 6 (*É difícil porque não me sinto confiante*), onde o residente descreve a alta como um atestado do fim de todos os problemas do paciente e, como consequência, não se sente seguro para dá-lo a ninguém. É na Idéia Central 4 (*É prazeroso, mesmo que depois o paciente volte*), que o discurso dos residentes (n=2) se mostra mais maduro e realista, considerando a alta

não como uma cura definitiva, mas como um progresso do paciente que foi adquirido junto com o médico e, por isso, é gratificante para ambos.

Os DSC das Idéias Centrais 2 (*É difícil se desligar dos pacientes*) e 7 (*Nunca tive problemas, apesar de ter pacientes que não querem receber alta*), enfocam a ansiedade de separação frente à alta. O primeiro, composto por 8 residentes, aborda as dificuldades do médico em romper o vínculo e se desligar de seus pacientes, trazendo sentimentos de abandono e falta de controle. O segundo, composto apenas por um residente, e possivelmente com um certo grau de projeção, expressa a dificuldade dos pacientes em aceitarem a alta por se sentirem muito inseguros em relação à sua melhora ou por estarem emocionalmente muito dependentes do médico em função de questões transferenciais. Quando se observa a Idéia Central 3 (*Só dei alta para pacientes que não eram meus à princípio*), parece que essa foi a solução encontrada pelos residentes para tentar evitar a ansiedade de separação. Dando alta na primeira consulta, para um paciente desconhecido, não há nenhum vínculo a ser quebrado e, portanto, nenhuma dificuldade em se desligar dele. Assim, as altas são programadas pelo residente no final de seu estágio, para serem dadas no primeiro atendimento feito pelo próximo residente.

No DSC de Ancoragem (*No esquema em que trabalhamos, depois que você dá alta, fica muito difícil o paciente voltar, se ele precisar*), está subjacente uma crítica ao sistema público de saúde, com filas intermináveis, ambulatorios inflados e uma escassa rede de apoio. O residente sabe que deve encaminhar um paciente estável para fazer acompanhamento no Posto de Saúde próximo à sua casa, mas também sabe que há poucos postos com

atendimento psiquiátrico e que dificilmente este paciente conseguirá uma vaga. Sabe-se também que, muitas vezes, os pacientes se recusam a procurar a rede básica de saúde por não reconhecerem nesse serviço uma alternativa de tratamento eficaz (Amaral, 1997), e quando aceitam o encaminhamento e conseguem uma vaga, muitos abandonam o tratamento após alguns meses (Melo & Guimarães, 2005). Assim, a chance desses pacientes tentarem voltar ao ambulatório é muito grande, mas é pouco provável que consigam uma nova matrícula, o que reforça a dificuldade dos residentes em dar alta, por ficarem com a sensação de estarem abandonando seus pacientes.

Desta forma, tanto os aspectos psicodinâmicos do médico, do paciente e da relação médico-paciente, quanto a situação dos serviços públicos de saúde, contribuem para transformar a alta do ambulatório em uma tarefa bastante complexa para os residentes, um aspecto que deve ser amplamente discutido em suas supervisões.

Este curso, cujos supervisores têm uma larga experiência em Psicoterapia Dinâmica Breve, propôs abordar a questão através do enfoque psicodinâmico, para compreender e desenvolver recursos para lidar com a ansiedade de separação e as angústias que envolvem o término de uma relação terapêutica (Mann, 1973). Na Idéia Central 2, no trecho: *“...eu acho que dá para tocar. A vida é isso mesmo, é idas e voltas e partos, separações. Acho que eu estou conseguindo criar essa coisa de liga, mas desliga”*, fica clara a compreensão do término como limite presente em todos os relacionamentos. Porém, essa abordagem, apesar de ajudar a diminuir a ansiedade dos residentes, e de constituir um instrumento para o manejo clínico, torna-se limitada frente a tantos outros fatores que compõem o tema da alta psiquiátrica.

4.3.6 Pergunta 6: A compreensão do funcionamento psicodinâmico de um paciente pode interferir em seu tratamento clínico? Como?

O DSC da Idéia Central 1 (*Ajuda no manejo clínico e no vínculo médico-paciente*), composto por 11 residentes, ressalta que, quando o médico compreende o funcionamento psicodinâmico do paciente, naturalmente diminui sua contratransferência negativa e há uma conseqüente melhora do vínculo (Yager et al, 2005). A referência fica bem clara nos trechos: “... *Ajuda muito a diminuir a nossa contratransferência negativa que, nesse sentido, ajuda o manejo clínico, né?...Aquela paciente insuportável vira a paciente insuportável por isso, por isso e por isso. Diminui aquela irritabilidade que a gente sente às vezes, dá um alívio...*”

Neste discurso também se observa um enfoque mais integrado, salientando a influência dos aspectos psicodinâmicos no desencadeamento, na composição, na potencialização e na perpetuação das manifestações clínicas. A compreensão desses aspectos por parte do médico facilitará o manejo clínico em toda sua amplitude, inclusive do ponto de vista farmacológico, desde a primeira consulta até a alta (Tasman, 1999; Frey et al, 2004).

Já nos discursos das Idéias Centrais 2 (*Ajuda no manejo da medicação*) e 4 (*Muda o enfoque terapêutico no sentido de introduzir medicação ou não*), as referências se restringem apenas ao aspecto medicamentoso do tratamento. No primeiro, a compreensão mais ampla do paciente é vista como algo que contextualiza o tipo, a escalada das doses, as trocas e a retirada da medicação, e sabe-se que tal abordagem, geralmente, aumenta a chance de um sucesso terapêutico (Wheelock, 2000). O residente

particulariza o paciente quando tem acesso ao seu mundo interno e fica menos ansioso em diminuir rapidamente os sintomas que ele apresenta. Lança mão de outros parâmetros para a avaliação da evolução do paciente que ajudam a adequar sua expectativa de resposta (Bergman, 2005; Ising, 2007). Isso fica bem claro no trecho: *“A gente tem que ver sempre um contexto, né?...vai pegando um pouco a mão disso...de não ter mais aquela ansiedade de ter que mudar a medicação toda consulta...”*. Mas, de qualquer forma, o tratamento é visto apenas como um manejo adequado da medicação.

No discurso da Idéia Central 4, a questão da medicação também é o foco, embora de uma maneira mais estanque. Parece que o acesso à compreensão psicodinâmica do paciente serviu para aumentar a dicotomia entre biológico e psicológico. A impressão primeira que se tem, é a de que o que é compreensível não precisa ser medicado. Não há um sinergismo entre as duas abordagens e sim uma escolha entre uma ou outra. É possível que estes residentes tenham apenas vislumbrado a possibilidade de não medicar todos os pacientes. Nem todos os pacientes estão doentes e necessitam de medicação. Às vezes, um paciente apresenta um sintoma isolado, relacionado com seu contexto de vida atual, que não representa nenhum quadro psiquiátrico. Parece ser este o enfoque que se observa no trecho: *“...Por exemplo, o paciente que fica só insone assim, nem tem um quadro de depressão clássica, que você dá antidepressivo e ele nem melhora tanto da insônia, e na verdade você vê que ele tem uma preocupação, uma ansiedade que é muito relacionada, por exemplo, por ele ter tomado as rédeas da família, uma personalidade que ele não tinha condição. Será que ele precisava realmente tomar um antidepressivo?...”* Esse questionamento também está presente no DSC de Ancoragem 1 (*Tudo tem que ter um diagnóstico*), onde o residente aponta um

excesso de diagnósticos feitos pelos psiquiatras que não contextualizam as queixas dos pacientes, assunto já discutido por alguns autores (Bowden, 2001; Hutto, 2001). A prática que consiste apenas em procurar critérios diagnósticos e medicar (Freudenreich et al, 2004) é criticada no DSC de Ancoragem 2 (*O treinamento do residente*) e no DSC da Idéia Central 3 (*Ajuda a enxergar além dos critérios diagnósticos, dos sintomas*), que afirmam que, por falta de uma avaliação mais profunda, corre-se o risco de diagnosticar e tratar um paciente de forma incorreta. Porém, apesar da lógica incontestável das críticas, observa-se, atualmente, um movimento na literatura que defende os atendimentos realizados em, no máximo, 15 minutos, para evitar o desperdício de tempo dos psiquiatras, profissionais muito caros para os sistemas de saúde. Qualquer investigação mais minuciosa ou compreensão mais profunda deveria ser realizada por profissionais mais baratos, como psicólogos e assistentes sociais (Gabbard & Kay, 2001). Assim, reforça-se cada vez mais a fragmentação do paciente e o risco de iatrogenias (Abdo, 1992).

Este curso vem em um movimento oposto, no sentido de ajudar os residentes a perceberem a importância da integração de todos os aspectos do paciente nos atendimentos, e instrumentalizá-los para iniciarem tal tarefa (Boyce, 2006).

4.3.7 Pergunta 7: Você acha que este estágio provocou alguma mudança em você? Qual?

A maioria dos discursos referentes a esta pergunta mostra que, antes do curso, os residentes tinham tido pouco contato com teorias e com a

prática da psicodinâmica. Os relatos têm um tom de descobrimento de um novo ponto de vista, uma nova forma de pensar. Na Idéia Central 6, (*Tirou um preconceito*), o distanciamento em relação às teorias da psicodinâmica fica bem óbvio, à medida que se origina de um preconceito; e a mudança aparece claramente na nova perspectiva que se abre a partir da constatação da existência do Inconsciente. Muitos residentes chegam ao curso com idéias pré-concebidas sobre psicanálise, quase sempre negativas, que ouviram aqui e ali ou viram em filmes e, com o decorrer do curso, percebem que a consideração de aspectos inconscientes ajuda muito na compreensão dos pacientes (Cabaniss, 1999). Esse ponto fica bem claro na Idéia Central 3, (*Conseguir lidar melhor com os aspectos transferenciais e contratransferenciais da relação terapêutica*), que enfatiza a possibilidade de compreensão psicodinâmica, a partir da reflexão sobre os movimentos transferenciais e contratransferenciais da relação terapêutica, como um recurso adquirido que melhora o relacionamento com os pacientes. Na Idéia Central 1, (*Uma mudança pessoal. Fiquei mais reflexivo em relação a mim mesmo, às pessoas em volta, e aos pacientes*), o enfoque é o mesmo, mas vai além da relação médico-paciente e se estende para uma mudança de atitude, na qual ele pára para refletir e tentar compreender a si próprio e as relações com os outros - uma nova postura que deve ter estreita relação com o aumento da procura por psicoterapia pessoal pelos residentes ao final do curso.

Já nas Idéias Centrais 2 (*Fiquei mais seguro pelo aporte teórico e a participação nas entrevistas; consegui integrar mais a teoria à prática*), 4 (*Conseguir adicionar um olhar psicodinâmico à consulta*) e 5 (*Deu mais segurança para eu assumir um olhar psicodinâmico que já possuía*), o que prevalece nos

discursos como uma mudança é a possibilidade de integração entre a teoria e a prática, seja pelo aumento do aporte teórico e a vivência da sua aplicação durante as entrevistas, seja pela simples “autorização” da inclusão de uma óptica psicodinâmica na consulta psiquiátrica, através de um modelo.

Em um estudo que avaliou a qualidade do treinamento em psiquiatria com 180 residentes americanos, um dos itens apontados como determinante na satisfação dos residentes com a residência foi o equilíbrio no treinamento entre aspectos psicossociais e biomédicos da psiquiatria (Elliot et al, 2000).

Todos os discursos vêm ao encontro dos objetivos do curso, incorporando uma perspectiva psicodinâmica ao raciocínio clínico e ampliando os recursos teórico-práticos dos residentes para o atendimento psiquiátrico ambulatorial. Porém, na Idéia Central 7 (*Não mudou tanto. Minhas dificuldades ficaram mais evidentes*), composta por um residente, observa-se que ele não conseguiu desenvolver novos recursos baseados na abordagem psicodinâmica durante o curso. Ele expressa que seu maior ganho foi a percepção mais concreta das dificuldades que tem em relação à teoria e a necessidade de lidar com elas, e supõe que sua resistência em fazer psicoterapia pessoal possa estar relacionada a tais dificuldades. É possível que ele tenha se esquivado de um envolvimento maior nas atividades do curso, justamente para evitar identificar-se com aspectos dos pacientes e as conseqüentes reflexões e questionamentos a cerca de si mesmo, fato comum entre os outros residentes. De qualquer forma, o curso foi útil para lhe chamar a atenção quanto à necessidade de aprender a lidar com essas dificuldades.

5. CONCLUSÕES

Verificou-se, através das questões 1 e 2 das provas, que os residentes adquiriram conhecimentos teóricos específicos de psicodinâmica.

A constatação de que havia uma fita mais difícil apenas no período inicial da avaliação, tanto para a questão 3 quanto para a questão 5, demonstrou que, no período final, a maioria dos residentes aprenderam a identificar os mecanismos de defesa dos pacientes e suas repercussões no tratamento, e aprenderam a relacionar funcionamento psicodinâmico com diagnóstico psiquiátrico.

A questão 4 se mostrou inadequada quanto à formulação, não atingindo o objetivo esperado, e deve ser refeita.

A habilidade de identificar os sentimentos contratransferenciais e a integração dos aspectos transferenciais e contratransferenciais às condutas clínicas ficaram evidentes nos discursos da maioria dos residentes.

A inclusão dos aspectos simbólicos da medicação na prática ambulatorial foi verificada no discurso de poucos residentes.

Conclui-se que o curso propicia o aprendizado cognitivo, favorece a aquisição das habilidades descritas, mas não promove todas as mudanças propostas em relação às atitudes dos residentes, quanto à aplicação clínica espontânea desse desenvolvimento.

Pode-se atribuir o fato à curta duração do curso, com 16 aulas, o que foi insuficiente para alcançar mudanças tão complexas. Um curso mais extenso poderia aumentar a capacidade de análise crítica e a integração dos conhecimentos adquiridos pelos residentes.

A entrevista individual se mostrou um instrumento adequado para investigar o pensamento e as atitudes dos residentes após o curso. Além de

possibilitar a avaliação dos objetivos educacionais, trouxe outras informações a respeito das repercussões do curso para eles, e algumas de suas dificuldades na prática clínica.

Aprender a entrevistar melhor os pacientes foi um dos aspectos levantados nos discursos dos residentes, que ressaltaram a importância de ver um profissional mais experiente realizando essa tarefa.

A dificuldade em dar alta aos pacientes do ambulatório e a necessidade de desenvolver recursos para lidar tanto com a própria ansiedade de separação quanto com a dos pacientes, sem que o procedimento tenha um caráter de abandono, foi outro ponto observado nas entrevistas.

A maioria dos residentes referiu um distanciamento muito grande em relação às teorias psicodinâmicas antes do curso, seja por preconceito ou por falta de estímulo. Após o curso, os residentes se mostraram dispostos a adicionar essa nova perspectiva ao atendimento dos pacientes, manifestando a importância dessa abordagem para o êxito do tratamento.

O aumento da procura por psicoterapia pessoal pelos residentes, ao final do curso, revelou uma mudança de atitude e uma incorporação espontânea da abordagem psicodinâmica em suas vidas pessoais.

O curso foi muito bem recebido e valorizado pelos residentes, que enfatizaram nas entrevistas o aprendizado adquirido e a diminuição da própria angústia e insegurança durante os atendimentos, pelo aumento da compreensão dos pacientes e, como consequência, uma melhora do relacionamento com os mesmos.

Nossas teorias e tratamentos estão sempre mudando, mas as vidas das pessoas precisam ser mais constantes. Os residentes devem aprender

sobre as práticas correntes e obter ferramentas que os auxiliem na compreensão das novas teorias e tratamentos. Porém, se eles cuidam de pessoas, também devem ter o conhecimento que é adquirido pelo contato clínico extensivo e intensivo e saber se relacionar e aprender com seus pacientes.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abdo CHN. Interações iatropatogênicas: uma contribuição ao estudo da psicologia médica. Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para concurso de Livre Docência do Departamento de Psiquiatria. São Paulo, 1992.

Adams KE, O'Reilly M, Romm J, James K. Effect of Balint training on resident professionalism. *Am J Obstet Gynecol* 2006;195(5):1431-7.

Adelman AS. Pills as transitional objects: a dynamic understanding of the use of medication in psychotherapy. *Psychiatry* 1985;48:246-53.

Amaral MA do. Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. *Rev Saúde Pública* 1997;31(3):288-95.

Andreasen NC. DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences. *Schizophr Bull* 2007;33(1):108-12.

Balon R. Teaching psychopharmacology introduction. *Acad Psychiatry* 2005;29(2):116-9.

Beresford TP. Learning to recognize ego defense mechanisms: results of a structured teaching experience for psychiatric residents. *Acad Psychiatry* 2005;29(5):474-8.

Berger D, Freebury DR. The acquisition of psychotherapy skills: a learning model and some guidelines for instructors. *Can Psychiatr Assoc J* 1973;18(6):467-72.

Bergman I. "You are here": putting psychiatric residency training in context. *Administration and Policy in Mental Health* 2005;32(5/6):505-8.

Bluestone H, Clemens NA, Meyerson AT. Should clinical training in long-term psychodynamic psychotherapy be mandatory in residency training? *J Psychother Pract Res* 1999;8:162-9.

Book HE. The resident's countertransference: approaching an avoided topic. *Am J Psychiatry* 1987;41(4):555-63.

Boyce P. Restoring wisdom to the practice of psychiatry. *Australas Psychiatry* 2006;14(1):3-7.

Bowden CL. Strategies to reduce misdiagnosis of bipolar depression. *Psychiatr Serv* 2001;52:51-5.

Brent DA. The residency as a developmental process. *J Med Educ* 1981;56:417-22.

Brodkey AC, VanZant K, Sierles FS. Educational objectives for a junior psychiatric clerkship. *Acad Psychiatry* 1997;21:179-204.

- Buckley P, Karasu TB, Charles E. Common mistakes in psychotherapy. *Am J Psychiatry* 1979;136(12):1578-80.
- Buckley P, Conte HR, Plutchik R, Karasu TB. Psychotherapy skill profiles of psychiatric residents. *J Nerv Ment Dis* 1981;169(11):733-7.
- Buckley P, Conte HR, Plutchik R, Karasu TB, Wild KV. Learning dynamic psychotherapy: a longitudinal study. *Am J Psychiatry* 1982;139(12):1607-10.
- Cabaniss DL. How to think like an analyst 101: a model for teaching psychotherapy to medical students. *J Psychother Pract Res* 1999;8(3):198-200.
- Chaimowitz G. Psychotherapy in psychiatry. *Can J Psychiatry* 2004;49(2):145-8.
- Chou C, Lee K. Improving residents' interviewing skills by group videotape review. *Acad Medicine* 2002;77(7):744.
- Chur-Hansen A, Koopowitz L, Jureidini J, Abhary S, McLean S. Teaching, training and further education – An interdisciplinary course for trainee psychiatrists: feedback and implications. *Australas Psychiatry* 2006;14(2):186-91.
- Clemens NA, Bebachuk W, Beitman BD, Blinder BJ, Gabbard GO, Goin MK, Hughes MC, Kay J, Kimmich RA, Lazar SG, Reiss D, Szigethy EM, Tasman A. Disputing psychiatry's redefinition. *Am J Psychiatry* 1997;154(11):1633-5.
- Conley SC. Deep waters. *Am Fam Physician* 2001;63(2):383-4.
- Corradi RB. Psychodynamic psychotherapy: a core conceptual model and its application. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry* 2006;34(1):93-116.
- Coyle B, Miller M, McGowen KR. Using standardized patients to teach and learn psychotherapy. *Acad Medicine* 1998;73(5):591-2.
- Cutler JL. Psychoanalysts teaching medical students. How to succeed. *J Psychother Pract Res* 1999;8(3):195-7.
- Dagg PKB, Evans JB. The synergy of group and individual psychotherapy training. *Am J Psychotherapy* 1997;51(2):204-9.
- Davis H, Nicholaou T. A comparison of the interviewing skills of first and final-year medical students. *Med Educ* 1992;26:441-7.
- Davis H, Aronzon R, Rosca-Rebaudengo P, Guttman F. Extended psychiatric interview and medical students: a tool for teaching psychotherapeutic skills. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2003;40(2):118-25.
- Detre T. The future of psychiatry. *Am J Psychiatry* 1987;144:621-5.

- Dewald PA. Preserving the “psychosocial” in an era of biological psychiatry. *Am J Psychother* 2000;54(3):301-4.
- Elkin I, Pilkonis PA, Docherty JP, Sotski SM. Conceptual and methodological issues in comparative studies of psychotherapy and pharmacotherapy, I: active ingredients and mechanisms of change. *Am J Psychiatry* 1988;145(8):909-17.
- Elizur A, Kretsch R, Spaizer N, Sorek Y. Self-evaluation of psychotherapeutic competence. *Br J Med Psychol* 1994;67(3):231-5.
- Elliott RL, Yudkowsky R, Vogel RL. Quality in psychiatric training. Development of a resident satisfaction questionnaire. *Acad Psychiatry* 2000;24(1):41-6.
- Fann JR, Hunt DD, Schaad D. A sociological calendar of transitional stages during psychiatry residency training. *Acad Psychiatry* 2003;27:31-8.
- Fleck S. Dehumanizing developments in American psychiatry in recent decades. *J Nerv Ment Dis* 1995;183(4):195-203.
- Fleiss JL. The design and analysis of clinical experiments. New York: John Wiley and Sons, 1986.
- Fogel SP, Sneed JR, Roose SP: Survey of psychiatric treatment among psychiatric residents in Manhattan: evidence of stigma. *J Clin Psychiatry* 2006; 67(10):1591-8.
- Freudenreich O, Querques J, Kontos N. Checklist psychiatry's effect on psychiatric education. *Am J Psychiatry* 2004;161(5):930.
- Frey BN, Mabilde LC, Eizirik CL. The integration of psychopharmacotherapy and psychoanalytical psychotherapy: a critical review. *Rev Bras Psiquiatr* 2004;26(2):118-23.
- Gabbard GO, Kay J. The fate of integrated treatment: whatever happened to the biopsychosocial psychiatrist? *Am J Psychiatry* 2001;158:1956-63.
- Gabbard GO.^(a) How not to teach psychotherapy. *Acad Psychiatry* 2005;29(4):332-8.
- Gabbard GO.^(b) Mind, brain and personality disorders. *Am J Psychiatry* 2005;162:648-55.
- Garcia JLT. Concerning the biopsychosocial model, 28 years later: epistemology, politics, emotion, and counter-transference. *Aten Primaria* 2007;39:93-7.
- Giordano FL, Briones DF. Assessing residents' competence in psychotherapy. *Acad Psychiatry* 2003;27(3):145-7.

Goerg D, Saussure C, Guimon EJ. Objectives for the undergraduate teaching of psychiatry: survey of doctors and students. *Med Educ* 1999;33(6):639-47.

Gold J. Reflections on psychodynamic psychotherapy supervision for psychiatrists in clinical practice. *J Psychiatr Pract* 2004;10:162-9.

Goldman HH. Integrating health and mental health services: historical obstacles and opportunities. *Am J Psychiatry* 1982;139:616-20.

Grief CJ, Rosenbluth M. The shifting landscape of psychotherapy in residency: stable framework of change. *Am J Psychother* 2002;56(3):411-23.

Gringer RR. The future educational needs of psychiatrists. *Am J Psychiatry* 1975;132(3):259-62.

Guerrero APS, Hishinuma ES, Serrano AC, Ahmed I. Use of mechanistic case diagraming technique to teach the biopsychosocial-cultural formulation to psychiatric clerks. *Acad Psychiatry* 2003;27(2):88-92.

Halleck SL, Woods SM. Emotional problems of psychiatric residents. *Psychiatry* 1962;25:339-46.

Hamilton NG, Sacks LH, Hamilton CA. Object relations theory and pharmacopsychotherapy of anxiety disorders. *Am J Psychother* 1994;48(3):380-91.

Hausman K. Do medical students benefit from psychotherapy training? *Psychiatric News* 2003;38(15):16-9.

Hinz CF. Direct observation as a means of teaching and evaluating clinical skills. *J Med Educ* 1966;41:150-61.

Hoop JG. Hidden ethical dilemmas in psychiatric residency training: the psychiatry resident as dual agent. *Acad Psychiatry* 2004;28(3):183-9.

Hutto B. Potential overdiagnosis of bipolar disorder. *Psychiatr Serv* 2001;52(5):687-8.

Ingram DH. Teaching psychodynamic therapy to hardworking psychiatric residents. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry* 2006;34(1):173-88.

Ising M. Bringing basic and clinical research together to an integrated understanding of psychiatric disorders. *J Psychiatr Res* 2007;41:1-2.

Jibson MD. Psychopharmacology training in psychiatric education: the debate. *Acad Psychiatry* 2005;29(2):120-3.

Joseph B. Identificação projetiva – alguns aspectos clínicos. In: Spillius EB. Melanie Klein hoje. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1991, pp146-58.

Kassaw K, Gabbard GO. Cresting a psychodynamic formulation from a clinical evaluation. *Am J Psychiatry* 2002;159:721-6.

Klein M. Notas sobre alguns mecanismos esquizóides (1946). In: *Inveja e gratidão*. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1991, pp 17-43.

Krull F. The problem of integrating biological and psychodynamic views in psychotherapeutic training of physicians. *Psychother Psychosom* 1990;53:115-8.

Khurshid KA, Bennett JI, Vicari S, Lee KL, Broquet KE. Residency programs and psychotherapy competencies: a survey of chief residents. *Acad Psychiatry* 2005;29(5):452-8.

Lacy T, Hughes JD. A neural systems-based neurobiology and neuropsychiatry course: integrating biology, psychodynamics, and psychology in the psychiatric curriculum. *Acad Psychiatry* 2006;30(5):410-5.

Langsley DG, Hollender MH. The definition of a psychiatrist. *Am J Psychiatry* 1982;139(1):81-5.

Langsley DG, Yager J. The definition of a psychiatrist: eight years later. *Am J Psychiatry* 1988;145(4):469-75.

Laplanche J, Pontalis J. *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1997, pp277-80.

Leeman E, Leeman S. Elements of dynamics IV: neuronal metaphors-probing neurobiology for psychodynamic meaning. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry* 2004;32(4):645-59.

Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV (org). *O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa*. Caxias do Sul, RS: EDUCS, 2000.

Lefèvre F & Lefèvre AMC. *O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)*. Caxias do Sul, RS: EDUCS, 2003.

Lieberman JA, Rush AJ. Redefining the role of psychiatry in medicine. *Am J Psychiatry* 1996;153(11):1388-97.

Lissak M. Biopsychosocial psychiatry. *Am J Psychiatry* 2003;160:185-6.

Mamah D. Enhancing therapeutic alliance must be residency focus. *Psychiatry News* 2005;40(21):16-8.

Mann J. *Time-limited psychotherapy*. London: Harvard University Press, 1973.

Marcus ER. Psychodynamic social science and medical education. *J Psychother Pract Res* 1999;8(3):191-4.

Margariti MM, Kontaxakis VP, Kollias K, Paplos K, Christodoulou GN. Psychotherapy in postgraduate psychiatric training: attitudes of residents. *Psychother Psychosom* 2001;70:112-4.

Martin L, Saperson K, Maddigan B. Residency training: challenges and opportunities in rearing trainees for the 21st century. *Can J Psychiatry* 2003;48:225-31.

Mellman LA, Beresin E. Psychotherapy competencies: development and implementation. *Acad Psychiatry* 2003;27:149-53.

Melo APS, Guimarães MDC. Factors associated with psychiatric treatment dropout in a mental health reference center, Belo Horizonte. *Rev Bras Psiquiatr* 2005; 27(2):113-8.

Merklin L, Little RB. The beginning psychiatry training syndrome. *Am J Psychiatry* 1967;124:193-7.

Michels R. Dehumanizing developments in American psychiatry. *J Nerv Ment Dis* 1995;183(4):204-6.

Miller FC. Using the movie *Ordinary People* to teach psychodynamic psychotherapy with adolescents. *Acad Psychiatry* 1999;23(3):174-9.

Miller SI, Scully JH, Winstead DK. The evolution of core competencies in psychiatry. *Acad Psychiatry* 2003;27(3):128-30.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro:Hucitec-Abrasco, 1992.

Mintz DL. Teaching the prescriber's role: the psychology of psychopharmacology. *Acad Psychiatry* 2005;29(2):187-94.

Mintz D. Psychodynamic Trojan horses: using psychopharmacology to teach psychodynamics. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry* 2006;34(1):151-61.

Mish DA. When a psychiatry resident's patient commits suicide: transference trials and tribulations. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry* 2003;31(3):459-75.

Mischoulon D, Beresin EV. "The Matrix": an allegory of the psychoanalytic journey. *Acad Psychiatry* 2004;28(1):71-7.

Miresco MJ, Kirmayer LJ. The persistence of mind-brain dualism in psychiatric reasoning about clinical scenarios. *Am J Psychiatry* 2006; 163 (5):913-8.

Mohl PC, Lomax J, Tasman A, Chan C, Sledge W, Summergrad P, Notman M. Psychotherapy training for the psychiatrist of the future. *Am J Psychiatry* 1990; 147(1):7-13.

- Mullen LS, Rieder RO, Glick RA, Lubner B, Rosen PJ. Testing psychodynamic psychotherapy skills among psychiatric residents: the psychodynamic psychotherapy competency test. *Am J Psychiatry* 2004;161:1658-64.
- Nemiah JC. On learning psychotherapy. *Am J Psychiatry* 1981;138(2):216-7.
- Neter J, Kutner MH, Nachtsheim CJ, Wasserman W. Applied linear statistical models. 4th edition. Chicago: Irwin, 1996.
- Nigam T, Cameron PM, Leverette JS. Impasses in the supervisory process: a resident's perspective. *Am J Psychiatry* 1997;51(2):252-72.
- Nogueira-Martins LA, Jorge MR. Natureza e magnitude do estresse na residência médica. *Rev Assoc Med Bras* 1998;41(1):28-34.
- Nuzzarello A, Birndorf C. An interviewing course for a psychiatry clerkship. *Acad Psychiatry* 2004;28:66-70.
- Pardes H. Psychoanalytic concepts in psychiatric training. *Am J Psychiatry* 1980;137(5):613-6.
- Pardes H. Neuroscience and psychiatry: marriage or coexistence? *Am J Psychiatry* 1986;143:1205-12.
- Pardes H. Psychiatric residency and psychodynamic teaching. *J Am Psychoanal Assoc* 1997;45(3):937-9.
- Pérez EL, Krul LE, Kapoor R. The teaching psychotherapy in Canadian psychiatric residency programs: residents' perceptions. *Can J Psychiatry* 1984;29:658-63.
- Piaget J. O nascimento da inteligência na criança, 4^a edição. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982, pp15-9.
- Pompili M, Mancinelli I, Tatarelli R. Training in psychodynamic psychotherapy. *Am J Psychiatry* 2002;159(12):2115.
- Powell AD. The medication life. *J Psychother Pract Res* 2001;10:217-22.
- Ralph NB. Learning psychotherapy: a developmental perspective. *Psychiatry* 1980;43:243-50.
- Rao NR, Meinzer AE, Berman SS. Countertransference. Its continued importance in psychiatric education. *J Psychother Pract Res* 1997;6(1):1-11.
- Reiser MF. Are psychiatry educators "losing the mind"? *Am J Psychiatry* 1988; 145(2):148-53.
- Rodenhauser P. Psychiatric residency programs: trends in psychotherapy supervision. *Am J Psych* 1992;46(2):240-9.

- Rodenhauser P, Rudisill JR, Painter AF. Attributes conducive to learning in psychotherapy supervision. *Am J Psychother* 1989;43(3):368-77.
- Santana CLA. Anatomia do método qualitativo: uma experiência de sua aplicação no atendimento de refugiados. Dissertação apresentada à FMUSP para obtenção de título de Mestre em Medicina. São Paulo, 2001.
- Sakinofski I. Evaluating the competence of psychotherapists. *Can J Psychiatry* 1979;24(3):193-205.
- Schmolke M. Ethics in psychiatric diagnosis from a psychodynamic perspective. *Psychopathology* 1999;32:152-8.
- Segal H. Introdução à obra de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1975.
- Spiegel D, Grunebaum H. Training versus treating the psychiatric resident. *Am J Psychother* 1977;31:618-25.
- Tasini M. Teaching psychodynamic psychiatry to students on general medical rotations. *J Psychother Pract Res* 1999;8(3):204-9.
- Tasman A. The future of residency training in psychiatry. *Bull Menninger Clin* 1994;58(4):475-85.
- Tasman A. Teaching psychodynamic psychiatry during medical school and residency. *J Psychother Pract Res* 1999;8(3):187-90.
- Tasman A, Riba MB, Silk KR: The doctor patient relationship in pharmacotherapy – improving treatment effectiveness. New York, NY: The Guilford Press, 2000, pp109-17.
- Taylor GJ. Mind – body – environment: George Engel's psychoanalytic approach to psychosomatic medicine. *Aust NZJ Psychiatry* 2002;36:449-57.
- Templeton B, Selarnick HS. Evaluating consultation psychiatric residents. *Gen Hosp Psychiatry* 1994;16(5):326-34.
- Touchet BK, Coon KA. A pilot use of team-based learning in psychiatry resident psychodynamic psychotherapy education. *Acad Psychiatry* 2005;29(3):293-6.
- Weerasekera P, Antony MM, Bellissimo A, Bieling P, Shurina-Egan J, Spencer A, Whyte R, Wolpert-Zur A. Competency assessment in the McMaster psychotherapy program. *Acad Psychiatry* 2003;27(3):166-73.
- Wheelock I. The value of a psychodynamic approach in the managed care setting. *Am J Psychother* 2000;54(2):204-15.
- Winnicott DW. Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: Da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993, pp 316-31.

Yager J. A survival guide for psychiatric residents. Arch Gen Psychiatry 1974, 30: 494-9

Yager J, Pasnau R. The educational objectives of a psychiatry residency program. Am J Psychiatry 1976;133(2):217-20.

Yager J, Bienenfeld D. How competent are we to assess psychotherapeutic competence in psychiatric residents? Acad Psychiatry 2003;27:174-81.

Yager J, Kay J. Assessing psychotherapy competence in psychiatric residents: getting real. Harv Rev Psychiatry 2003;11:109-12.

Yager J, Kay J, Mellman L. Assessing psychotherapy competence: a beginning. Acad Psychiatry 2003;27(3):125-7.

Yager J, Mellman L, Rubin E, Tasman A. The RRC mandate for residency programs to demonstrate psychodynamic psychotherapy competency among residents: a debate. Acad Psychiatry 2005;29(4):339-49.

7. ANEXOS

ANEXO 1

Bibliografia dos Seminários Teóricos

1. Di Loretto ODM. Patologia da vida psicotidiana (Um dia cotidiano na vida de um clínico psi). Revista do CETO 1998; 3(3): 2-15.
2. Malan DH. Psicoterapia do cotidiano. In: Psicoterapia Individual e a Ciência da Psicodinâmica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
3. Malan DH. Mecanismos internos do cotidiano. In: Psicoterapia Individual e a Ciência da Psicodinâmica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
4. Malan DH. Comunicação inconsciente. In: Psicoterapia Individual e a Ciência da Psicodinâmica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
5. Gabbard GO. As bases teóricas da Psiquiatria dinâmica. In: Psiquiatria Psicodinâmica. Porto Alegre: Artmed, 1998.
6. Freud A. Os mecanismos de defesa. In: O Ego e os Mecanismos de Defesa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1996.
7. Balint M. Prefácio para a edição brasileira. In: O Médico, Seu Paciente e a Doença. São Paulo: Livraria Atheneu, 1975.
8. Balint M. Diagnóstico: o problema geral. In: O Médico, Seu Paciente e a Doença. São Paulo: Livraria Atheneu, 1975.
9. Balint M. As ofertas dos pacientes e as respostas dos médicos. In: O Médico, Seu Paciente e a Doença. São Paulo: Livraria Atheneu, 1975.
10. Balint M. A função apostólica 1. In: O Médico, Seu Paciente e a Doença. Livraria Atheneu, São Paulo, 1975.
11. Balint M. A função apostólica 2. In: O Médico, Seu Paciente e a Doença. São Paulo: Livraria Atheneu, 1975.
12. Balint M. O paciente e sua doença. In: O Médico, Seu Paciente e a Doença. São Paulo: Livraria Atheneu, 1975.
13. Segal H. A posição esquizo-paranoide. In: Introdução à Obra de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1975.
14. Segal H. A posição depressiva. In: Introdução à Obra de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1975.

15. Segal H. Defesas maníacas. In: Introdução à Obra de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1975.
16. Nasio JD. A vida de Donald Woods Winnicott. In: Introdução às Obras de Freud, Ferenczi, Groddcke, Klein, Winnicott, Dolto e Lacan. Jorge Cahar editores; 1995.
17. Schoueri PCL, Zoppe EHCC, Souto A. A elaboração do término em Psicoterapia Dinâmica Breve. Texto datilografado.
18. Winnicott DW. Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: Da Pediatria à Psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1993.
19. Klein M. Notas sobre alguns mecanismos esquizóides (1946). In: Inveja e Gratidão. Rio de Janeiro: Ed Imago, 1991.
20. Joseph B. Identificação projetiva – alguns aspectos clínicos. In: Spillius EB. Melanie Klein hoje. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1991.
21. Cordioli AV. A relação terapêutica: transferência, contra-transferência, aliança terapêutica e relação real. In: Psicoterapias - Abordagens Atuais. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
22. Jacques AM. A transferência de Freud a Lacan; in Jacques AM: Percurso de Lacan – uma introdução. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.
23. Figueira, AS. Wilfred R. Bion e os neokleinianos. In: Contra-transferência de Freud aos Contemporâneos. São Paulo: Ed. Casa do Psicólogo, 1994.
24. Smith, RC. Teaching interviewing skills to medical students: the issue of “countertransference”. Journal of Medical Education 1984;59 July:582-588.

Leitura complementar:

1. Balint M. Capacitar a los enfermos para comprenderse a sí mismos. In: Técnicas Psicoterapéuticas en Medicina. México: Siglo XXI Editores S.A., 1966.
2. Balint M. Comprension profesional de las personas. In: Técnicas Psicoterapéuticas en Medicina. México: Siglo XXI Editores S.A., 1966.
3. Segal H. A psicopatologia da posição esquizo-paranoíde. In: Introdução à Obra de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1975.
4. Segal H. Reparação. In: Introdução à Obra de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1975.
5. Winnicott, DW. As raízes da criatividade e o uso do objeto. In: Táticas e Técnicas Psicanalíticas. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1995.

6. Freud S. Sobre a psicoterapia (1905). In: Freud S. – Obras Completas. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1972.
7. Freud S. As cinco lições de psicanálise (1909). In: Freud S. – Obras Completas. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1972.
8. Freud S. A dinâmica da transferência (1912). In: Freud S. – Obras Completas. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1972.
9. Freud S. Observações sobre o amor transferencial (1914). In: Freud S. – Obras Completas. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1972.
10. Barenblitz G. A concepção freudiana/ A concepção anglo-saxônica. In: Cinco Lições sobre a Transferência. São Paulo: Ed. Hucitec, 1992.

ANEXO 2

PROVA – R1 (2002)

Paciente:

Fita nº:

1. Quais sentimentos este paciente desperta em você? Cite pelo menos três.
2. Fale sobre os efeitos da doença na vida do paciente e em seus relacionamentos com os outros.
3. Como você compreende a natureza dos mecanismos de defesa deste paciente e de que forma eles podem atuar como resistência ao tratamento?
4. Qual é o significado psicológico da medicação e da instituição para este paciente?
5. Como você prevê as reações deste paciente ao término do tratamento e a uma possível alta, bem como à passagem deste para o próximo residente?
6. Identifique os possíveis limites do tratamento, impostos pelo funcionamento do paciente, pela natureza de sua doença ou pelo formato da instituição.
7. Formule uma hipótese de funcionamento psicodinâmico para este paciente.
8. Considerando os aspectos emocionais da doença do paciente, é possível estabelecer relações entre seu funcionamento psicodinâmico e seu diagnóstico clínico?
9. Em sua opinião, quais seriam as principais condições para uma aliança de trabalho com este paciente?
10. Formule um plano de tratamento que inclua os aspectos psicodinâmicos e relacionais do paciente, com sugestões práticas para seu manejo no ambulatório.

ANEXO 3

PROVA – R1 (2003)

Paciente:

Fita nº:

1. Conceitue transferência e contratransferência, e cite pelo menos três sentimentos que este paciente desperta em você.
2. Formule uma hipótese de funcionamento psicodinâmico para este paciente, situando-a em um nível edípico ou pré-edípico, especificando os mecanismos de defesa.
3. Explique a relação entre o funcionamento psicodinâmico pré-mórbido do paciente e seus sintomas atuais.
4. Formule um plano de tratamento com sugestões práticas para o atendimento no ambulatório, que inclua:
 - a) principais condições para uma aliança de trabalho
 - b) o manejo das resistências ao tratamento
 - c) as reações deste paciente a uma possível alta ou passagem para o próximo residente

ANEXO 4

PROVA – R1 (2004)

Paciente:

Fita nº:

1. Conceitue transferência e contra transferência.
2. Escreva três sentimentos despertados em você por este paciente.

Qual o uso que você pode fazer destes sentimentos?

- a) procurar afastá-los já que podem contaminar a relação médico-paciente.
 - b) permitir sua expressão na relação médico-paciente, já que são genuínos.
 - c) considerá-los como informação sobre o funcionamento relacional do paciente, já que foram despertados na relação.
 - d) ignorá-los, já que não dizem respeito ao paciente e são expressão de minhas próprias dificuldades.
3. Nomeie os seguintes mecanismos de defesa:
- a) ato por meio do qual o sujeito, sob o domínio dos seus desejos e fantasias inconscientes, vive esses desejos e fantasias no presente com um sentimento de atualidade que é muito vivo na medida em que desconhece sua origem e o seu caráter repetitivo:
 - b) operação pela qual o sujeito expulsa de si e localiza no outro (pessoa ou coisa), qualidades, sentimentos, desejos e mesmos “objetos” que ele desconhece ou recusa nele:
 - c) atitude ou hábito psicológico de sentido oposto a um desejo recalcado e constituído em reação contra ele; contra-investimento de um elemento consciente de força igual e direção oposta ao investimento inconsciente:
 - d) processo pelo qual o sujeito, embora formulando um de seus desejos, pensamentos ou sentimentos até então recalcados, continua a defender-se dele, não admitindo que lhe pertença:
 - e) fato de a importância, o interesse, a intensidade de uma representação seja suscetível de se destacar dela para passar a outra representação originariamente pouco intensa, ligada à primeira por uma cadeia associativa:

4. Neste caso, as principais defesas são:
- a) as preponderantes no funcionamento narcísico: negação e projeção.
 - b) as preponderantes no funcionamento histérico-fóbico: deslocamento, condensação e dissociação.
 - c) as preponderantes no funcionamento obsessivo: formação reativa, anulação e isolamento.
5. Caso você viesse a atender esse paciente, como prevê que seria seu comportamento:
- a) marcado por atuações, como faltas, atrasos e não aderência ao tratamento medicamentoso.
 - b) queixoso, com repetidos e infundáveis relatos sobre seu infortúnio, sem nunca admitir muita melhora.
 - c) idealizado, vendo no médico e no tratamento uma oportunidade mágica de resolver todos os seus problemas.
 - d) adequado, contribuindo para sua melhora, ciente de seus benefícios, prejuízos e limites inerentes ao seu tratamento.
6. As identificações inconscientes do médico com aspectos do paciente podem ajudar ou dificultar o manejo clínico deste paciente? Por que?
7. Um bom relacionamento médico-paciente é baseado:
- a) na disponibilidade de tempo do médico para ouvir seu paciente.
 - b) Na escolha de medicamentos que combinem maior eficácia terapêutica a efeitos colaterais mínimos.
 - c) Na capacidade do médico de empatizar com seu paciente, o que despertará o desejo de ajudá-lo incondicionalmente.
 - d) Na habilidade do médico em conter a angústia de seu paciente e a sua própria angústia em relação a ele.
 - e) Na gravidade do quadro clínico do paciente, que poderá dificultar muito sua aproximação com o médico.
8. A troca de residentes no seguimento de um paciente ambulatorial pode ter alguma influência em seu tratamento? Justifique.

9. Escolha a sugestão que julgue ser mais adequada para ser incluída no tratamento deste paciente.

- a) convocar os familiares do paciente e envolvê-los em seu tratamento.
- b) Pedir que o paciente não traga mais seus familiares à consulta e venha sozinho.
- c) Encaminhá-lo para psicoterapia.
- d) Atendê-lo com maior frequência, porém não atendê-lo fora do dia e horário agendados.

10. Indique Verdadeiro ou Falso para as seguintes afirmativas:

- a) a posição depressiva, segundo o referencial de M. Klein, precede um transtorno depressivo grave, podendo servir como um indicativo de ocorrência provável deste.
- b) Uma vez “superada” a posição esquizo-paranóide (M. Klein), o indivíduo estará “protegido” de um eventual surto psicótico e não voltará a ter este funcionamento psicodinâmico.
- c) Os objetos transicionais, segundo o referencial de D. Winnicott, ajudam o bebê a desenvolver a capacidade de espera, a tolerar a frustração e a reunir-se, na fantasia, com a mãe que não está. O objeto que a representa mantém o vínculo com a mãe ausente.
- d) A medicação prescrita pelo médico pode adquirir um caráter de objeto transicional para seu paciente, já que representa o médico simbólica e subjetivamente.

ANEXO 5

PROVA – R1 (2005)

Paciente:

Fita nº:

1. Conceitue transferência e contratransferência.
2. Nomeie os seguintes mecanismos de defesa:
 - a) ato por meio do qual o sujeito, sob o domínio dos seus desejos e fantasias inconscientes, vive esses desejos e fantasias no presente com um sentimento de atualidade que é muito vivo na medida em que desconhece a sua origem e o seu caráter repetitivo:
 - b) operação pela qual o sujeito expulsa de si e localiza no outro (pessoa ou coisa), qualidades, sentimentos, desejos e mesmo “objetos” que ele desconhece ou recusa nele:
 - c) atitude ou hábito psicológico de sentido oposto a um desejo recalcado e constituído em reação contra ele; contra-investimento de um elemento consciente de força igual e direção oposta ao investimento inconsciente:
 - d) processo pelo qual o sujeito, embora formulando um de seus desejos, pensamentos ou sentimentos até então recalcado, continua a defender-se dele, não admitindo que lhe pertença:
 - e) fato de a importância, o interesse, a intensidade de uma representação seja suscetível de se destacar dela para passar a outra representação originariamente pouco intensa, ligada à primeira por uma cadeia associativa:
3. Como você compreende a natureza dos mecanismos de defesa deste paciente e de que forma eles podem atuar como resistência ao tratamento?
4. Indique Verdadeiro ou Falso para as seguintes afirmativas:
 - a) a posição depressiva, segundo o referencial de M. Klein, precede um transtorno depressivo grave, podendo servir como um indicativo de ocorrência provável deste.
 - b) uma vez “superada” a posição esquizo-paranóide (M. Klein), o indivíduo estará “protegido” de um eventual surto psicótico e não voltará a ter este funcionamento psicodinâmico.

- c) os objetos transicionais, segundo o referencial de D. Winnicott, ajudam o bebê a desenvolver a capacidade de espera, a tolerar a frustração e a reunir-se, na fantasia, com a mãe que não está. O objeto que a representa mantém o vínculo com a mãe ausente.
- d) medicação prescrita pelo médico pode adquirir um caráter de objeto transicional para seu paciente, já que representa o médico simbólica e subjetivamente.

5. Considerando os aspectos emocionais da doença do paciente, é possível estabelecer relações entre seu funcionamento psicodinâmico e seu diagnóstico clínico?

ANEXO 6

EXERCÍCIO – R1

Aluno:

Data: __ / __ / __

Paciente:

1. Cite três sentimentos despertados em você por este paciente.
2. Considerando os aspectos emocionais da doença do paciente, é possível estabelecer relações entre seu funcionamento psicodinâmico e seu diagnóstico clínico?

ANEXO 7

QUESTIONÁRIO – R1

1. Você já fez ou faz algum grupo de estudos ou curso de formação sobre qualquer teoria psicodinâmica?

2. Você já fez ou faz psicoterapia pessoal? Descreva sucintamente suas impressões sobre esta experiência.

ANEXO 8

LISTA DE PERGUNTAS PARA A ENTREVISTA INDIVIDUAL – R1

- Como foi a experiência de trazer pacientes atendidos por você no ambulatório p/ uma entrevista psicodinâmica?
- Como você avalia as entrevistas feitas c/ os pacientes?
- Você acha que estas entrevistas puderam contribuir p/ o seu atendimento?
- Em relação ao conteúdo teórico, como você avalia este estágio?
- Os conceitos psicodinâmicos abordados tiveram alguma utilidade p/ você?
- Como foi atender novamente no ambulatório, o paciente que você trouxe p/ a entrevista aqui?
- Fale sobre a sua interação com os pacientes e com o nosso grupo durante o estágio.
- O que o angustia no atendimento dos pacientes no ambulatório?
- Como você lida com essa angústia?
- Quando você fica com raiva de algum paciente, o que você faz?
- Você já ficou com raiva de algum paciente? Por que?
- Você já fez psicoterapia?
- Você já fez algum grupo de estudo psicodinâmico?
- Você atende pacientes em psicoterapia? É diferente do atendimento no ambulatório? Por que?
- Como têm sido as altas dos pacientes no ambulatório, e sua passagem p/ o próximo residente?
- Como você faz com os pacientes que está atendendo quando vai mudar de estágio ou mesmo quando vai tirar férias?
- Identifique possíveis limites de tratamento impostos pelo funcionamento dos pacientes, pela natureza das doenças ou pela Instituição.
- Como você lida c/ esses limites?

- Como a compreensão do funcionamento psicodinâmico de um paciente pode interferir em seu tratamento clínico?
- Como você faz, em geral, p/ aumentar a aderência dos pacientes ao tratamento no ambulatório? E à psicoterapia?
- Por que alguns pacientes não querem tomar medicação e outros gostam de tomar remédios?
- A aderência à medicação tem alguma coisa a ver com o médico?
- O que você faz quando seu paciente não toma a medicação prescrita?
- Este estágio contribuiu de alguma forma p/ sua formação?
- Como você se sente quando seu paciente falta à consulta?
- Você acha que o médico deve gostar de seus pacientes?
- Como você faz p/ atender um paciente que você não gosta?
- Você acha que deveria encaminhar um paciente que você não gosta de atender?
- Você acha que os pacientes gostam de você?
- Você se sente seguro ao atender os pacientes no ambulatório?
- Você sempre segue as instruções de seu supervisor?
- É necessário supervisionar os casos que você atende no ambulatório? Por que?
- Você concorda com a maioria dos diagnósticos dos pacientes que você “herda” no ambulatório?
- Seus sentimentos em relação aos pacientes podem influenciar seu diagnóstico?

ANEXO 9

ESBOÇO DE ENTREVISTA INDIVIDUAL – R1

1. Como foi a experiência de trazer pacientes atendidos por você no ambulatório para uma entrevista psicodinâmica?
2. Como foi atender novamente, no ambulatório, o paciente que você trouxe para a entrevista aqui?
3. Em relação ao conteúdo teórico, os conceitos psicodinâmicos abordados tiveram alguma utilidade para você?/ puderam ser aplicados de alguma forma?
4. Você acha que seus sentimentos em relação aos pacientes podem influenciar seu diagnóstico, conduta, ou atendimento em geral? Se sim, como? Se não, por que?
5. O que você faz quando seu paciente não toma a medicação prescrita?
6. Como você se sente quando seu paciente falta à consulta?
7. Como você faz com os pacientes que está atendendo quando vai mudar de estágio ou mesmo quando vai tirar férias?
8. Comente sobre as dificuldades para dar alta aos pacientes do ambulatório.
9. A compreensão do funcionamento psicodinâmico de um paciente pode interferir em seu tratamento clínico? Como?
10. Você acha que este estágio provocou alguma mudança em você? Qual? / Este estágio contribuiu de alguma forma para sua formação?

ANEXO 10

ENTREVISTA INDIVIDUAL – R1

1. Depois destes quatro meses de estágio, mudou o seu modo de perceber o paciente de ambulatório, ou não? Fale um pouco sobre isso.
2. Você acha que seus sentimentos em relação aos pacientes podem influenciar seu atendimento? Fale um pouco sobre isso.
3. O que você faz quando seu paciente não toma a medicação prescrita?
4. Como você se sente quando seu paciente falta à consulta? Explique.
5. Dar alta aos pacientes do ambulatório: como é isso p'ra você?
6. A compreensão do funcionamento psicodinâmico de um paciente pode interferir em seu tratamento clínico? Como?
7. Você acha que este estágio provocou alguma mudança em você? Qual?

ANEXO 11

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

Nome:

Documento de Identidade nº :

Sexo:

Data de Nascimento:

Endereço:

Telefone:

II – DADOS SOBRE A PESQUISA

Título do Protocolo de Pesquisa: Ensino Médico: a integração do diagnóstico psicodinâmico no tratamento psiquiátrico ambulatorial.

Pesquisador: Eva Helena Costa Cardoso Zoppe

Cargo/Função: Médica Comissionada. **Inscrição Conselho Regional nº** 73603

Unidade do HCFMUSP: Serviço de Psicoterapia do Instituto de Psiquiatria

Avaliação do risco da pesquisa: sem risco

Duração da pesquisa: 3 anos

III – REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO SUJEITO DA PESQUISA

Esta pesquisa, baseada em suas declarações, tem como objetivo avaliar o aprendizado dos residentes na identificação e manejo dos aspectos psicológicos do paciente e do relacionamento entre o paciente e o médico no tratamento psiquiátrico ambulatorial.

Esta entrevista terá duração máxima de uma hora e será gravada para posterior análise de discurso.

A decisão de participar ou não do estudo não acarretará em qualquer interferência na avaliação do residente no estágio, em termos de conceito ou nota.

As identidades dos residentes que participarem desta pesquisa não serão reveladas, uma vez que se garante o caráter confidencial das informações obtidas, que só serão utilizadas para os fins próprios da pesquisa, como garante a Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde.

IV – CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

São Paulo, de de

assinatura do sujeito da pesquisa

assinatura do pesquisador