Ana Rosa Kisielewski Sancovski

**Efeitos da visita médica nos pacientes
da enfermaria da Clínica Geral
do Hospital das Clínicas da
Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo**

**Tese apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Doutor em Ciências.**

SÃO PAULO

2002

Ana Rosa Kisielewski Sancovski

**Efeitos da visita médica nos pacientes
da enfermagem da Clínica Geral do
Hospital das Clínicas da Faculdade
de Medicina da Universidade de
São Paulo**

**Tese apresentada à Faculdade
de Medicina da Universidade
de São Paulo para obtenção do
Título de Doutor em Ciências**

**Área de Concentração:
Fisiopatologia Experimental**

**Orientadora: Dr.^a Maria do
Patrocínio Tenório Nunes**

SÃO PAULO
2002

Ainda que eu falasse a língua dos homens
E falasse a língua dos anjos,
Sem amor eu nada seria...

(I Coríntios 13 e Soneto 11 de Luís de Camões)

Dedicatória

Aos pacientes da Clínica Médica Geral que apesar de doentes, internados e fragilizados, se dispuseram a responder a todas as questões do estudo, o qual, sem essa valiosa contribuição, não teria sido possível.

Agradecimento especial

À **Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**, Disciplina de **Fisiopatologia Experimental** pela abertura e oportunidade de integrar saberes médicos e não médicos.

Sumário

	Resumo	
	Summary	
	Apresentação	
1.	INTRODUÇÃO	20
1.1	A formação médica.....	20
1.2	A relação médico-paciente.....	31
1.3	A visita médica.....	42
1.4	Revisão da literatura.....	47
2.	OBJETIVOS	63
3.	CASUÍSTICA	E 65
	MÉTODO	
3.1	População estudada.....	65
3.1.1	Critérios de inclusão.....	65
3.1.2	Critérios de exclusão.....	66
3.1.3	Aspectos éticos.....	67
3.1.4	Grupos do estudo.....	67
3.2	Procedimentos na visita.....	68
3.3	Caracterização da amostra.....	71
3.4	Instrumentos.....	75
3.4.1	Escala de ansiedade e depressão.....	75
3.4.2	Questionário de Avaliação da IPCMG.....	76
3.4.3	Teste de Apercepção	77

	Temática.....	
3.4.4	Técnica	de 79
	aplicação.....	
3.4.5	Questionário	80
	Desiderativo.....	
3.5	Coleta	de 82
	dados.....	
3.6	Análise	85
	estatística.....	
4.	RESULTADOS.....	89
5.	DISCUSSÃO.....	120
6.	CONCLUSÃO.....	183
7.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	187
	Anexos	
	Gráficos	

Resumo

A forma de tratar os pacientes pode ser ensinada não somente pela teoria e prática formais, mas principalmente pelas atitudes do mestre e pela relação médico paciente que ele estabelece. O principal objetivo deste trabalho é avaliar os efeitos positivos ou deletérios da visita médica em grupo ao leito dos pacientes da Enfermaria da Clínica Médica Geral pois ela pode melhorar ou piorar a ansiedade e a depressão já contidas e instaladas no paciente e testar um modelo de visita médica hospitalar que priorize o paciente enquanto sujeito. Estudaram-se 95 pacientes com idades entre 16 e 65 anos, divididos em três grupos: um com 36 pacientes chamado G0 que

passa visita na enfermaria mas não discute à beira do leito; outro com 34 pacientes chamado G1 que passa visita na enfermaria e discute à beira do leito e um novo, experimental, com 25 pacientes chamado G2, com visita na enfermaria e nova forma de discutir ao leito, com participação ativa do paciente em seu processo de recuperação . O Método utilizado foi: todos os pacientes, na véspera da visita, foram submetidos à escala HAD para medir ansiedade e depressão e à parte pré-visita do Questionário de Avaliação da Internação do Paciente da Clínica Médica Geral (QAIPCMG). No dia da visita, após a mesma, reaplicou-se aos três grupos a escala HAD, a parte pós-visita do QAIPCMG , a qual contém um quadro de Sentimentos e Sensações a serem escolhidos como tendo sido sentidos pelos pacientes durante a visita médica, o Teste de Apercepção Temática - TAT, pranchas 1 e 15 e o Questionário Desiderativo. Os critérios de inclusão foram: pacientes com doenças crônicas menores e agudas maiores internados há mais de uma semana e não mais do que duas. Para a análise estatística utilizaram-se os testes: Qui quadrado e Kruskal Wallis. As medidas de ansiedade e depressão da escala HAD pré e pós visita não apresentaram diferenças estatisticamente significantes. O grupo experimental G2, que se apresentou, propôs ao paciente que se sentasse, não usou termos técnicos para discutir o caso, explicou quais eram as medidas propostas para continuar o tratamento, pediu sua autorização para realizar novos exames e procedimentos, olhou e ouviu suas colocações, obteve referências de alegria ($p= 0,0009$) e tranqüilidade ($p= 0,0058$) por parte dos pacientes, estatisticamente significantes quando comparados às respostas dos outros

dois grupos. O grupo G2 referiu um número maior de aspectos positivos observados na visita médica, ($p = 0,0186$) se comparados aos grupos G0 e G1. Os testes psicológicos projetivos possibilitaram medir e analisar as capacidades de abstração e elaboração mental de 52% da amostra, apontando que, nos 3 grupos 37,68% dos pacientes, mostrou boa capacidade para elaborar o impacto da internação e da doença, porém 40% apresentou pouca capacidade para conter aspectos negativos de suas personalidades. Conclui-se que, se não se cuidar do que e como se fala, não olhando e ouvindo o paciente, considerando-o como sujeito, a visita médica pode ser iatrogênica.

Summary

How to treat patients is something that can be taught not merely by theory and formal practices, but mainly through the teacher's attitudes and how the physician-patient relationship is established. The main goal of this paper is to assess positive or deleterious effects of a group medical visit to patients' bedsides at Internal Medicine Infirmary, as visits can improve or worsen anxiety and depression already existing in patients and test a model for hospital medical visits which allocates priority to patients as subjects. 95 patients with ages between 16 and 65 were studied, divided into three groups: one with 36 patients called G0, visiting patients with no discussion at the bedside; another with 34 patients called G1, visited in the infirmary with

discussions, and a new, experimental group with 25 patients called G2, with infirmity visits and a new mode of discussion by the bedside, with the patient's active participation in the recovery process. The method used was: the day before the visit, all patients underwent the HAD scale to measure anxiety and depression and the pre-visit part of the Questionnaire to Assess Hospitalization. On the day of the visit, after the call, the HAD scale was once again applied to the three groups, and the after visit part of the Questionnaire, using the chart on Feelings and Sensations that are selected to reflect patients feelings during the visit, the Theme Apperception Test - TAT, diagrams 1 and 15 and the Desiderative Questionnaire. Inclusion criteria included: patients with minor or greater chronic diseases extending for more than a week, not exceeding two weeks. The following tests were used for statistical analysis: chi square and Kruskal Wallis. The HAD scale measurements of anxiety and depression before and after the visits did not present significant statistical differences. The G2 experimental group introduced itself and proposed to the patient that he/she sit, avoided using technical terms to discuss the case, explained the measures being set forth to continue treatment and requested authorization to carry out new tests and procedures, heard the patient's comments, obtained references on happiness ($p= 0,0009$) and calmness ($p= 0,0058$) expressed by patients that were statistically significant when compared to the responses of the other two groups. Group G2 referred to a greater number of positive aspects observed in the medical visits, ($p = 0,0186$) when compared to groups G0 and G1. The projective psychological enabled the measurement and analysis

of the capacity for abstraction and mental elaboration of 52% of the sample, demonstrating that in the 3 groups, 37,68% of the patients had a good ability to elaborate on the impact of hospitalization and the disease, whilst 40% had little capacity when it came to containing or controlling negative aspects in their personalities. The conclusion therefore is that if no caution is taken on how to speak to patients, if physicians do not look at and listen to patients, considering them as subjects, medical visits may be iatrogenic.

Apresentação

Minha primeira atividade no Hospital das Clínicas foi como psicóloga voluntária na Clínica Obstétrica, onde tive o primeiro contato com a visita médica. Tratava-se de uma Clínica delicada, feminina, com dores, doenças, mas também com muita vida, bebês, flores, identidades recém adquiridas de jovens pais e mães constituindo suas famílias, aquisições de novas funções como aleitamento, cuidados com a mama, cuidados com o bebê, enfim, novas perspectivas de vida e futuro. Aprendi a trabalhar junto às pacientes, ganhos, perdas, mudanças e dificuldades. Lembro-me, com muito carinho, da paciente que engravidara e abortara inúmeras vezes e que em sua quinta e desesperada tentativa de levar uma gestação ao termo, durante a visita médica, o especialista analisou suas radiografias, constatou que havia inúmeras aderências e com muita objetividade e em linguagem técnica comunicou à equipe, em alto e bom tom, sob o olhar perplexo da paciente, que aquela gestação também não passaria, no máximo, da vigésima terceira semana. Aquela comunicação foi como se aquele assistente houvesse

desfechado um golpe seco e contundente no meio de nossos estômagos, levando-nos a curvar-nos para suportar a dor. Como algo tão delicado e importante pode ser comunicado de forma tão fria e científica, sem avaliar o impacto, como se fosse apenas mais um caso rotineiro, passando logo a seguir para o outro caso do leito ao lado, desconsiderando a forma e o momento da informação para alguém que não só iria receber uma informação científica e técnica, mas viver a experiência do contato com a morte da relação mãe/filho, a qual é a base dos sentimentos mais profundos da intimidade do ser. Aquele profissional, não percebia, nem tinha a consciência remota de que qualquer pessoa, homem ou mulher, possui intrapsiquicamente, um núcleo de relação mãe/filho que elaborará e o projetará em outras relações durante toda a vida. Confesso que fiquei estarecida com tamanha capacidade de alienação e negação intrapsíquica do contato com esses núcleos tão delicados e sensíveis da humanidade. A equipe saiu, passou para o leito seguinte e fiquei junto à paciente, refazendo-me do impacto e pensando no que fazer... como trabalhar com ela a perda daquela vida tão desejada? Como falar de morte se ali, dentro dela, pulsava uma vida? Como não sentir o peso da impotência e desconsiderar aquela informação científica tão precisa e segura, como se fosse uma sentença matemática onde $2 + 2$ são 4? Um impulso de vida interno, me dizia que deveria tentar e acreditar, principalmente por estar me baseando na realidade e não nas sentenças científicas. Trabalhei com a paciente as possibilidades de perda, as quais não eram novidade para ela e propus que, a partir de sua alta, semeasse, no jardim de sua casa, uma

planta que pudesse ser cuidada, mas que também estaria exposta ao vento, à chuva, ao sol forte, ao frio da noite. Sabíamos juntas que ela poderia desenvolver-se ou sucumbir às "agressões climáticas"... Pensava: cada dia é mais um dia, é mais uma chance que está se dando para essa vida; são os pulmões mais amadurecidos, é mais um passo em direção à vida e de maior distância da morte. Após a proposta, e a alta, em seu primeiro retorno semanal ao ambulatório a paciente, muito animada, me trouxe um sonho... disse que desde que havia perdido a mãe, não sonhava com ela e havia sonhado com a mãe ajudando-a a semear sua planta no jardim de sua casa...Com trinta e seis semanas de gestação, o pequeno Lucas nasceu. Toda minha intenção foi de semear dentro da paciente o estímulo de que ela, como no exemplo da planta, desse de si o seu melhor no cultivo da vida. Ao mesmo tempo, mostrava-lhe as intempéries vindas da realidade, às quais não dependiam só dela e sim das realidades do mundo. Nestas condições, estando ciente que havia dado o que tinha de melhor para que a planta crescesse, isto, por si só, aliviaria sua tristeza caso as intempéries da realidade fossem superiores ao seu esforço. Além disso, durante a relação terapeuta-paciente, houve uma reelaboração de seu núcleo mãe/filho, que estava, em sua fantasia cortado e ameaçado de ruptura. Através da relação terapêutica e de seus sonhos com sua mãe, pode revitalizar intrapsiquicamente o vínculo da relação mãe/filho, o qual contribuiu com forças psíquicas poderosas para essa integração, não se aliando assim às intempéries da realidade. Essa experiência me marcou profundamente. Logo após houve concurso público para psicóloga na Divisão de Psicologia do

Instituto Central do Hospital das Clínicas da FMUSP e sendo aprovada, fui designada para trabalhar no Pronto Socorro. Inicialmente, pairava no ar uma nuvem de medo e expectativa...Pronto Socorro... o que seria aquilo? Como poderia trabalhar com psicologia num espaço onde se buscava intensamente salvar vidas em curto espaço de tempo? Onde todos os procedimentos eram muito rápidos, objetivos, imediatos, e portanto contrários à minha prática que envolvia paciência, subjetividade, continência, tempo...Mais uma vez, os fatos superaram as expectativas...A enfermaria do Pronto Socorro de Cirurgia era um lugar fascinante. Lá podia-se ter um retrato do Brasil... Fosse pelas características étnicas e culturais dos pacientes, fosse pelas noções da violência e carências que permeavam nossa Metrópole, levando jovens cheios de vigor a serem operados para tratar ferimentos por armas de fogo, ou mesmo pela violência do trânsito que denunciava a alta periculosidade de nossas estradas. Além disso, jovens residentes, muitas vezes bem mais jovens do que seus pacientes, se dedicavam e empenhavam junto àquelas equipes para salvar vidas. Aos poucos, foi-se constituindo o espaço possível para trabalhar os traumas psíquicos, decorrentes dos traumas físicos, dos pacientes internados na Enfermaria do Pronto Socorro do Trauma. Uma das possibilidades era a visita médica. Professores e seus assistentes, semanalmente passavam com seus grupos de internos e residentes pelos leitos do PSC (Pronto Socorro Cirúrgico). As visitas eram tradicionais, com longas discussões à beira do leito e se por um lado eram brilhantes, no que diz respeito ao conhecimento científico e clínico adquirido por toda a equipe, por outro lado

podia observar que muitos pacientes ficavam com a palavra suspensa, com dúvidas, com o desejo de informar outras coisas, de saber algo mais sobre sua saúde, sobre sua recuperação, sobre seus corpos... aqueles corpos que portavam suas almas. Assim, após a visita, voltava aos leitos dos pacientes e lhes perguntava sobre o que gostariam de ter falado, o que queriam saber, o que não haviam entendido e funcionava um pouco como tradutora e intérprete do paciente e da equipe. Esse contato me aproximava dos pacientes, o vínculo ia se constituindo e com ele, a demanda psicológica surgia com suas histórias de vida, seus temores, sonhos e desejos. Aos poucos a partir das avaliações psicodinâmicas, ia informando aos responsáveis pelos leitos sobre o estado psicológico dos pacientes, ou mesmo durante a visita médica, indagações e intervenções eram feitas para deixar os quadros menos obscuros e preocupantes para os pacientes. Assim, as equipes foram se habituando com minhas informações e esclarecimentos, passando então a solicitar as avaliações e atendimentos. Muitas vezes, o trabalho era árduo, cansativo e por que não dizer traumático, triste, desanimador, solitário. Porém, cada intervenção e observação feitas junto aos pacientes e às equipes médicas confirmava minhas suspeitas... os pacientes precisavam ser olhados, ouvidos, considerados, tratados como sujeitos, por maior que fosse o interesse científico pelo corpo físico, havia um outra área, a área psíquica que muitas vezes ficava esquecida, excluída, desconsiderada. Após três anos de trabalho apaixonante no Pronto Socorro, surgiu o convite para trabalhar na Clínica Médica Geral.

Mais uma vez um novo desafio se delineava pois de emergências e internações rápidas, surgia uma Clínica com características totalmente diferentes. Ali as internações e os tratamentos eram mais longos. Os pacientes apresentavam doenças auto-imunes, doenças crônicas, às quais levavam a discussões clínicas ricas, produtivas e exaustivas, que muitas vezes deixavam as equipes apreensivas no sentido de optar por condutas expectantes ou procedimentos invasivos. Havia muitos profissionais sensíveis e humanos, outros nem tanto. Os primeiros expressavam preocupação com a formação médica no sentido amplo do termo, não só a acadêmica, mas e principalmente a humana; os segundos, rígidos e céticos mantinham-se impermeáveis aos argumentos dos primeiros. Surgiu então uma publicação no New England Journal of Medicine, (1997), sobre os efeitos da visita médica à beira do leito, a qual instigou à elaboração do projeto Efeitos da Visita Médica à beira do leito nos pacientes da Enfermaria de Clínica Médica Geral, por constatar que médicos e estudantes de medicina deparam-se com pacientes não ouvidos, não olhados, excessivamente examinados. Discussões clínicas à beira do leito com pacientes rotulados pelas suas doenças, às quais, muitas vezes, desconhecem e passam a imaginá-las a partir de seu universo de conhecimentos, até para que possa fazer-lhes algum sentido, mesmo que seja distorcido e persecutório.

Assim, por amar a vida e respeitá-la acima de tudo, este trabalho visa estudar os modelos atuais de visita médica e identificar qual modelo melhor beneficiaria nos sentidos físico e psíquico os nossos queridos e tão

sofridos pacientes brasileiros, contribuindo concomitantemente para a assistência e ensino da Medicina no Hospital Universitário .

1 Introdução

I- Introdução:

1.1 A Formação Médica

A prática médica, entendida como prática clínica, pouco mudou em essência desde o início da civilização: ainda (e necessariamente) envolve de um lado o médico que tenta entender, tratar e curar; e do outro lado, o paciente, que sofre de algo que não conhece e expressa o desejo de ser curado. O ponto central da Medicina é esta relação que se estabelece entre o médico e o paciente, passível de todas as complexidades e ambigüidades presentes nas relações humanas. Há na literatura médica a percepção de que esta relação necessita ser aprimorada, já que teria reflexos diretos na evolução clínica de cada paciente. MAIMÔNIDES, apud Nahaissi (1990) médico e filósofo da antigüidade já orientava: “um médico deve fazer uma consulta de 1 hora; onde durante 10 minutos, deve auscultar os órgãos do paciente e durante os 50 minutos restantes, sondar-lhe a alma” Não se discutirão aqui, os méritos dos padrões morais do autor, justificados pelas culturas e valores da época, mas cabe destacar, apesar da rigidez, repressão e rigor, sua sensibilidade frente à importância dos cuidados a quem se trata.

Tem-se observado que, cada vez mais, os tratamentos propostos na pós-modernidade, se apresentam hiperespecializados, impessoais e até

mesmo mercantilistas, levando o médico a ver o paciente como um objeto de estudo e não como propõe a Psicologia, como um Sujeito. Essa, apesar de ser uma ciência relativamente nova, oferece subsídios para estudar e harmonizar áreas da medicina extremamente complexas, árduas e desafiadoras como a psicologia do estudante, da relação médico-paciente, da família entre estes, do contexto institucional, enfim de tudo o que permeia esse universo de relações e afetos.

Já preconizava PERESTRELLO(1996) que *"o ensino só pode produzir um resultado satisfatório se puder ser incorporado no ser ("self") do sujeito, trazendo-lhe um saber que vai ampliar os limites de sua identidade"*. Nasce-se com capacidades imanentes e tem-se a possibilidade de transcender à medida que se empenha para que isso ocorra investindo-se no desenvolvimento intelecto-espiritual. Assim sendo, como diz ALLONSO FERNANDES (apud MELLO FILHO, 1992.) *" um curso de medicina que não provoca mudanças substanciais na personalidade do aluno, precisa ser reavaliado, pois não está cumprindo seus objetivos"*.

Durante a formação acadêmica, o aluno irá deparar-se com a doença, com o doente, com o seu ser médico, com a morte, com sua própria história e com outras inúmeras situações geradoras de ansiedade como a própria visita médica que contribui sobremaneira para ampliar seus conhecimentos clínicos e didáticos, mas que tem como prioridade, a assistência do paciente. BLAYA (1972), afirma que:

a escolha da medicina como profissão, envolve além da vocação e do desejo de curar, questões internas relacionadas com o desejo de saber mais e cuidar melhor daquilo que sentimos como doente em nós mesmos

TURREL(1992) enfatiza a existência de outras motivações inconscientes como:

uma identificação maior ou menor com os pais, que o leva a preservar e continuar seus valores; desejo de eliminar impulsos agressivos e de sublimá-los através da reconstrução e da reabilitação o que vai permitindo uma elaboração da agressividade de desejos infantis inconscientes e finalmente , o desejo onipotente de curar vai reforçando a negação da morte e a idéia de que ela poderia ser detida.

Aquilo que o professor for para o aluno, será um modelo que este, se identificando, guardará dentro de si. MELLO FILHO(1992) destaca:

docente bom será o que, além da postura, da correção, da elegância no falar, do conteúdo das aulas, favorecer o contato com os alunos, com a motivação humana da profissão, o encarar prático da realidade social responsável tantas vezes pela doença ali exposta..." "docente mau" é o que não se dá emocionalmente ao enfermo e ao grupo de estudantes, procurando manter-se dominador sobre a equipe de saúde, defendendo-se com onisciência que pretende ter.

Se o professor se apresentar como um semideus, perfeito, porém incapaz de se relacionar com o aluno, de escutá-lo, de inspirar-lhe confiança, respeito, segurança e despertar temor e insegurança, não reconhecendo suas próprias falhas, limites e dificuldades, certamente será este o modelo aprendido e apreendido. No futuro, salvo raras exceções, haverá a mesma modalidade de transmissão de "saber" para os alunos que virão, o que também refletirá diretamente, na forma como estes futuros médicos tratarão seus pacientes; aqueles que não sabem, que precisam de ajuda, que precisam ser cuidados e ensinados. Assim, estudantes

identificados com modelos-médicos mais autoritários e rígidos, os quais colocam o poder a serviço da insegurança, da fraqueza, do desconhecimento e do medo frente a situações desconhecidas, estarão como seus antecessores, evidenciando sua inexperiência, seu desconhecimento e principalmente suas dificuldades nas relações humanas que serão estendidas da visita hospitalar em grupo à beira do leito, às suas clínicas particulares e famílias.

O primeiro "paciente" a ser tratado e cuidado por um estudante de medicina, é o corpo inerte dissecado no laboratório de anatomia que, parece envolver uma iniciação mística num ritual orientado, silencioso, preciso e frio que o insere numa dimensão simbólica de ser aquele capaz de curar como se fosse seu processo de iniciação à prática do curandeirismo. Mas, aquele não é um paciente, é um corpo, um cadáver e pode passar a ser seu modelo de paciente ideal pois o odor de formol já favorece, a necessidade de afastamento. Além disso, aquele corpo não pulsa, não se expressa, não olha, não incomoda, não se queixa, não pergunta, não chora, não reivindica, não interfere, e nem se conhece sua história clínica ou de vida.

As primeiras experiências, sejam elas acadêmicas ou amorosas são marcantes e significativas; assim sendo, o primeiro corpo inerte do Laboratório de Anatomia que serviu, para constituir um saber, acabará, simbolicamente, sendo internalizado pela pessoa que adquiriu aquele saber, o médico. Esse, aplicará o que aprendeu nos mortos aos vivos os quais não só tem vida insuflada através da constatação da pulsação, do movimento respiratório, da reação das pupilas, dos odores, da transpiração,

da temperatura mas e principalmente através da relação estabelecida com aquele ser que está ali presente, muito maior que seu corpo físico. O poeta WILLIAM BLAKE (1757-1993) diz : “ *somos levados a crer na mentira quando vemos com e não através dos olhos*”; esta citação aplica-se também à visita médica, a qual exige que o médico transcenda o "ver com os olhos", que significa ver um corpo, um organismo já estudado e desvendado porém em desequilíbrio, a ser tratado; mas ver "através dos olhos", que significa avaliar além daquele organismo já conhecido em sua fisiologia, funcionamento e anatomia, ver um sujeito, um ser único que ali está com seus afetos sua história de vida, suas experiências, suas dores, sua dinâmica psíquica, seu Universo próprio.

O médico CHOPRA(2000) acrescenta:

nossos sentidos nos levam a uma interpretação prematura e nos prendem a uma realidade fixa que só existe dentro de regras culturais, científicas e religiosas; é a hipnose da realidade. A primeira coisa que vi quando entrei na faculdade foi um cadáver. Eu tinha ido estudar medicina para curar. Mas na faculdade, os métodos de ensino eram tais que eu tinha que entender a vida através da morte. Para um dos meus professores, lembro bem, a vida era uma doença sexualmente transmissível.

Considerando o que é a doença, o discurso e os sintomas para cada um, em recente tese de doutorado WAHBA (2001), tomou a declaração de um professor titular, que referiu ter, a vida inteira, entendido o termo "gastura" utilizado em algumas regiões do Norte e Nordeste do Brasil, como hiperacidez gástrica, não tendo investigado com inúmeros pacientes que lhe referiram esse sintoma, do que se tratava para eles, partindo do pressuposto que já sabia. Porém, certo dia, um colega lhe disse que, em algumas regiões do Norte e Nordeste, em alguns de nossos muitos "BRASIS", estar com gastura, era estar angustiado e ele, com humildade admirável declarou: " durante muitos anos, tratei angústia com antiácidos".

O próprio aluno tem uma história e toda a sua subjetividade individual está incluída nela; portanto, esse contato com a vida através da morte, suscitará sentimentos que pedem um lugar para serem expressos, para permitir a elaboração desses afetos sem críticas, julgamentos ou preconceitos. Sabe-se que se estes permanecerem ignorados, serão reprimidos e poderão funcionar como barreiras entre o futuro médico, o médico e seu paciente. Surge então a necessidade de criar espaços onde essa gama de sentimentos possa ser expressa e o aluno ou médico, ao falar sobre eles desfaça essas camadas de gelo que **tentam resfriar sentimentos que incomodam.**

A psicanálise, com seus mais variados autores e das mais variadas maneiras, fala da estruturação do Ser a partir da linguagem; humanos são seres falantes e é a partir da fala que seus inconscientes são constituídos. Quando se depararam com eles próprios, já tinham um nome, muitas vezes

realizador de homenagens a seres que nem conheceram, mas que constituem as suas raízes e influenciam suas diretrizes psíquicas, a partir do que lhes foi contado sobre eles. Tem-se uma língua paterna e outra materna, fica-se inserido no buraco que se funda entre as duas; tem-se uma escala de valores transmitida através daqueles que desempenharam os papéis parentais, um recorte cultural, um corpo psíquico e um corpo físico carregados de genes geniais e outros lamentáveis. O grande problema é tentar reprimir e negar esse lado mais empobrecido e menos desenvolvido de todos, utilizando-se mecanismos de negação ou onipotência, numa tentativa infantil de driblar aquilo que está explicitado na lacuna da relação estabelecida entre este que sabe algumas coisas e o outro que precisa não só desse saber, mas e principalmente da forma como ele é administrado e vem buscar auxílio e cuidados. Vale lembrar, como aponta PERESTRELLO, (1996) que, ao tentar censurar os sentimentos, muitas vezes por preconceito, rigidez ou desconhecimento, estes voltam como se fossem fantasmas circundando as mentes daqueles que optaram por curar. Estes, mesmo sentindo-se adoecidos, empobrecidos e relutantes ao contato de suas próprias dores e dificuldades, escondem-se atrás de anamneses rígidas e exames clínicos metódicos e estereotipados, geralmente muito mais assustados e inseguros que seus próprios pacientes.

TURREL (1992) destaca as grandes contradições com que se depara o estudante de medicina:

Geralmente emergente das classes média e alta, onde os padrões éticos são muito

valorizados. Foram-lhe sempre transmitidas inibições e cautelas referentes a sexo e se lhe exige que supere essas proibições para estudar a estrutura anatômica e as funções fisiológicas: tem que examinar excrementos que sempre foram vistos com repugnância, dissecar cadáveres, ele que foi bem educado em relação aos mortos; inspecionar todos os orifícios do corpo humano e examinar o mais íntimo de homens e mulheres, dominando sua reação pessoal; assistir a morte de um paciente e continuar o seu trabalho, sem que sua emoção o perturbe

Um dos maiores temores do estudante de medicina é o de “não aproveitar a vida”, apesar de dispor-se a estudar para salvar muitas. Eles não se enganam; há perdas, no que diz respeito à vida cultural e de lazer, perdas da jovialidade inconseqüente, própria dos jovens nessa faixa etária, que transbordam energia. Há perdas, principalmente pelo aumento das exigências com os estudos específicos levando o aluno, a partir do encontro com a realidade, a desidealizar o curso médico. São meninos e meninas, ainda buscando a própria identidade, ainda adolescendo e muitas vezes sentindo-se incompreendidos, diminuídos e até inferiorizados diante do saber de outros colegas e professores.

De acordo com MELLO FILHO (1992) certa vez, um aluno levou um poema de Fernando Pessoa, chamado “Poema em Linha Reta” , que de maneira irônica , permitiu que expusesse suas críticas, através de seus versos:

*Nunca conheci quem tivesse levado
porrada. Todos os meus conhecidos tem
sido campeões em tudo... Toda gente que eu
conheço e que fala comigo... Nunca teve um
ato ridículo, nunca sofreu um enxovalho.
Nunca foi senão príncipe, todos eles
príncipes na vida. Então, sou só eu vil e
errôneo nesta terra?*

No terceiro ano e quarto ano do curso, como aponta ZIMERMANN (1992), os estudantes parecem um pouco mais conformados com as perdas e com objetivos, mais voltados para as questões da identidade médica, vão surgindo questionamentos como: quero ser médico? Que tipo de médico serei? Ao mesmo tempo que querem ser médicos, sentem-se muito mais identificados com os pacientes por terem de participar de práticas repudiadas, seja em contatos de ambulatório ou de enfermaria. Como aponta ROCCO (1992) o terceiranista se questiona sobre o que deve exigir dele, que exigirá dele o instrutor e o doente, demonstrando ansiedade e angústia pelas etapas seguintes de sua formação. Porém, MILLAN et al, (1999) destacam que o contato com o paciente ainda não é tão angustiante para o estudante como no quinto e sexto anos, uma vez que

não há responsabilidade direta para com o doente. A angústia é de outra ordem, é o período da formação das "panelas" (grupos que se formam para os diversos estágios do quinto e sexto anos) suscitando o medo de ficarem excluídos, no "lixão" (grupos de alunos que são rejeitados pela maioria dos colegas) . Neste momento, estão muito mais em jogo as características de personalidade de cada um, que serão aceitas ou recusadas pelo grupo, do que as performances acadêmicas relacionadas a rendimentos. Concomitante a tudo isso, surgem crises do "balanço de perdas e ganhos" às quais os autor denomina "crises de desistência" . Essas crises são preponderantemente de ambivalência onde o aluno parece pensar que se parar agora, perderá todos esses anos de sua vida. O temor em decepcionar os pais, que por sua vez, em alguns casos, chegam a ameaçar com represálias uma eventual desistência, aumenta o conflito. ARRUDA (1999) aponta: *"muitas vezes o aluno não percebe que a experiência de vida adquirida durante os anos que freqüentou o curso, poderá ser-lhe útil em qualquer outra atividade que pretenda realizar no futuro "*.

O internato é o momento final da formação médica na graduação onde após longo período de estudo eminentemente teórico o aluno finalmente terá o paciente para cuidar. *"Trata-se de um momento de auto-avaliação", em que o aluno irá testar e verificar o que efetivamente aprendeu."* . Estudou o funcionamento de órgãos e sistemas e agora tem diante de si um ser humano com quem precisa relacionar-se para poder tratá-lo.

1.2 A relação médico-paciente

PERESTRELLO (1996) destaca que poucos sabem que a palavra terapêutica (*therapeutike*) em sua raiz grega não tem apenas o significado de curar; terapeuta é aquele que cuida de algo, alguém obsequioso, que serve, *servidor*, que está a serviço da divindade, que é dado ao culto religioso. Assim o médico para ser terapêutico, precisará ter apreço pelo paciente, precisando algo mais do que fazer-lhe perguntas, examiná-lo e receitar-lhe medicamentos. *"É preciso respeitar a sua individualidade, sua pessoa, começando por ouvir o que a pessoa tem a dizer"*. O paciente tem que ser ouvido, mesmo que as informações pareçam dispersas e supérfluas. Ao ouvi-lo, chegar-se-á ao diagnóstico do doente e não só da doença. Grande parte dos médicos, até por terem tido sua formação voltada para o funcionamento de órgãos, aparelhos e sistemas, acredita que a anamnese não dirigida consumirá um tempo que não pode ser perdido, por ter que atender e examinar muitos outros pacientes; porém, ao se sentir atendido como doente e não como doença, o paciente se sentirá acolhido, menos frustrado, as orientações e a medicação serão melhor aproveitadas e, o principal: haverá o estabelecimento de um relacionamento pessoal mais satisfatório e portanto mais eficaz do ponto de vista terapêutico. Tudo isso levando a um número menor de consultas, recaídas e recidivas.

Este autor, em suas visitas médicas fazia o doente revelar-se do quadro geral apresentado pelo relator de um caso clínico, quadro este que poderia ser entendido como figura e fundo. O médico, absorto na imagem da

doença, torna-a figura de um fundo que é o doente. A figura, recortada do fundo que é a doença, é uma abstração teórica e, se confundida com a realidade prática, deforma o ato terapêutico. Ao valorizar a pessoa e interessar-se pela sua vida, levava o grupo a destacar o paciente como figura de um fundo que passava a ser agora a doença. Esta manobra era possível pela postura deste professor que acentuava para seus alunos a importância das relações interpessoais. Tal revelação da presença do doente mudava o destino dos procedimentos terapêuticos, nem tanto por seus conteúdos, mas pela forma que passavam a ser pensados.

HAYNAL(1995), refere-se a Balint como sendo médico e psicanalista, autor de vasta bibliografia psicanalítica, o qual, desde muito pequeno, foi mudando sua maneira de pensar, à medida que via seu pai, um clínico geral, desapontado com os limites da medicina, de que algo mais, além da administração medicamentosa e da aplicação do saber médico, poderia ser feito em benefício dos pacientes.

Aponta que Balint, a partir de seu academicismo médico, inicialmente criticou de maneira muito ácida os fundamentos da psicanálise. Porém, ao estudar o desenvolvimento da função sexual individual bem como o desenvolvimento das relações humanas, seu foco de interesse ficou mais centrado. Ressalta as qualidades de Balint: dizendo: *"...sua bondade, sua natureza humana, sua compreensão, sua compaixão e sua aversão pelas relações autoritárias ou pela dependência, só se igualavam ao seu espírito independente"*.

Ao se pensar nisso, em todos os avanços científicos e tecnológicos dos últimos tempos e na prática clínica que tem o médico como seu principal remédio como aponta BALINT(1975) mas que tem que ser conhecido em sua posologia, reações colaterais e toxicidade, pode-se dizer que **o médico vale principalmente pelo que ele é antes de valer pelo que ele sabe, diz ou faz.** As melhores estatísticas indicam que numa média de 70%, os pacientes orgânicos apresentam fatores psíquicos que desempenham um papel importante, às vezes determinante no contexto de sua doença.

FREUD(1975), quando escreve sobre a natureza do psíquico, refere que :

Não se pode desprezar por muito tempo o fato de que os fenômenos psíquicos são em alto grau dependentes das influências somáticas e que, por seu lado, possuem os mais poderosos efeitos sobre os processos somáticos. Se alguma vez o pensamento humano se encontrou num impasse, foi aqui. Para descobrir uma saída, os filósofos, pelo menos foram obrigados a presumir que havia processos orgânicos paralelos aos processos psíquicos conscientes, a eles relacionados de uma maneira difícil de explicar, que atuavam como intermediários

*nas relações recíprocas entre "corpo e mente" e que serviam para reinserir o psíquico na textura da vida. Mas essa solução permaneceu insatisfatória. A psicanálise escapou a dificuldades como essa, negando energicamente a igualação entre o que é psíquico e o que é consciente. Ser consciente é apenas uma qualidade inconstante e que está com muito mais frequência **ausente** do que presente. O psíquico, seja qual for sua natureza, é em si mesmo inconsciente e provavelmente semelhante a todos os outros processos naturais de que obtivemos conhecimento*

Até muito pouco tempo atrás, a relação médico-paciente era unidirecional, com o paciente submisso e esvaziado, investindo o outro com forte aura de idealização e magia. A própria terminologia prova isso; por exemplo, a palavra *Klinos* que em grego significa *na horizontal*, de onde vem o termo inclinado já que os pacientes deveriam ficar deitados e Ambulatório para aqueles que podiam *ambular, caminhar*. Da mesma forma o termo *Medicamento* que origina *médico* e é derivado de *medicamen*, termo étimo latino significa *bruxaria* e Paciente que vem de *patiens* que em latim significa passividade.

Sabe-se que tratar um paciente submisso e esvaziado é uma maneira muito pobre de lidar com um Universo muito maior, além de exigir um posicionamento médico mitificado e muito perigoso para ele próprio. Assim, como aponta PERESTELLO (1996), o médico, além de seus conhecimentos técnicos, tem que por em jogo tudo aquilo de que tem conhecimento como ser humano que também é, e encarar o paciente como seu semelhante e não como simples máquina que precisa de reparo; pois quadro clínico não é o retrato de um homem deitado num leito, mas o quadro impressionista do paciente rodeado pelo lar, pelo trabalho, pelos parentes pelas mágoas, alegrias, temores, esperanças.

Assim, como também aponta MUNIZ et al apud MELLO FILHO (1992) quando um médico ou estudante de medicina vai atender um paciente é muito importante que procure compreender o homem como unidade biopsicossocial, perceber a importância da biografia e da personalidade do paciente em seu modo de adoecer, ouvir e respeitar o paciente como ser humano e dentro de seu marco sócio cultural. Além disso, saber sobre a sua existência, seu genetograma familiar, dando atenção especial por onde ele começa e palavras utilizadas, como se fossem palavras-chave escolhidas para inserir-se num determinado contexto. Condições de nascimento, local, procedência, primeiros anos de vida, relações parentais, escolaridade e aproveitamento escolar, jogos, brinquedos, preferências, aspirações e realizações, desenvolvimento psicosssexual, adolescência vão desenhando o perfil subjetivo daquele que está ali pedindo para ser olhado e cuidado. Saber também sobre a vida afetiva, escolhas, casamento, cônjuge,

filhos, relações familiares, profissão, ocupação, relacionamento com o ambiente profissional, vai aproximando a imagem e tornando a figura mais nítida. Religião, hábitos e crenças, vida social, traumas psíquicos e físicos, perdas relevantes, circunstâncias do adoecimento atual, pesquisa de adoecimentos anteriores e suas relações com perdas ou mudanças, muitas vezes ajudam a elucidar quadros obscuros. Tudo isso acrescido à maneira como encara a enfermidade atual, fantasias a respeito e compreensão da mesma dentro do seu universo e de seus conhecimentos. Esta investigação vai se dando, não necessariamente nesta ordem, mas numa "conversa" próxima, amigável e interessada de seu médico por seu paciente. As formas de reação às lembranças, relação com enfermidades passadas, modificações, adaptações e desadaptações de vida e como ele se implica no seu processo de adoecimento e da própria cura, vão indicando suas maneiras de funcionar em relação ao surgimento de situações imprevistas ou mesmos previstas. Sabe-se que dimensionar sua auto-estima, sua determinação e seu auto-respeito, além das formas de relacionamento com seus médicos no passado darão um prognóstico da adesão ou não ao tratamento proposto. Tudo isso além da propedêutica. Esta é uma maneira de aproximar-se não só do corpo, mas do sujeito. Na visita médica, aquele que cuida, o médico responsável pelo leito X do paciente Y que conhece um pouco de sua história, está autorizado a apresentá-lo e a auto denominar-se seu médico. Caso contrário, apesar de estar muito familiarizado com radiografias, exames, ressonâncias, pouco ressoa no interior do paciente.

ZIMERMAN(1992) aponta:

O fenômeno pelo qual o paciente, especialmente em estado regressivo, tende a repetir com seu médico, os típicos modelos de como ele se relacionava com as importantes figuras do seu passado é conhecido como transferência, a qual sob graus e níveis diferentes, está sempre presente na relação médico-paciente. Essa reação transferencial tanto pode ser positiva como negativa. Dessa forma pode-se perceber que um mesmo médico pode estar sendo visto por um determinado paciente como uma boa mãe que o cuida e dá bons alimentos (simbolizados nos medicamentos), enquanto outro paciente pode vivenciar estes mesmos medicamentos como "drogas que envenenam", provindas de uma mãe má. Da mesma forma, certas manipulações médicas podem estar significando castigo para uns, sedução para outros e assim por diante. É o fenômeno transferencial que explica o fato de que, no cotidiano clínico, o médico se

defronta com pacientes que vão desde um polo de extrema dependência e que o solicitam por tudo e por nada, até aos de outro extremo, e que apresentam uma hostilidade, com um negativismo em colaborar, e, reconhecer melhoras

Alguns cuidados podem ser tomados ao se tratar o doente como a cultura, e a sociedade em que ele está inserido. No Brasil, com seus conhecidos regionalismos, este pode ser um ponto positivo ou negativo, que influencia um bom ou mau relacionamento entre as partes envolvidas. Como exemplo, pode-se citar um paciente oriundo do Nordeste, trabalhador rural que nas últimas semanas vinha se sentido muito cansado, taquicárdico e portanto incapacitado para trabalhar. Retraído, responde com monossílabos e não dirige o olhar ao seu interlocutor. Ao exame físico, encontra-se anemia acentuada. Assim, por sorteio, decide-se que será o quintanista Beto que irá acompanhá-lo. Trata-se de um carioca da Barra da Tijuca, que tem excelentes notas de aproveitamento, mas não é muito sensível no que diz respeito a relacionamentos. Após uma semana, sugere-se a troca e passa a atendê-lo Adão; aluno não tão brilhante, mas oriundo de uma cidade vizinha a do paciente e que se mostrava interessado nele. O “rapport” foi instantâneo, iniciando-se pelo sotaque. Em 3 dias, o paciente já falava espontaneamente, ria, colaborava com a equipe e em 10 dias, obteve alta após transfusão de sangue. Ao perguntar-se a Adão o que havia feito, disse que recordou sua cidade, as pescarias, a lavoura e falaram do bom

tratamento que o hospital dava; tudo isso acompanhado ao tratamento e à evolução diária.

Como aponta, PERESTRELLO (1996), deve-se sempre lembrar que o paciente fora do seu ambiente cultural e social, desenraizado, desconhecido, estranhando, torna-se com frequência, melancólico, deprimido, desconfiado, sentindo-se incompreendido e algumas vezes hostil à abordagem médica, principalmente se esta é acompanhada de instrumental agressivo e desdenhoso.

Para muitos, a internação é ameaçadora, pois aprenderam que só se hospitalizam casos graves ou fatais, é um período de crise. Além disso, mobilizados por esses temores, muitos perdem um tempo precioso sem procurar assistência efetiva, mantidos por terapêuticas duvidosas receitadas por vizinhos, curiosos, empregados de farmácias, propagandas leigas realizadas por figuras de sucesso, líderes espirituais, os quais, uma vez identificados com a onipotência divina, perdem a dimensão do que pode ser real e espiritual e passam a agir como *deuses onipotentes* que curam tudo pela palavra de Deus.

Ao se pensar na relação médico-paciente, faz-se necessário incluir toda a larga gama dos sentimentos despertados nos inter-relacionamentos que estão contidos em qualquer ato médico, ficando compactados na expressão médico-paciente, a qual envolve, geralmente, muitas pessoas. Sabe-se que o adoecer de um membro da família, além de abalar as bases de todos, leva principalmente o paciente a regredir, o qual reedita ansiedades e fantasias próprias às da época em que era criança, havendo

uma exacerbação destes sentimentos quando há necessidade de internação hospitalar. Nesses casos, o paciente sente-se coagido e ameaçado na preservação de sua identidade, por enfrentar um ambiente físico estranho, com mudanças de hábitos alimentares, roupas que não lhe pertencem, rostos não familiares, mudanças nos hábitos de higiene, investigações físicas e bioquímicas muitas vezes demoradas e pouco esclarecedoras, rotinas hospitalares que obrigam o paciente a assumir uma posição passiva e portanto regressiva, não podendo fazer quase nada com autonomia, tendo que ficar submetido às ordens e determinações que lhe são dadas. Além disso, como bem aponta ZIMERMAN,(1992)

O surgimento da doença orgânica fica acrescido de profundos significados simbólicos de ordem psíquica que estão investidos na formação da imagem corporal e isso pode provocar que, além do sofrimento físico, o paciente possa estar sendo invadido por sentimentos de desamparo, medo, confusão, ansiedade, culpa, vergonha e até humilhação por ter "fraquejado" em ter adoecido ou pela dor humana original em ter que reconhecer que é um mortal como qualquer outro. Por outro lado, é comum que uma doença somática tenha como desencadeante certas perdas

importantes de pessoas, objetos, afetos ou valores, às quais o indivíduo reage com o sentimento de abandono e desesperança .

Nesse interjogo de fatos, afetos e espaços, se encontram as mentes do médico e de seu paciente. De acordo com KLEIN (1982), existe o psiquismo primitivo e o psiquismo adulto trabalhando este último em níveis de realidade com noções de limite e de relatividade. O psiquismo primitivo porém, funciona em níveis de onipotência do bem e do mal, sem noções de realidade e com conotações de absoluto. Se o profissional de saúde não dialogar com o paciente, estimulando uma aliança do psiquismo adulto do profissional com o psiquismo adulto do paciente, este em virtude da própria situação da doença que estimula aqueles estados regressivos, poderá ficar submetido ao seu psiquismo primitivo e à mercê de suas angústias depressivas e paranóides, às quais provocam intensa dor mental. Essa, por sua vez, estimula descargas hormonais que irão, no substrato bioquímico do paciente, favorecer prejuízos organo-psíquicos. Nestas condições, deixar o paciente isolado, excluído, sem contato com o profissional de saúde e a equipe, simplesmente medicado, nessa situação de abandono, desconsideração e tratamento parcial e incompleto, favorecerá um mau vínculo e uma atitude pouco colaborativa e indiferente por parte do paciente. Se, porém as partes adultas, do médico e do paciente, se aliarem através de diálogos e explicações compreensíveis, numa linguagem que o paciente entenda, no sentido de compreender o que se passa dentro dele

realisticamente, todos os recursos de vida poderão estar disponíveis para combater e vencer a doença, quando possível e desejado pelo paciente .

1.3 A Visita Médica

A visita médica didática é uma prática rotineira nos hospitais escola, a qual contribui para a formação do médico e do ainda estudante de medicina. Um grupo de estudantes e residentes, sempre acompanhado de um professor, participa das discussões clínicas à beira do leito e dos exames físicos necessários não só para elucidar o caso, mas também para que eles possam aprender a identificar determinadas doenças através da palpação, percussão, e ausculta. Como aponta DOBS (1997), se por um lado estas atividades são muito importantes para o aprendizado da medicina, por outro incomodam o paciente e muitas vezes os estudantes e residentes.

Em contato com professores e estudantes de medicina, inúmeras vezes, testemunhou-se quando estes referiram desconforto e constrangimento em ter que examinar um paciente na frente de pelo menos outros seis alunos, pois sentiam que o mesmo ficava muito exposto, vulnerável e submetido às leis daquele atendimento, que muitas vezes lhes pareciam constrangedoras, humilhantes, expositivas e injustas.

Estas constatações são apontadas por diversos autores, não só em relação ao desconforto que sentem os alunos no terceiro e quarto ano, mas, e principalmente, os pacientes quando são examinados e tem seus casos

discutidos à beira do leito, passando a interpretar o que ouvem dentro de seu universo cultural e verbal, de sua lógica. Como exemplo, cita-se a visita à beira do leito do "Sr. José":

Um interno pega uma radiografia à beira do leito e diz:... "o Sr. José tem algumas lesões degenerativas na coluna cervical "; vê-se o paciente empalidecer e ficar com o olhar distante. Dias antes, fora internado por apresentar dores muito fortes no braço. Até então, era sereno, solícito e reservado. Quando a equipe sai da enfermaria, irrompe um choro compulsivo e ininterrupto. Ao conversar-se com ele, diz:... "estou condenado, que será de minha família..." a palavra degenerativa, foi imediatamente interpretada como câncer. Neste caso, ao invés de curar, a visita ao leito provocou um trauma. Lacan (apud MILLER,1992) diz:

*o pensamento consiste em algumas palavras
que introduzem representações no corpo.
Isso tudo parece um labirinto". A questão
permanece: como uma palavra se introduz
no corpo?*

Uma resposta possível:

*antes de tudo, existe uma maneira essencial
que é a de se introduzir pelo ouvido. É a
introdução de um certo número de
significações. Isso seria o sentido receptor. A
fala também está presente no corpo à*

medida que ele é emissor. A hipótese de Chomsky é que a linguagem se desenvolve como um órgão na espécie humana. Lacan reitera que o ser humano nasce num universo de linguagem e que certamente existem palavras que se introduzem nos corpos e que neles permanecem, enquanto que outras se dissipam; a própria experiência analítica demonstra: houve falas determinantes cujos efeitos marcaram profundamente o funcionamento do corpo (MILLER, 1995).

Por que seria diferente durante a visita médica à beira do leito, quando esta fala vem do lugar daquele que sabe, que conhece, que entende, que pode curar e ferir, traumatizar e porque não matar a estabilidade que ali se encontrava poucos segundos antes de ouvir, o que assustou, doeu, perseguiu, culpou?

Esta questão do que é falado remete à lembrança, de um caminhoneiro de 27 anos, que foi internado no Pronto Socorro, com queixa de muita fraqueza, dores de cabeça e emagrecimento. Após inúmeros exames, é transferido para a Hematologia com diagnóstico de leucemia mielóide, passando a fazer parte do grupo de candidatos ao transplante de medula óssea. O mesmo tem 5 irmãos, sendo 3 homens e 2 mulheres.

Todos os homens de sua família testados, apresentam-se incompatíveis como doadores e das duas irmãs, é a medula da mais velha e da que mora mais longe, que permite a doação para realização do transplante. Começam a ser realizados os preparos com sessões intensas de quimio e radioterapia.

O paciente aguarda pacientemente as **ordens médicas**, já bastante emagrecido e careca. Surge então, ao final da visita médica, uma “brincadeira” de alguém da equipe, que ao despedir-se diz:...”olhe lá, hein... daqui a uma semana o tom de sua voz irá mudar, você ficará com a voz fina”...(fazendo uma alusão à medula *feminina* que ele iria receber). A família por sua vez, tentando “amenizar” o clima de tensão e dando ênfase à brincadeira, que se repetiu inúmeras vezes em outros contatos com o paciente, trocou o relógio masculino do caminhoneiro por um feminino, passou a trazer-lhe bonecas e a rir e brincar com o que era muito sério...além de que, se o grande sucesso de todo o procedimento estava ligado à aceitação da medula e não à sua rejeição, eles tendiam ao malogro. Todas essas informações foram trazidas pelo próprio paciente nos atendimentos psicológicos realizados, ficando tudo explicado por ele, como sendo castigo por ter, no passado, engravidado uma moça e não tendo se casado com ela, a mesma realizou um aborto. Será? Todas essas questões relacionadas à identidade do paciente, foram perdidas de vista... Finalmente, para completar o quadro, ele foi avisado por outra pessoa da equipe que receberia sessões muito intensas de radioterapia, alguns dias antes do transplante e que elas seriam muito importantes para aumentar as chances da não rejeição da medula mas.. que ele iria ficar estéril (esta última

informação foi dada na porta do quarto, quando a médica já estava de saída, segundo relato do próprio paciente). Estas constatações trazem à tona, a necessidade de serem trabalhadas e apontadas todas essas questões para a equipe, pois um distúrbio somático, leva, indubitavelmente a uma alteração psíquica, que dependendo de como for conduzida, cuidada e tratada, levará a outro distúrbio somático, haja vista que essas questões já estão provadas nos recentes estudos da psicoimunoneurobiologia. Além disso, fica ressaltada a importância das relações humanas no tratamento, no que diz respeito **a compreensão, respeito, ajuda e principalmente sensibilidade** com os pacientes no enfrentamento de suas doenças.

Como diz FREIRE COSTA (1991):

sem ultrapassar as fronteiras do consultório e da reflexão psicanalítica pura e sem ainda trair os limites do pensamento Freudiano o objetivo é colocar a Psicanálise a serviço de alguma coisa que seja humanamente útil. Pensar naquilo que é humanamente útil, significa dizer pensar naquilo que pode fazer com que a gente viva melhor e mais feliz. Se o objetivo da Psicanálise não for o de ajudar as pessoas a lidar da melhor maneira possível com o seu sofrimento, para que serviria a

Psicanálise? A Psicanálise visa objetivamente encontrar a verdadeira verdade do sujeito, sendo tudo o mais absolutamente indiferente.

Conhecê-la e aplicá-la favorecerá uma relação mais harmônica nessa via de mão dupla tão delicada e importante **médico-paciente**.

1.4 Revisão da Literatura

SYLVIUS (1679) ou seja, há três séculos já dizia que a apresentação dos casos que acontecem à beira do leito evitam a passividade, o dogmatismo e uma visão estreita e vazia da medicina. Acrescentou que longe do leito, os estudantes recebiam uma mensagem profunda porém perniciosa sobre o valor dos pacientes. Uma visita à beira do leito fornece uma oportunidade de encorajar, exemplificar valores e atitudes de sustentação.

OSLER (1903), há um século, dizia que à beira do leito era a arena principal da educação médica, que não deveria haver ensino sem um paciente como texto e que o melhor ensino é aquele dado pelo paciente .

ROMANO (1941), usou entrevistas estruturadas e indicadores clínicos de stress para avaliar os efeitos das apresentações ao pé do leito. Em um levantamento com 100 pacientes internados no hospital Peter Bent Brigham, ele percebeu que dezesseis pacientes mostraram sinais objetivos de tensão, 13 estavam sem stress ao ouvirem suas histórias serem recitadas e sete estavam perturbados por terem de permitir um exame físico

publicamente. Sessenta e nove pacientes estavam presentes na discussão do caso e todos acharam isso tranquilizante, reanimador. Concluiu que, quando conduzida com tato e simpatia, não é uma experiência emocional traumática para os pacientes, mas os informa e lhes dá maior segurança.

CHRISTIAN (1949), não deixou dúvidas sobre os métodos de ensino do Dr. Osler; relata que ele ia ao leito do paciente, ficava em pé ou às vezes se sentava numa cadeira, próximo à cabeceira, do lado direito do paciente. Cumprimentava-o de maneira muito afetiva e se era um paciente novo, perguntava sobre sua história, levantando-a. A posteriori o interno apresentava os dados que havia colhido, discutiam-se os aspectos mais importantes os quais tinham mescladas explicações ao paciente para que ele não se sentisse mistificado ou assustado.

KAUFMAN et al (1956) usaram uma entrevista estruturada para detectar os efeitos emocionais da visita médica e cirúrgica. Embora, grupos de médicos sejam geralmente bem tolerados, os pacientes ficam preocupados com os jargões usados. Visitas cirúrgicas, provocam mais ansiedade, porque os membros juniores da casa, são criticados na frente dos pacientes. Os achados destes autores confirmaram as suas suspeitas que os pacientes menos instruídos, ou seja, com nível de escolaridade mais baixo ficam menos satisfeitos com as apresentações à beira do leito. Essa insatisfação pode ser explicada, a princípio, em parte como um desconforto com a complexa terminologia médica. Em contraste, os autores ficaram surpresos ao encontrar que os pacientes negros ficavam mais satisfeitos com as apresentações à beira do leito do que seus colegas brancos.

PAYSON et al (1965) apontaram quanto o estritamente médicas são as visitas de ensino e quão pouco se toca nos aspectos social e psicológico das doenças.

SIEGLER (1978) ressaltou a importância de ver o paciente como um sujeito, em vez de um objeto, o que facilita o objetivo pedagógico de humanizar os cuidados médicos. Juntos, o estudante e o professor norteiam, modelam o comportamento do médico ideal, o qual não somente faz prescrições, mas tenta a tarefa mais difícil que é a de entender os problemas, formulando-os em questões que podem ser respondidas e finalmente encontrando a resposta.

LINFORS et al (1980) avaliaram 50 pacientes internados num hospital-escola após a visita à beira do leito, e relataram que a maioria (95%) referiu que as visitas ofereciam uma experiência positiva e que deveriam ser continuadas. Trinta e três pacientes (66%) disseram terem obtido maior compreensão de suas doenças como resultado dessas visitas. Um terço expressou preocupação por não ter sido avisado sobre a ocorrência da visita, levando os autores a recomendar que os pacientes deveriam ser informados antecipadamente sobre as mesmas. Cinco pacientes (10%) ofereceram sugestões para melhorar a atividade, solicitando que os médicos se apresentassem, dissessem qual era o propósito das visitas, que fossem sensíveis à necessidade de traduzir termos técnicos e que não se alongassem demais nas discussões para não cansar o paciente, enfatizando que a visita deveria requerer atenção especial para os sentimentos dos pacientes. Os autores também destacam que a crença de alguns médicos

no sentido de não envolver alguns pacientes nas decisões tomadas sobre o seu tratamento e de realizar a discussão do caso na ausência do paciente é uma maneira chauvinista de tratar; dizem estar convencidos que os médicos assistentes estão mais capacitados em ver o paciente como um todo quando o vêem e interagem com ele através da apresentação do caso. Referem discordar de alguns autores os quais dizem que os médicos e estudantes não deveriam discutir seus problemas associados à coleta de dados e interpretações na frente do paciente, mesmo que este já tenha uma idéia do que se trata. Acreditam que o envolvimento ativo do paciente, como também suas observações e considerações podem levar a uma relação médico-paciente mais madura além de poder demonstrar aos estudantes que a medicina é algo feito com o paciente e não no paciente.

Estes mesmos autores ressaltaram que a quantidade de informações de dados de laboratório é enorme e que funcionários e estudantes querem entender e manipular tais informações. Isto leva a um afastamento para a sala de aula para listar e entender os dados, levando a um afastamento do paciente. Referiram que sombras substituem substância e conseqüentemente o próprio paciente cujo corpo gerou todos esses números, torna-se assim praticamente invisível. Propuseram que sejam evitadas formas de agir como se a doença tivesse uma existência independente do paciente.

Algo complementar foi também constatado por WARTTAMN (1983) et al em seu trabalho sobre visita médica, o qual demonstrou que os pacientes estavam satisfeitos com as informações científicas relativas à medicação,

mas estavam insatisfeitos com a comunicação dos médicos durante a visita.

WISE et al (1985) usaram questionários e entrevistas para estudar a reação subjetiva dos pacientes para as visitas de trabalho realizadas pelos residentes num hospital comunitário. Os pacientes enxergaram a visita à beira do leito como uma experiência positiva e reconfortante.

BRODY et al (1989) também observaram em seu trabalho que a satisfação do paciente no que diz respeito à relação médico-paciente era maior quando havia uma orientação-educação dirigida a ele, aconselhamento sobre estresse e informações sobre sua doença, de que quando eram priorizados dados e informações somente sobre terapêutica, medicamentos e exame físico.

LERMAN et al (1989), em trabalho desenvolvido sobre as trocas de informações entre médicos e pacientes em visita médica, concluíram que quanto maior a troca de informações, com o paciente, melhor é sua compreensão, aumentando sua confiança, seu controle sobre a doença e sua expectativa de melhora. Isto aponta para quanto uma "visita" pode ser eficiente e ajudar na recuperação do paciente internado, desde que o médico conte com subsídios, recursos internos e externos que o ajudem.

VERHAAK (1989) constatou que a capacidade extra do médico em utilizar técnicas de comunicação, fez com que conseguisse detectar as doenças somáticas de origem psicogênica. Entre essas técnicas estavam a atenção, interesse, capacidade para esclarecer queixas, escutar o paciente, atitude centrada no paciente.

SIMONS et al (1989) estudaram os efeitos fisiológicos e psicológicos da visita ao pé do leito em vinte pacientes admitidos na Unidade de Terapia Intensiva adulta do Serviço de Ensino da Faculdade de Medicina do Hospital Universitário do Estado da Pensilvania que tinham suspeita de infarto do miocárdio, ou doença cardíaca isquêmica. Os pacientes com choque cardiogênico, estado mental alterado ou falência respiratória, que requeriam respiração mecânica foram excluídos. A apresentação à beira do leito não foi mencionada para os pacientes como foco do estudo. Apenas se dizia que eles estariam participando de um estudo para avaliar o grau de estresse na UTI . A equipe que passava visita, composta por um cardiologista, um residente, e três internos também tinha ciência que os pacientes estavam participando de um estudo, mas não tinha conhecimento do objetivo. A pressão arterial e a pulsação eram monitoradas continuamente, a intervalos de um minuto, sendo este monitoramento iniciado 30 minutos antes da apresentação. Registros eram, obtidos quinze minutos antes da apresentação, 5 minutos durante a apresentação e 15 minutos depois da apresentação e final da discussão. Buscaram também detectar o estresse através da medida da pressão arterial do pulso e da norepinefrina circulante. Destacaram que a apresentação à beira do leito é um método de tempo nobre para ensinar a medicina, validar a história clínica e demonstrar achados-chave sobre o exame físico mas que, principalmente, ela serve como interação entre o médico e o paciente. Os investigadores buscaram detectar ansiedade usando o Inventário de Ansiedade Traço - Estado de Spielberger o qual mede, subjetivamente sentimentos de apreensão,

nervosismo, tensão e preocupação. Os autores do estudo constataram que as apresentações à beira do leito indicaram um nível relativamente baixo de ansiedade subjetiva . Havia um consenso entre esses 20 (vinte) pacientes do estudo os quais referiram terem ficado contentes com a apresentação à beira do leito, que as visitas os ajudaram a compreender seus problemas de saúde e que tais apresentações não provocaram nenhuma resposta de estresse nos pacientes, não provocaram alterações na frequência cardíaca, nem na norepinefrina circulante exceto quando, depois da visita médica `a beira do leito os pacientes se sentaram e mantiveram postura ereta. Esta alteração na postura e conseqüente aumento de 27% da norepinefrina circulante comparada com a detectada nos pacientes antes da visita e que se encontravam sentados no leito, com postura curvada foi interpretada como tendo ocorrido pela mudança da postura corporal e não ao bem estar do paciente resultante da atenção dispensada pela equipe durante a visita. Apenas encontraram um pequeno, mas significativo, crescimento na pressão sistólica e diastólica do sangue, a qual foi associada com a apresentação à beira do leito, porém o nível de ansiedade subjetiva detectado foi baixo. Sob as perspectivas dos pacientes, o aspecto mais satisfatório das visitas à beira do leito era a troca de informações entre o médico e o paciente.

Nesse mesmo estudo, SIMONS (1989) citou trabalho (sem citar autores) que buscou determinar respostas cardiovasculares e simpatoadrenais frente a um estresse mental. Medidas hemodinâmicas e de catecolaminas foram feitas em 30 homens normais antes, durante e após

um teste de estresse mental. Nestes, foram achados aumentos significativos nos batimentos cardíacos, na média da pressão arterial e na resposta cardíaca como resposta ao stress mental. As concentrações de norepinefrina aumentaram 25% e a epinefrina em 95%. Essas mudanças eram acompanhadas por um sentimento subjetivo de ansiedade. Nesses pacientes, o valor médio da norepinefrina era de duas vezes os valores normais dos adultos acompanhados em Ambulatório .

MILLER E HAFNER (1991) observaram que, durante a visita médica a pacientes com quadro de lombalgia crônica, o aumento do número das visitas médicas aumentava sua ansiedade uma vez que esse aumento era correlacionado pelos pacientes com um agravamento do quadro.

LEHMANN et al (1997) em estudo randomizado realizado com 182 pacientes, durante três semanas, no Johns Hopkins Medical Institutions, buscaram comparar os efeitos da visita médica à beira do leito sobre a percepção e satisfação dos pacientes com e sem discussão à beira do leito. Desses, 95 pacientes tiveram seus casos discutidos à beira do leito e 87 pacientes ficaram sob os cuidados do grupo que discutiu seus casos na sala de conferência. Puderam constatar que os pacientes que tiveram seus casos discutidos à beira do leito, estavam mais aptos a relatar o que seus médicos haviam explicado sobre seus problemas; não sendo a diferença porém, estatisticamente significativa em relação ao outro grupo. Daqueles que tiveram discussão à beira do leito, 87% referiu não sentir-se triste, que os médicos deveriam continuar a prática de fazer apresentações à beira do leito; 50% referiu que a apresentação à beira do leito os ajudou a entender

suas doenças e 50% referiu que a terminologia médica utilizada durante a apresentação é muito confusa e uma minoria disse que a primeira proposta daquele tipo de atividade, visava ensinar estudantes e residentes de medicina a melhorar seus cuidados médicos . Mudanças específicas na conduta da apresentação à beira do leito foram recomendadas por 46% dos pacientes desse grupo, os quais reivindicaram o direito de poder falar mais nas discussões de seus casos. Recomendaram também, que os médicos da equipe deveriam apresentar-se, que deveria haver um número menor de médicos, que deveria ser mais respeitada a privacidade dos pacientes e que os médicos deveriam pedir permissão aos pacientes para conduzir uma apresentação à beira do leito. No que diz respeito às diferenças na percepção da visita com discussão à beira do leito, considerando etnia e escolaridade, constatou-se que, geralmente, negros tinham percepções mais favoráveis que brancos e pacientes com nível educacional mais baixo ficaram menos satisfeitos do que os pacientes melhor educados. A grande maioria, em ambos os grupos, referiu que seus médicos lhes explicaram seus exames e medicações adequadamente e que os trataram com respeito. Do mesmo modo, os grupos tiveram altos graus de satisfação e , em torno de três quartos dos pacientes, em ambos os grupos, disseram que as visitas médicas da manhã foram positivas, satisfatórias e não provocaram preocupação. Em torno de 90%, disse que seus cuidados não poderiam ter sido melhores. Na análise por grupo e por semana, constatou-se que os pacientes que tiveram visita à beira do leito, tiveram, de uma maneira mais

consistente, percepções favoráveis e satisfação, embora não tenha havido significância estatística.

Já em nosso meio, BRESCIA et al (1997) em estudo exploratório sobre a percepção do paciente em relação à visita médica realizado na Clínica Vascular do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP a visita médica com o modelo tradicional vigente em hospitais-escola, apontou aumentar a ansiedade de 100% dos 20 sujeitos participantes do estudo; 70% referiu não compreender o que os médicos diziam, a não ser em raras ocasiões; 70% disse não ter liberdade para dizer coisa alguma durante a visita médica e ao serem indagados se teriam vontade de participar da visita médica de alguma forma, 70% referiu que sim e 30% não. Dos que manifestaram desejo de participar, 71% gostaria de receber mais informações sobre sua doença, 14% queria informações mais precisas sobre a cirurgia e 15% não soube especificar que tipo de participação ou informação gostaria de receber. Indagados sobre o que gostariam que fosse abordado durante a visita médica, 50% referiu que gostaria de receber informações sobre seu próprio caso ou ter dados para entender melhor o que é dito. Quanto ao que mais lhes agradava na visita médica, 65% referiu ser o fato de receberem atenção, enquanto 30% valorizou ser o momento em que podiam receber informações e 20% relatou nada lhe agradar na visita. Quanto ao que mais os desagradava na visita médica, o que recebeu maior escore, foi a falta de interação entre médicos e pacientes, bem como a falta de informação. Por outro lado, o estudo aponta que pareceu constituir-se uma fonte de ansiedade a presença de muitos

profissionais, estudantes e a discussão que ocorre a respeito dos dados de exames, diagnósticos e condutas. Os pacientes referiram sentir-se "cobaias", "objetos de estudo", carentes de informação e sem condições de compreender o que é dito.

QUAYLE(1998) em estudo preliminar realizado com 2 grupos de 30 gestantes hipertensas internadas na Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, sobre as opiniões das mesmas em relação a internação e a visita médica, chamou a atenção para algumas colocações feitas por pacientes que referiram ficar trêmulas ao terem que dar informações para os médicos durante a visita, fazendo com que sua pressão arterial se elevasse, assim como outra que relatou "é muito chato não poder perguntar nada e ter que responder tudo o que perguntam, e ainda por cima estar vendo um médico brigar com o outro. Não gostei de ver o médico Y levando bronca na frente de todo mundo". Outra paciente se queixou: "o médico faz a pergunta mas não quer ouvir a resposta. Só queria ouvir o que ele queria, não a resposta inteira; ele é arrogante e me deixou com raiva". A autora ressalta que há intensa troca de informações entre os profissionais, mas o que é dito permanece freqüentemente inacessível para o paciente. Seu interesse em saber sobre o seu estado não é necessariamente valorizado no momento da visita, o que pode gerar uma expectativa ansiosa. Finaliza observando que se bem utilizada, a visita médica pode e traz inúmeros benefícios para o paciente, tendo repercussões significativas em seu tratamento, em sua recuperação e em

sua capacidade de assumir, quando possível, a responsabilidade por sua parte no tratamento, favorecendo a aderência.

Cabe lembrar que o CREMESP ao realizar recomendações específicas em relação ao denominado "paciente didático" e considerando que a prática da visita médica pode revelar-se: *"impiedosa e antiética, além de perniciosa ao estado psíquico do paciente "* e que *"são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a dignidade das pessoas"*, sugere:

*Aos médicos, professores e estudantes
que durante suas preleções, aulas ou
observações, abstenham-se de comentários
além dos exigidos para obtenção dos dados
anamnéticos e semióticos indispensáveis,
reservando-se para em separado, proceder a
discussão do caso, diagnóstico diferencial,
hipótese diagnóstica , terapêutica e
prognóstico além das considerações
supracitadas, afim de evitar o
constrangimento que tal prática possa
acarretar*

Como caso particular deste contexto geral, existe uma prática tradicional didático-assistencial nas escolas médicas que é a da visita médica em grupo à beira do leito. Acompanhados por um preceptor, ou por um médico qualificado, os alunos de medicina e profissionais da clínica, vão de leito em leito apresentando os casos previamente selecionados para

serem analisados. Os dados de identificação do paciente são apresentados pelo interno e residente responsáveis pelo leito, seguindo-se o que se denomina uma "discussão" clínica e didática dos aspectos trazidos, visando o aprendizado dos profissionais envolvidos e o estabelecimento de condutas terapêuticas para cada paciente que ocupa um determinado leito de enfermaria. O tempo de duração da visita à beira do leito é variável para cada paciente, havendo a apresentação de exames, hipóteses diagnósticas, tratamento proposto, evolução, prognóstico dados da literatura e explicitação da experiência daquele que conduz a visita. Nesse sentido, se por um lado a visita médica à beira do leito é altamente didática, por outro, deixa a desejar no que diz respeito aos aspectos assistenciais e da relação médico-paciente.

Desta forma, há na literatura uma percepção de que esta relação precisa ser aprimorada, uma vez que ela tem reflexos diretos na evolução clínica de cada paciente.

Este estudo se justifica para verificar a influência da visita médica com discussão ao pé do leito e sua repercussão na recuperação do paciente. Sabe-se que cada paciente ali internado e cuidado, tem uma história, uma vivência pessoal e individual dessa história e um aparelho psíquico repleto de afetos, interferindo em todo o processo de tratamento e cura. As perspectivas de vida psíquica, bem como a forma de lidar com perdas e perigos, sejam eles externos ou internos são avaliados pela aplicação de dois testes projetivos, que visam acrescentar aos aspectos objetivos formais

colhidos pelos médicos e os aspectos subjetivos informais presentes em cada sujeito ali internado.

Ressalta-se que foi realizado estudo piloto no sentido de ajustar as necessidades e possibilidades de realização deste trabalho, com a população escolhida. Além disso, o mesmo passou do nível de mestrado para o nível de doutorado, tendo porém sofrido uma correção metodológica no sentido da escolha das doenças, uma vez que se levantou a questão que se houvesse uma escolha aleatória dos pacientes da enfermaria da Clínica Médica Geral, o que caracterizaria o estudo como sendo duplo cego, levaria a falha metodológica da inclusão na amostra de doenças mais graves com doenças menos graves, cuja comorbidade, certamente comprometeria os resultados da escala de ansiedade e depressão utilizada. Por esse motivo, ficou definido que o estudo somente seria realizado com pacientes portadores de doenças crônicas menores e agudas maiores, cuja definição será encontrada na metodologia a seguir.

.

2 Objetivos

II. Objetivos

Os principais propósitos deste estudo, são :

1. A avaliação dos efeitos positivos ou deletérios da visita médica em grupo “à beira do leito” sobre os pacientes da Enfermaria de Clínica Médica Geral.

Para isto levantou-se a seguinte hipótese: a visita médica pode contribuir para melhorar ou piorar a ansiedade e a depressão já contidas e instaladas no paciente, dependendo da forma como ela é executada.

2. Através da avaliação do item 1, testar um modelo de ensino-médico hospitalar que priorize a consideração do paciente enquanto sujeito.

Para discriminar esses efeitos, são utilizados os seguintes indicadores:

a) Questionário de Avaliação da Internação do paciente da Clínica Médica Geral (QAIPCMG) para verificar a satisfação dos pacientes em relação ao atendimento hospitalar que efetivamente recebem.

b) Avaliação da ansiedade e depressão dos pacientes do estudo sua relação com a situação de visita médica e internação .

3 Casuística e Método

III . Casuística e Método

3.1. População estudada

A população-alvo desse estudo foi composta por pacientes internados na Enfermaria de Clínica Geral do Hospital das Clínicas da FMUSP que se localiza no 6º andar do Instituto Central do Hospital das Clínicas e se divide em duas alas: Norte e Sul, constituindo-se por um total de 48 leitos divididos aleatoriamente em grupos de 12 leitos cada, denominados por quatro cores (verde e azul -ala Sul; amarelo e vermelho- ala Norte).

A Clínica Geral destaca dois assistentes por grupo, por semestre, que se responsabilizam pela supervisão dos casos internados em cada grupo e assistência didática de alunos e residentes que passam a cada dois meses pela enfermaria.

Na ala Norte atendem dois grupos de médicos e na ala Sul atendem outros dois grupos.

Foram estudados 95 pacientes na faixa de 16 a 65 anos, no período de Abril de 2000 a Novembro de 2001 divididos em 3 grupos.

3.1.1. Critérios de inclusão:

A inclusão de cada paciente em um ou outro grupo, foi totalmente aleatória; apenas verificou-se com as equipes médicas e com a enfermagem, a gravidade da doença que o acometia antes da entrevista e se o paciente estava internado já há uma semana e não mais do que duas.

O diagnóstico considerado para a participação na pesquisa, foi o de internação, que preencheu os requisitos de classificação no quadro de doenças **crônicas menores e agudas maiores**.

Entende-se como doenças **crônicas menores**, todas as doenças que podem ser de longa duração, porém pouco incapacitantes, com boa possibilidade de controle e sem comorbidade.

Como exemplo de doenças **crônicas menores** pode-se citar: Lúpus Eritematoso Discóide, Esquistossomose, Asma, Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes tipo II, Púrpura não trombocitopênica idiopática, Síndrome do cólon irritável, Artrose não especificada.

Entende-se como doenças **agudas maiores**, casos agudos que de certa forma ameaçam a vida e por isso **exigem internação**.

Como exemplo de doenças **agudas maiores** pode-se citar: Broncopneumonia, Meningite, Hepatite infecciosa, Polimiosite, Hemorróidas com complicações, Abscessos pulmonares, Gastrite hemorrágica aguda, Pneumonites e Mialgias.

Optou-se por escolher pacientes com doenças crônicas menores e agudas maiores, por considerar-se que pacientes com doenças crônicas maiores e agudas menores teriam índices de ansiedade e depressão muito díspares o que remeteria à uma falha metodológica.

3.1.2. Critérios de exclusão:

Foram excluídos do presente estudo, pacientes portadores de doenças neuro-psiquiátricas e/ou que tenham tentado suicídio, uma vez que o tipo de patologia apresentada poderia promover um comprometimento da percepção e consequentemente a forma de vivenciar a internação o que poderia direcionar os resultados, independentemente da variável visita médica estudada.

3.1.3. Aspectos Éticos:

De acordo com a Resolução CNS/1.996 de 10/10, elaborou-se um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 1) que foi lido e assinado pelos sujeitos da pesquisa, onde informou-se sobre o conteúdo, objetivos, método empregado, assim como garantia de sigilo sobre os dados coletados, voluntariedade do sujeito quanto à sua participação e o grau mínimo de risco.

Esse termo foi feito em duas vias, tendo sido uma entregue ao sujeito da pesquisa e a outra ficado sob responsabilidade do pesquisador.

3.1.4. Grupos do estudo:

Os 95 pacientes estudados foram divididos em três grupos assim constituídos:

- ❖ Grupo **G0** : 36 pacientes que tiveram visita **sem** discussão à beira do leito.
 - ❖ Grupo **G1**: 34 pacientes que tiveram visitas **com** discussão à beira do leito.
 - ❖ Grupo **G2**: 25 pacientes que tiveram visitas **com** discussão à beira do leito sob um novo modelo.
-

3.2. Procedimentos na visita médica:

Os grupos de profissionais da Clínica Médica Geral procedem da seguinte forma na Enfermaria:

Grupo G0: passa visita e **não** discute à beira do leito:

Alguém da equipe apresenta o paciente, idade, queixa principal , alteração do exame físico.

Todo o grupo (2 assistentes, 4 R2, 6 internos, 1 fisioterapeuta, 1 enfermeira e 1 psicóloga) se dirige à uma sala para discutir o caso.

Após a discussão clínica, o interno e ou residente comunica as novas diretrizes do caso ao paciente.

Grupo G1: passa visita e **discute** à beira do leito:

Alguém da equipe (interno ou residente) apresenta o paciente, idade, queixa principal , alteração do exame físico.

Todo o grupo (2 assistentes, 4 R2, 6 internos, 1 fisioterapeuta, 1 enfermeira e 1 psicóloga) permanece à beira do leito.

Dá-se então, a discussão do caso, levantando-se hipóteses diagnósticas, ou mesmo fazendo-se citações da literatura científica pertinente, morbilidade e possíveis complicações frente a alguns procedimentos propostos pelos residentes ou internos responsáveis pelo leito.

Tudo isso na frente do paciente, porém sem dirigir-se a ele e sem explicar-lhe sobre o que estão falando.

O alvo da discussão é a doença e toda a atenção é dirigida ao professor ou assistente responsável.

Há grande preocupação em demonstrar conhecimento e capacidade clínica objetiva na condução do caso

As comunicações do rumo do tratamento, são feitas pelo interno ou residente responsáveis por aquele leito, após o término de toda a visita; ou seja, da passagem por todos os leitos pertencentes aquele grupo.

Após a coleta dos grupos G0 e G1 estar finalizada, definiu-se que os 25 pacientes de um novo grupo G2 receberiam discussão à beira do leito com o novo modelo proposto para teste. Assim sendo, o estudo, inicialmente observacional, passou a ser de intervenção (Vide orientações para equipe – ANEXO 6)

Grupo G2 : passa visita e **discute**, à beira do leito procedendo da seguinte forma:

Que haja um médico responsável pela assistência do paciente do início até o fim de sua internação e que ele se apresente como tal, sendo este um Residente.

Que o paciente já tenha sido avisado por seu médico quando haverá visita médica à beira de seu leito, e que tenha ciência de seu direito de

participar e perguntar qualquer coisa que queira saber sobre o seu tratamento, bem como possa discordar caso não concorde com alguma decisão. É importante que o paciente saiba que a equipe se reunirá para conversar sobre o seu caso e pensar sobre o seu tratamento e que o mesmo será informado pelo seu médico, após o término da reunião, sobre o que foi proposto pela equipe.

Que durante a visita médica à beira do leito, o paciente seja convidado a sentar-se para participar de sua visita médica, sempre que possível, seja apresentado à equipe, que a equipe se apresente, (na primeira visita) sendo este tratado pelo nome que mais lhe for familiar,(já sabido e informado por seu médico) . A discussão do caso evitando-se a utilização de termos técnicos ininteligíveis e muitas vezes persecutórios, que se olhe, ouça e considere as colocações do paciente, podendo o mesmo fazer perguntas e opor-se a qualquer tipo de procedimento ou tratamento propostos.

Que, após discutir o caso, se obtiver indicações de intervenções, exames ou qualquer outro procedimento, ele informe ao paciente o que está sendo proposto, verifique a compreensão, esclareça as dúvidas e tome o consentimento do mesmo, independentemente do paciente já ter assinado um termo de consentimento autorizando submeter-se a tudo o que for necessário, antes da internação.

Que se evite continuar a discussão do paciente do leito anterior no paciente do leito seguinte que está sendo visitado. Caso seja um caso instigante e inevitável a continuidade da discussão, que a equipe saia da

enfermaria, tome o cuidado de fechar a porta e discuta com discrição no corredor. Mas, na medida do possível que proceda a discussão mais aprofundada numa sala à parte.

Portanto, o alvo da discussão é o paciente e toda a atenção e consideração é dirigida a ele .

3.3. Caracterização da Amostra:

Os grupos são homogêneos, quanto às seguintes características: distribuição por gênero, etnia, idade, escolaridade, estado civil, nível sócio-econômico , religiosidade e internações anteriores.

Na população estudada, houve predomínio do gênero feminino 63,89%.

Quanto à etnia, a cor de pele mais auto referida foi morena 46,31%, tendo sido entendida e assinalada para análise estatística como parda, pertencendo portanto à etnia negra . A segunda etnia mais prevalente foi a branca (40%).

Quanto à idade, no **G0** grupo sem discussão à beira do leito a idade mínima é de 16 e a máxima de 62 anos, com média de 36,83 e desvio padrão de 12,24; no **G1**, grupo com discussão à beira do leito, a idade mínima é de 18 anos e a máxima de 65 com média de 38,47 e desvio padrão de 15,47 ; e no grupo **G2**, grupo com novo modelo de discussão à beira do leito a idade mínima é de 16 e a máxima de 61 anos, com média de 40,56 e desvio padrão de 11,47.

A maior parte da população 57,89% tem ensino Fundamental, 25,26% ensino Médio e 7,36% ensino Superior. A diferença é de pacientes funcionais (pacientes que só sabem escrever o próprio nome).

Quanto ao estado civil 49,47% é de casados, 7,36% amasiados, 24,21% solteiros, 5,26% viúvos, 3,15 divorciados e o restante, outros.

As classes sociais mais prevalentes nos três grupos, 69,47%, são a **C** e **D**, de acordo com a classificação Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado (1997) ABIPEME.

A quase totalidade dos pacientes, 98,94% referiu ter fé em Deus.

Quanto à distribuição das religiões na amostra do estudo, 62,10% é de católicos e 27,36% de evangélicos o restante ficou entre agnósticos e kardecistas.

No que diz respeito à familiaridade com o ambiente hospitalar, a grande maioria dos pacientes, 67,36% já esteve internada com a ressalva de que a maior parte da população dos sujeitos do estudo é do gênero feminino e 32,63% refere ter filhos e ter sido esta sua internação anterior.

Quanto à distribuição das doenças, o grupo sem discussão à beira do leito chamado de G0 foi composto por 36 pacientes. Destes, 47,2% eram portadores de doenças Crônicas Menores e 52,8% de doenças Agudas Maiores. O grupo com discussão à beira do leito, denominado de G1, era composto por 34 pacientes, dos quais 17, ou seja 50% apresentavam doenças Crônicas Menores e os outros 17 ou 50% doenças Agudas Maiores. O grupo experimental, chamado de G2 o qual trabalhou com novo modelo de visita e discussão à beira do leito, foi composto por 25 pacientes

e teve 36% de pacientes com doenças Crônicas Menores e 64% de pacientes com doenças Agudas Maiores.

3.4. Instrumentos

3.4.1. Escala de Ansiedade e Depressão para Hospital Geral

HAD (Hospital, Anxiety and Depression, 1983.)

Validada e traduzida para o português, sob a autorização de seus autores, por psiquiatra com treinamento no Reino Unido. Duas pessoas leigas, bilingües retraduziram o instrumento para o inglês, chegando a um resultado final de consenso.

Escala válida como medida de gravidade das desordens de humor, podendo ser usada repetidamente, nas visitas subsequentes, dando ao médico informações úteis referentes ao progresso.

O conceito de anedonia é predominante na escala e cinco (5) dos sete (7) itens da subescala, relataram a perda da resposta do prazer. A anedonia tem maior significação e é mais importante do que a tristeza ou a desmoralização, sendo a característica central da psicopatologia da doença biogênica suave. Contém 14 questões do tipo múltipla escolha as quais são compostas por duas subescalas para ansiedade e depressão, com sete itens cada. A pontuação global em cada subescala vai de 0 a 21 (ANEXO 2) e foi primariamente desenvolvida para ser aplicada a "pacientes de serviços não psiquiátricos de um hospital geral".

Suas principais características são:

- trata-se de escala breve, podendo ser facilmente aplicada; solicita-se ao paciente que procure responder as perguntas pensando em como se sentiu durante a última semana, em que esteve internado para não aumentar seu índice de ansiedade no dia.
- ter conceitos separados em emocionais e de doença somática.
- os conceitos de depressão e ansiedade são apresentados alternadamente, para não induzir a nenhuma resposta .
- conceito de depressão encontra-se centrado na noção de anedonia o qual se destina a detectar graus leves de transtornos afetivos em pacientes sem distúrbios ou diagnósticos psiquiátricos.

Considerando-se o processo de internação e as possibilidades de que o(a) paciente pudesse inibir-se ou ter dificuldade de compreender a escala, as questões foram lidas em voz alta pela pesquisadora, explicando-se que as leria como se fosse ele (a) próprio(a) falando para si.

3.4.2. Questionário de Avaliação de Internação do Paciente da Clínica Médica Geral ICHC(QAIPCMG) (pré e pós visita) (ANEXO 3). Este instrumento foi criado pela autora da pesquisa para investigar dados sócio demográficos e pessoais:

- nome, gênero, idade, etnia, , apelido ou forma de tratamento preferidas pelo paciente, escolaridade, estado civil, naturalidade , procedência, condição sócio- econômica ,critérios da Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME, 1997) profissão, filhos.
-

- religião e fé, internações anteriores, avaliação global da internação e percepção da doença)
- atendimento médico, avaliação da equipe médica durante a visita , visita médica, sensações e sentimentos durante a visita médica, reavaliação da percepção da doença e equipe médica, visita de familiares e diagnóstico médico).

3.4.3. Duas pranchas do **Teste de Apercepção Temática (TAT)** de MURRAY (1939) de números **1 e 15**.

Este teste explora a personalidade em função dos desejos, esperanças, temores, conflitos e tendências subjacentes que o sujeito não tem condições de admitir por serem inconscientes e que projeta ao inventar histórias que se realizam principalmente com relação a lista de necessidades e pressões de Murray.

Trata-se de um teste projetivo que inclui 20 pranchas, as quais avaliam a dinâmica de personalidade do paciente. Preferencialmente, deve-se selecionar 10 pranchas , de acordo com a queixa apresentada, a qual pode ser abordada de maneira sutil ou explícita, a partir dessa seleção. Apesar de saber-se que o ideal é a utilização de no mínimo 10 (dez) pranchas, nesta avaliação, foram aplicadas apenas 2 (duas), por se tratar de avaliação de pacientes internados e em período de crise.

A aplicação visa não só avaliar suas capacidades egóicas relacionadas à perspectiva de vida e morte por se apresentarem doentes e internados, mas também apresentar cientificamente às equipes médicas, a

importância da consideração do psiquismo e a influência da subjetividade sob o processo de recuperação e cura ou de morte.

Prancha 1 : Prancha em preto e branco, escura, com imagem de um menino com mais ou menos 5 anos, com cabelo liso, de franja, sentado com a mão direita apoiando o rosto e a mão esquerda na têmpora esquerda, ou seja, a cabeça entre as duas mãos, com os cotovelos apoiados sobre uma mesa, olhando muito sério para um violino apoiado sob um tecido branco que está bem a sua frente. Seu ar é sério e denota estar pensativo olhando atentamente para o violino e sua vareta.

De acordo com CHENTOUB (1990) esta prancha remete preferencialmente à identificação de um indivíduo jovem, em situação de imaturidade funcional que se confronta com um objeto que pode ser considerado um objeto de adultos e investiga dentro de que medida esta criança, com a sua imaturidade funcional, reconhecerá o que será necessário para que ele seja capaz de utilizar este instrumento. Avalia a maneira como o sujeito organizou sua vida, sua imagem corporal e suas perspectivas frente ao futuro, remetendo-o a um movimento regressivo, no qual ele já se encontra por estar internado, com as dificuldades do não saber, sendo as mesmas estimuladas pela figura do menino "preocupado" frente a um violino .

Prancha 15: Prancha em preto e branco, escura, com a imagem de um homem magro, sério, careca, com cabelos aparentes na têmpora esquerda, em pé, entre sepulturas, com ar sinistro e oprimido, todo vestido de preto com uma casaca 3/4 evasé. e com os dois braços estirados à frente e as

duas mãos unidas, como se fosse "mergulhar" numa lápide que está à sua frente. Àtrás de si tem uma série de túmulos em várias direções, alguns que são cruzeiros, outros lápides.

Esta prancha estimula a projeção do material inconsciente do sujeito frente à perspectiva de morte com o intuito de avaliar as capacidades egóicas que o mesmo tem para enfrentar tal situação.

3.4.4. Técnica de aplicação

Após a aplicação da escala HAD antes e depois da visita médica, e do Questionário de Avaliação da Internação do Paciente da Clínica Médica Geral também antes e depois da visita médica, foi aplicado o Teste de Apercepção Temática sob a seguinte instrução:

Agora vou lhe entregar uma figura e pedir que conte uma história sobre a figura que vou lhe entregar, com começo, meio e fim. Não tem certo ou errado. É uma história inventada pelo sr.(a). O que o sr.(a) contar, vou anotar.

Quando o paciente referiu ter acabado, foi-lhe perguntado: *E o que aconteceu depois?*

Anotou-se a resposta e solicitou-se um título para a história. Retirou-se a prancha 1 e solicitou-se que se fizesse o mesmo com a prancha 15 .

3.4.5. Questionário Desiderativo: PIGEM et al (1946), modificado por JAIME BERNSTEIN (1956), BRAUDE et al (2000) consiste em propor ao sujeito que faça três escolhas positivas:

- “O que mais gostaria de ser se tivesse que voltar a este mundo e não pudesse ser pessoa”?(As escolhas devem remeter-se ao mundo animal, vegetal e a algum objeto inanimado, independente da ordem apresentada) As três escolhas positivas, apontam para como o sujeito se defende de **perigos externos**.

A seguir, solicitam-se três escolhas negativas:

- “O que menos gostaria de ser se tivesse que voltar a este mundo e não pudesse ser pessoa”?(As três escolhas negativas também devem remeter-se aos reinos animal, vegetal e inanimado) As três escolhas negativas apontam para os **perigos internos** que o sujeito contém representados nesses símbolos negativos, naquilo que ele não quereria ser de forma alguma mas que saem de dentro deles, através de sua expressão verbal.

Em seguida lhe é solicitado que explique o porque de cada escolha. Ao símbolo escolhido, denomina-se “símbolo desiderativo” e à explicação escolhida “expressão desiderativa”.

Este teste coloca o examinando numa situação imaginária, na qual deve escolher ser outra coisa que não uma pessoa. Promove a mobilização de fantasias desiderativas e sua comunicação é simbolizada e intelectualizada. A análise e interpretação das respostas indicam o caminho para a compreensão da dinâmica subjacente da personalidade.

Considerando a importância da avaliação das capacidades simbólicas existentes em cada indivíduo as quais lhe possibilitam elaborar traumas e

processos de crise escolheu-se a utilização deste teste projetivo, por ser verbal e de fácil aplicação.

Pede-se ao entrevistado de maneira explícita e direta que renuncie à sua identidade humana e se lhe oferece a possibilidade de assumir outras identidades não humanas. Assim sendo, o confronto com a própria morte e o entrevistador é o portador da morte, o objeto do qual provém a ameaça . Através das respostas verbais e corporais que o examinando dá, pode-se observar o esforço defensivo do ego para recuperar-se e absorver o impacto sofrido e sua modalidade defensiva prevalente.

As fantasias de desejos constituem uma amostra muito expressiva da personalidade. O teste é fundamentado por JAIME BERNSTEIN (1956) a partir do marco teórico psicanalítico, entendendo cada escolha ou rejeição do sujeito como um símbolo que deve ser interpretado desde o ponto de vista universal, cultural e pessoal.

As análises dos conteúdos verbais expressos pelos pacientes da amostra, foram realizadas a partir de uma compreensão psicodinâmica do discurso e da representatividade dos símbolos expressos no teste, somada às histórias projetadas a partir das duas pranchas 1 e 15 aplicadas no Teste de Apercepção Temática (TAT).

3.5. Coleta de dados

- **Pré-visita:** todos os pacientes, dos três grupos propostos, foram submetidos à uma avaliação da “Escala de Ansiedade e Depressão para Hospital Geral” HAD (ANEXO 2) e ao
-

Questionário de Avaliação da Internação do Paciente da Clínica Médica Geral - (QAIPCMG) (ANEXO 3) - pré-visita, ou seja, um dia antes da visita daquele grupo. (G0,G1 ou G2) .

➤ **Pós visita:** todos os pacientes, dos três grupos propostos, foram reavaliados com a mesma escala HAD para comparar a ansiedade e depressão antes e depois da visita , responderam também ao “Questionário de Avaliação da Internação do Paciente da Clínica Médica Geral - pós visita” , e a dois testes psicológicos projetivos compostos por duas pranchas do Teste de Apercepção Temática (TAT) e o Questionário Desiderativo (vide instrumentos).

➤ Portanto, um dia antes da visita, os pacientes eram informados sobre a pesquisa, assinavam o Termo de Consentimento livre e esclarecido (ANEXO 1), respondiam a escala HAD (ANEXO 2) e a primeira parte do Questionário de Avaliação da Internação do Paciente da Clínica Médica Geral. (ANEXO 3)

No dia seguinte, após a visita médica, os pacientes respondiam novamente a escala HAD, a segunda parte do Questionário de Avaliação da Internação do Paciente da Clínica Médica Geral denominado **Pós visita** (ANEXO3) e aos dois instrumentos projetivos (TAT e Desiderativo).

Os dados dos grupos foram colhidos na seguinte ordem:

- no mesmo período (Abril de 2000 à Junho de 2001) foram colhidos os dados dos grupos G0 e G1.
-

- De Julho a Novembro de 2001 foram colhidos os dados do grupo G2.

A escala **HAD**, o **TAT** e o **Questionário Desiderativo** são validados para a língua portuguesa. O **Questionário de Avaliação da Internação do Paciente da Clínica Médica Geral (QAIPCMG)** foi criado para este estudo.

Estas aplicações e avaliações foram feitas pela autora da pesquisa

Antes de dar início à coleta do grupo G2, foram feitas reuniões com: internos, residentes, enfermagem, fisioterapeuta e assistentes responsáveis pelos grupos verde e amarelo com o intuito de explicar-lhes como deveriam proceder com os pacientes incluídos no estudo.(ANEXO 6)

3.6. Análise Estatística

Os escores foram elaborados com o objetivo de resumir questões referentes ao mesmo assunto. Todos os escores foram construídos da seguinte forma: a cada questão que compunha o escore foram atribuídas notas parciais, cuja soma gerou o escore. O quadro 1 descreve as questões que compuseram cada escore.

Quadro 1. Relação das questões utilizadas para a construção de cada um dos escores utilizados para a análise estatística dos dados, descrição das notas parciais dos escores e intervalo de variação.

Escore	Aval	Questão	Notas Parciais	Min-Max
Escore de HAD Ansiedade	Pré e Pós	Q1-7	Nunca (0), de vez em quando (1), boa parte (2), a maior parte do tempo (3)	0-21
Escore de HAD Depressão	Pré e Pós	Q1-7	Nunca (0), de vez em quando (1), boa parte (2), a maior parte do tempo (3)	0-21
Avaliação Global da Internação (AGI)	Pré	Q7,9-11	péssimo (0), ruim (1), regular (2), bom (3), ótimo (4)	0-19
		Q8	nenhuma alternativa (0), uma (1), duas (2), três alternativas (3)	

Escore do Atendimento Médico (EAM)	Pré e Pós	Q12 Q13,15	péssimo (0), ruim (1), regular (2), bom (3), ótimo (4) Sempre (1), às vezes (2), raramente (3), nunca (4)	0-12
Percepção da Doença (EPD)	Pré e Pós	Q16,18,20	Sim (1), não (0)	0-3
Escore de Atendimento da Equipe Médica (EAEM)	Pré e Pós	Q21 Q22	Sempre (0), às vezes (1), raramente (2), nunca (3) péssimo (0), ruim (1), regular (2), bom (3), ótimo (4)	0-7
Escore da Visita Médica (EVM)	Pós	Q6,7 Q8,9 Q11	sim(1), não (0) Sempre(1), às vezes, raramente ou nunca (0) nota $\geq$ 9 (1), nota<9 (0)	0-5
ESS negativo	Pós	Q3	Triste, nervoso, envergonhado, ansioso, sem esperança, sem confiança, medo: Presente(1), ausente(0)	0-7
ESS positivo	Pós	Q3	Alegre, tranquilo, à vontade, calmo, esperançoso, confiante, sem medo: Presente (1), ausente (0)	0-7
Escore de Sensações e Sentimentos (ESS)	Pós	ESSpos ESSneg	Nenhum (0), um sentimento (1),..., todos os sentimentos positivos (7) Nenhum (0), um sentimento (-1),..., todos os sentimentos negativos (-7)	-7-7

Nesse estudo foram avaliados os seguintes grupos de pacientes:

1. Pacientes que receberam visita médica sem discussão a beira do leito (**G0 com 36 sujeitos**)
2. Pacientes que receberam visita médica com discussão não sistematizada (**G1 com 34 sujeitos**)
3. Pacientes que receberam visita médica com discussão sistematizada (**G2 com 25 sujeitos**)

Os dados qualitativos foram representados através de tabelas de contingência, com frequências relativas para cada um dos três grupos. Os dados quantitativos (idade, notas e escores e notas) foram representados pelas seguintes medidas descritivas: média, desvio-padrão, mediana e valores mínimo e máximo.

A comparação entre os grupos quanto aos dados qualitativos foi realizada através do teste de Qui-quadrado de Pearson, e, para os dados quantitativos, através da técnica de Análise de Variância com 1-fator (idade) ou através do teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis (escores).

Neste trabalho foi adotado o nível de significância de 5% e o sistema SAS® foi utilizado para todos os cálculos estatísticos.

IV) Resultados

Quanto aos resultados dos escores de Ansiedade pré-visita medidos pela escala HAD (Hospital Anxiety and Depression), o grupo G0, composto por 36 pacientes, apresentou média 8,0, com desvio padrão 5,2, mediana também 8,0, escore mínimo 0,0 e máximo 17,0. Já o grupo G1, composto por 34 pacientes apresentou média 7,8, com desvio padrão 5,4, mediana 6,5, escore mínimo de 1,0 e máximo de 21,0. Por sua vez, o grupo G2, composto por 25 pacientes, apresentou média 7,7, com desvio padrão 4,4, mediana 7,0, escore mínimo de 2,0 e máximo de 19,0. Os três grupos apresentaram comportamento semelhante ($p=0,9588$).

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DA MÉDIA, DESVIO PADRÃO, MEDIANA, VALOR MÍNIMO E VALOR MÁXIMO DO ESCORE DE ANSIEDADE PRÉ VISITA, MEDIDO PELA ESCALA HAD, DOS PACIENTES DOS TRÊS GRUPOS (G0, G1 e G2)

	Média	D.P	Mediana	Mínimo	Máximo	N
G0	8,0	5,2	8,0	0,0	17,0	36
G1	7,8	5,4	6,5	1,0	21,0	34
G2	7,7	4,4	7,0	2,0	19,0	25

(p= 0,9588)

Quanto aos resultados dos escores de Ansiedade pós- visita medidos pela escala HAD (Hospital Anxiety and Depression), o grupo G0, apresentou média 6,9, com desvio padrão 4,8, mediana 7,0, escore mínimo 0,0 e máximo 16,0 . Já o grupo G1, apresentou média 6,8, com desvio padrão 5,9, mediana 5,5, escore mínimo de 0,0 e máximo de 21,0. Por sua vez, o grupo G2, apresentou média 6,4, com desvio padrão 3,6, mediana 7,0, escore mínimo de 1,0 e máximo de 12,0. Não houve diferença significativa entre os três grupos (p=0,8780).

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DA MÉDIA, DESVIO PADRÃO, MEDIANA VALOR MÍNIMO E VALOR MÁXIMO DO ESCORE DE ANSIEDADE PÓS VISITA, MEDIDO PELA ESCALA HAD, DOS PACIENTES DOS TRÊS GRUPOS (G0, G1 e G2)

	Média	D.P	Mediana	Mínimo	Máximo	N
G0	6,9	4,8	7,0	0,0	16,0	36
G1	6,8	5,9	5,5	0,0	21,0	34

G2	6,4	3,6	7,0	1,0	12,0	25
(p=0,8780)						

No que diz respeito aos escores de Depressão pré-visita medidos pela escala HAD (Hospital Anxiety and Depression), o grupo G0, apresentou média 6,4, com desvio padrão 4,6, mediana 6,0, escore mínimo 0,0 e máximo 17,0 . Já o grupo G1, apresentou média 7,8, com desvio padrão 4,5, mediana 7,0, escore mínimo de 1,0 e máximo de 19,0. Por sua vez, o grupo G2, apresentou média 6,0, com desvio padrão 4,4, mediana 5,0, escore mínimo de 0,0 e máximo de 18,0. Não houve diferença significativa entre os três grupos ($p=0,2567$).

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DA MÉDIA, DESVIO PADRÃO, MEDIANA, VALOR MÍNIMO E VALOR MÁXIMO DO ESCORE DE DEPRESSÃO PRÉ VISITA, MEDIDO PELA ESCALA HAD, DOS PACIENTES DOS TRÊS GRUPOS (G0, G1 e G2)

	Média	D.P	Mediana	Mínimo	Máximo	N
G0	6, 4	4,6	6,0	0,0	17,0	36
G1	7,8	4,5	7,0	1,0	19,0	34
G2	6,0	4,4	5,0	0,0	18,0	25
(p=0,2567)						

Finalmente os escores de Depressão pós-visita medidos pela escala HAD (Hospital Anxiety and Depression), o grupo G0, apresentou média 6,3,

com desvio padrão 4,6, mediana também 6,0, escore mínimo 0,0 e máximo 18,0 . Já o grupo G1, apresentou média 7,0, com desvio padrão 5,7, mediana 6,0, escore mínimo de 0,0 e máximo de 19,0. Por sua vez, o grupo G2, apresentou média 5,0, com desvio padrão 4,8, mediana 3,0, escore mínimo de 0,0 e máximo de 19,0. Não houve diferença significativa entre os três grupos ($p=0,3676$).

(vide TABELA 4 próxima

página)

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DA MÉDIA, DESVIO PADRÃO, MEDIANA, VALOR MÍNIMO E VALOR MÁXIMO DO ESCORE DE DEPRESSÃO PÓS VISITA, MEDIDO PELA ESCALA HAD, DOS PACIENTES DOS TRÊS GRUPOS (G0, G1 e G2)

	Média	D.P	Mediana	Mínimo	Máximo	N
G0	6,3	4,6	6,0	0,0	18,0	36
G1	7,0	5,7	6,0	0,0	19,0	34
G2	5,0	4,8	3,0	0,0	19,0	25

$(p= 0,3676)$

Apesar de não ter havido diferença estatisticamente significativa, observou-se que tanto a ansiedade quanto a depressão, diminuíram nos três grupos nos resultados obtidos na pós-visita.

Dar-se-á início a descrição dos resultados referentes às questões 7 a 11 do Questionário de Avaliação da Internação do Paciente da Clínica Médica Geral, nas quais os três grupos apresentaram comportamentos semelhantes, não havendo portanto diferenças significativas entre eles.

Quando inquiridos sobre o atendimento da enfermagem no período diurno, quase a totalidade dos pacientes estava satisfeita; 69,47% referiu ser **ótimo**, 28,42% **bom** e 2,10% **regular** ($p= 0,1505$). Em relação à mesma questão, porém no período noturno, 61,10% referiu ser **ótimo**, 26,31% **bom**, 7,36% **regular**, 2,10% **ruim** ou **péssimo**. As queixas de dois pacientes foram em relação ao número reduzido de funcionários e conseqüente demora no atendimento ($p= 0,1280$).

TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DA AVALIAÇÃO GLOBAL DA INTERNAÇÃO QUANTO À PERCEPÇÃO DOS PACIENTES DOS TRÊS GRUPOS EM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO DA ENFERMAGEM NOS PERÍODOS DIURNO E NOTURNO QUANTO À ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO

Atendimento da enfermagem	%Ótimo	%Bom	%Regular	%Ruim/péssimo
Diurno	69,5	28,4	2,1	0,0

Noturno	61,1	26,3	7,4	2,1
---------	------	------	-----	-----

Diurno(p= 0,1505) e Noturno(p=0,1280)

Quanto a serem tratados com carinho, atenção e respeito pela enfermagem, 95,78% dos pacientes dos três grupos referiram sentir-se tratados com carinho, (p=0,2525); 93,68 % respondeu sentir-se tratados com atenção (p= 0,1803) e 96,84% dos pacientes, também dos três grupos, sentem-se respeitados pela enfermagem (p= 0,4366).

(Vide TABELA 6 próxima página)

TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DA AVALIAÇÃO GLOBAL DA INTERNAÇÃO FEITA PELOS TRÊS GRUPOS QUANTO À FORMA DE TRATAMENTO DA ENFERMAGEM AOS PACIENTES EM RELAÇÃO AO CARINHO, ATENÇÃO E RESPEITO DISPENSADOS DURANTE A INTERNAÇÃO

A enfermagem o trata	Carinho %	Atenção %	Respeito %
Pacientes	95,7	93,7	96,8
	(p= 0,2526)	(p=0,1803)	(p=0,4366)

Na avaliação da satisfação com a comida, a quase totalidade dos pacientes referiu sentir contentamento durante a internação; 29,47% atribuiu **ótimo**, 47,36% **bom**, 21,05% **regular** e 2,10% **ruim** ou **péssimo** (p=0,6442).

Quanto ao horário da distribuição, 20% atribuiu **ótimo**, 50,52% **bom**, 22,10% **regular**, referindo que as refeições são servidas muito cedo, 7,36% **ruim** ou **péssimo** ($p=0,2528$).

No item limpeza da enfermaria, 91,57% referiu ser **ótima** ou **boa**, 5,26% considerou ser **regular** e 3,15% **ruim** ou **péssima** ($p=0,7491$).

TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DA AVALIAÇÃO GLOBAL DA INTERNAÇÃO QUANTO À SATISFAÇÃO COM A COMIDA, HORÁRIO DAS REFEIÇÕES E LIMPEZA

Nutrição e limpeza	%Ótimo	%Bom	%Regular	%Ruim/péssimo
Satisfação com a comida	29,5	47,4	21,0	2,1
Horário das refeições	20,0	50,5	22,1	7,4
Limpeza	58,9	32,6	5,3	3,1

Satisfação($p=0,6442$) Horário($p=0,2528$) Limpeza ($p=0,7491$)
O escore do Questionário de Avaliação da Internação do Paciente

da Clínica Médica Geral, referente a essas cinco questões variou no grupo G1 de 8 a 19, com mediana de 15,50. Nos outros dois grupos, GO e G2 o escore variou de 12 a 19, ambos com mediana de 16. O escore máximo seria 20; portanto os pacientes, de um modo geral se mostraram satisfeitos. A opinião dos três grupos no que diz respeito à Avaliação da Internação foi semelhante ($p=0,8131$).

TABELA 8 - ESCORE DA AVALIAÇÃO DA INTERNAÇÃO QUANTO À SATISFAÇÃO COM O ATENDIMENTO DA ENFERMAGEM DIURNA E NOTURNA, FORMA DE TRATAMENTO, COMIDA, HORÁRIO DAS REFEIÇÕES E LIMPEZA

	Média	D.P	Mediana	Mínimo	Máximo	N
G0	15,9	2,0	15,5	12,0	19,0	36
G1	15,2	2,7	16,0	8,0	19,0	34
G2	15,9	1,7	16,0	12,0	19,0	25

(p=0,8131)

Dar-se-á início aos resultados de Avaliação sobre o Atendimento Médico, referente às questões 12,13 e 15 pré e pós (EAM) do QAIPCMG.

Quando indagados na pré visita sobre o que achavam do atendimento médico que estavam recebendo, 61,05% referiu ser **ótimo**, 33,68% **bom**, 4,21% **regular**, não tendo havido diferença estatisticamente significativa entre os três grupos (p=0,7968). No pós visita, em relação à mesma questão, 59,13% disse ser **ótimo**, 37,36% **bom** e 3,22% **regular**, sem diferença estatística significativa entre eles (p= 0,5275). No grupo G2 aumentou a frequência de respostas **ótimo** no pós. O índice de respostas **regular** pós visita, foi maior no grupo G1 .

TABELA 9 - AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO MÉDICO QUE ENVOLVE A QUESTÃO SOBRE A OPINIÃO DOS PACIENTES SOBRE O ATENDIMENTO MÉDICO QUE ESTAVAM RECEBENDO PRÉ E PÓS VISITA

Atendimento médico	%Ótimo	%Bom	%Regular	%Ruim/Péssimo
--------------------	--------	------	----------	---------------

Grupos	PRÉ	PÓS	PRÉ	PÓS	PRÉ	PÓS	PRÉ	PÓS
G0	57,1	54,2	40,0	42,9	2,9	2,9	0,0	0,0
G1	67,6	54,5	26,5	39,4	5,9	6,1	0,0	0,0
G2	60,0	72,0	36,0	28,0	4,0	0,0	0,0	0,0
Pré(p= 0,7968) Pós(p=0,5275)								

Sobre a questão dos médicos terem perguntado se poderiam realizar exames laboratoriais e outros procedimentos necessários para esclarecer o caso, durante a internação porém pré- visita, 58,82% do grupo G0, 39,39% do grupo G1 e 66,67% do grupo G2 referiu que **sempre** ; 8,82% do grupo G0 , 18,18% do grupo G1, e 4,17% do grupo G2 referiu **às vezes**; 2,94% do grupo G0, 12,12% do grupo G1, e 0% do grupo G2 **raramente** finalmente 29,41% do grupo G0, 30,30% do grupo G1 e 29,17% do grupo G2 revelou **nunca** haver sido consultado sobre seu desejo de realizar exames laboratoriais (p= 0,1599). Sobre a mesma questão no pós visita, 57,14% do grupo G0, 35,29% do grupo G1 e 76% do grupo G2 referiu que **sempre** ; 0% do grupo G0 , 2,94% do grupo G1, e 0% do grupo G2 referiu **às vezes**; 2,86% do grupo G0, 8,82% do grupo G1, e 0% do grupo G2 **raramente** finalmente 40% do grupo G0, 52,94% do grupo G1 e 24% do grupo G2 revelou **nunca** haver sido consultado sobre seu desejo de realizar exames laboratoriais. Nesta questão, a diferença entre a distribuição dos três grupos pós visita, foi marginalmente significativa (p = 0.0591).

TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DA QUESTÃO QUE

**INVESTIGA SE OS MÉDICOS COMUNICARAM E
PERGUNTARAM AOS PACIENTES SE ELES OU
OUTROS PROCEDIMENTOS NECESSÁRIOS PARA
ESCLARECER SEUS CASOS**

Exames Laboratório	% Sempre		% Às vezes		% Raramente		% Nunca	
	PRÉ	PÓS	PRÉ	PÓS	PRÉ	PÓS	PRÉ	PÓS
G0	58,8	57,1	8,8	0	2,9	2,9	29,4	40,0
G1	39,4	35,3	18,2	2,9	12,1	8,8	30,3	52,9
G2	66,7	76,0	4,2	0,0	0,0	0,0	29,2	24,0

Pré(p= 0,1599) Pós(
p=0,0591)

Quanto à preocupação dos médicos em explicar o problema de saúde aos pacientes, pré visita, não houve diferença significativa entre os três grupos; (p=0,3625); 72,63% referiu que **sempre**, 11,57 % **às vezes**, 2,10 **raramente** e 13,68% **nunca**. No pós visita também não houve diferença significativa entre os três grupos (p= 0,2229); 72,63%, ou seja, a mesma porcentagem de pacientes da pré visita referiu que **sempre**, 13,68% **às vezes**, 7,36% **raramente** e 4,2% **nunca** .

**TABELA 11 - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA QUE INVESTIGA SE OS
MÉDICOS SE PREOCUPARAM EM EXPLICAR A DOENÇA
AOS PACIENTES**

G2	10,0	10,8	2,0	1,9	11,0	12,0	5,0	7,0	12,0	12,0
----	------	------	-----	-----	------	------	-----	-----	------	------

Pré(p= 0,3558) Pós(p=0,0051)

Dar-se-á início ao Escore de Percepção da Doença referente às questões 16,18 e 20 pré e pós(EPD) do QAIPCMG.

No que diz respeito à percepção da doença não houve diferença significativa entre os três grupos; no pré, 52,63% referiu que já sabia qual era sua doença, informação esta transmitida pelo médicos através dos resultados dos exames; 4,21% disse que os médicos não haviam falado, 41,05% que os médicos ainda não sabiam e 2,10% disse não ter entendido, índice este referido apenas no grupo G1 (p=0,4264).

Em relação à mesma questão no pós visita, também não houve diferença significativa entre os três grupos; 58,94% referiu que já sabia qual era sua doença, informação esta transmitida pelo médicos através dos resultados dos exames, 37,89% que os médicos ainda não sabiam, 1,06% não se lembrava e 2,10% disse não ter entendido (p=0,6131).

TABELA 13 - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA SOBRE A QUESTÃO QUE INVESTIGA SE O PACIENTE JÁ SABE QUAL É A SUA DOENÇA (PERCEPÇÃO DA DOENÇA)

Percepção da doença	% Sim		% Os médicos não falaram		% Os médicos ainda não sabem		% Não entendi	
	PRÉ	PÓS	PRÉ	PÓS	PRÉ	PÓS	PRÉ	PÓS
Grupos								
G0	44,4	55,6	5,6	0,0	50,0	44,4	0,0	0,0
G1	58,8	64,7	2,9	0,0	32,0	29,4	5,8	2,9

G2	56,0	56,0	4,0	0,0	40,0	40,0	0,0	4,0
Pré(p=0,4264) Pós(p=0,6131)								

Respectivamente, no que diz respeito à compreensão do que foi explicado, 73,68% referiu que **sim**, 7,36% disse que **não** e 18,94% respondeu **outros**. Em relação à mesma questão no pós, 76,84% referiu que **sim** e 23,15% respondeu que **não** e **outros**. A proporção de sujeitos do grupo G2 que afirmaram ter entendido o que foi explicado, foi significativamente maior que nos grupos G0 e G1 ($p=0,0392$ X G0 e $p = 0,0034$ X G1): 96% do grupo G2; 76,47% do G1 e 63,89% do G0.

(vide TABELA 14 próxima página)

TABELA 14 - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA SOBRE A COMPREENSÃO DO QUE FOI EXPLICADO DA DOENÇA AOS PACIENTES DOS TRÊS GRUPOS

Entendeu o que foi explicado	% Sim		% Não		% Outros	
	PRÉ	PÓS	PRÉ	PÓS	PRÉ	PÓS
Grupos						
G0	66,7	63,9	8,3	33,3	25,0	0,0
G1	79,4	76,5	5,9	23,5	14,7	0,0
G2	76,0	96,0	8,0	4,0	16,0	0,0

G0XG1XG2: (p= 0,0139)

Quando indagados pré visita se conheciam alguém com uma doença como a sua, 71,57% respondeu que **não** e 28,42% que **sim**. O índice de respostas negativas diminuiu no pós visita, uma vez que, 66,66% respondeu que **não** e 33,33% que **sim** (p=0,0529).

TABELA 15 - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA SOBRE A PERCEPÇÃO E DISCRIMINAÇÃO DO PACIENTE DO SEU SABER SOBRE A SUA DOENÇA

Conhece alguém com uma doença como a sua	% Sim		% Não/Outros	
	PRÉ	PÓS	PRÉ	PÓS
Grupos				
G0	36,1	48,6	63,9	51,4
G1	23,5	23,5	76,5	76,5
G2	24,0	25,0	76,0	75,0

(p=0,0529)

NOTA: Um paciente do grupo G0 e outro do grupo G2 se negaram a responder esta questão no pós

Ao confirmar seu saber sobre o porque de sua internação, 94,44% do grupo G0 demonstrou ter sua percepção preservada e orientada , apenas 2,81%, ou seja 2 pacientes responderam que suas famílias sabiam e 2,78% ou 1 paciente disse que não saber porque havia sido internado (p= 0,6621). Ao reconfirmar o saber do grupo G0 sobre o porque de sua internação, novamente 94,44% demonstrou ter sua percepção preservada e orientada , porém no pós visita, 2 pacientes ou 5,56% não sabiam. Já no grupo G1, 97,1% sabia que havia sido internado e 2,9% tanto no pré quanto no pós

referiu que a família sabia. Nenhum paciente do grupo G2 referiu não ter entendido o porque da internação ($p=0,2753$).

TABELA 16 - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DA INVESTIGAÇÃO DIRIGIDA AO PACIENTE SOBRE O SEU SABER DO PORQUE ESTÁ INTERNADO (PERCEPÇÃO DA DOENÇA)

Percepção da internação	% Sim		% Não		% Minha família sabe/ Não entendi	
	PRÉ	PÓS	PRÉ	PÓS	PRÉ	PÓS
Grupos						
G0	94,4	94,4	2,8	5,6	2,8	0,0
G1	97,1	97,1	0,0	0,0	2,9	2,9
G2	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Pré ($p= 0,6621$) Pós ($p= 0,2753$)

Ao realizar o Escore de Percepção da Doença, referente às questões 16,18 e 20 pré e pós os três grupos no pré e no pós obtiveram mediana 2,00. No pré visita o grupo G0 obteve média 1,97 com desvio padrão 0,84 valor mínimo 0 e máximo 3. O grupo G1 e o grupo G2 alcançaram média 2,00 com valor mínimo de 1,00 e o máximo de 3,00. O desvio padrão do grupo G1 foi de 0,60 enquanto que o grupo G2 apresentou desvio padrão de 0,65 ($p= 0,9938$). Já no pós visita. Os três grupos também ficaram com o valor da mediana em 2,00 e valor máximo de 3,00. A média obtida pelo grupo G0 no pós visita foi 2,06 com desvio padrão 0,86 e valor mínimo 0,00. O grupo G1 ficou com média 1,97 , desvio padrão 0,67, valor mínimo de

1,00 e máximo de 3,00. Finalmente o grupo G2 no pós visita obteve média 2,20, com desvio padrão 0,50 e também mínimo de 1,00 e máximo de 3,00 ($p=0,4523$)

Apesar de não ter sido encontrada diferença estatisticamente significativa na percepção da doença dos pacientes dos três grupos, chama a atenção a queda na média do grupo G1 no pós visita, assim como o aumento da média do grupo G2 também no pós visita denotando aumento na percepção da doença no grupo com nova proposta de visita.

TABELA 17 - DISTRIBUIÇÃO DO ESCORE DE PERCEPÇÃO DA DOENÇA REFERENTE ÀS QUESTÕES 16,18 E 20 PRÉ E PÓS DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA INTERNAÇÃO DO PACIENTE DA CLÍNICA MÉDICA GERAL

Score	Média		D.P.		Mediana		Mínimo		Máximo	
	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós
Grupos										
G0	1,9	2,0	0,8	0,8	2,0	2,0	0,0	0,0	3,0	3,0
G1	2,0	1,9	0,6	0,6	2,0	2,0	1,0	1,0	3,0	3,0
G2	2,0	2,2	0,6	0,5	2,0	2,0	1,0	1,0	3,0	3,0

Pré(p= 0,9938) Pós(p=0,4523)

Iniciar-se-á a descrição e comparação dos resultados pré e pós visita referentes ao Atendimento da Equipe Médica , questões 21 e 22 (EAEM) do QAIPCMG.

Quanto indagados pré visita sobre o fato de em algum momento haverem se sentido desrespeitados pela equipe médica, 93,68% disse que **nunca**, 4,21% respondeu que **às vezes** e 1,05% referiu **raramente**. Em relação à mesma questão no pós visita, 93,61,% disse que **nunca**, 5,31% respondeu que **às vezes** e 1,05 **raramente**. O índice de respostas às vezes aumenta no pós visita nos grupos G0 e G1 e cai no grupo G2.

(vide TABELA 18 próxima página)

TABELA 18 - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS SOBRE A QUESTÃO DO PACIENTE TER-SE SENTIDO DESRESPEITADO PELOS MÉDICOS

Sentiu-se desrespeitado pelos médicos	% Às vezes		% Raramente		% Nunca	
	PRÉ	PÓS	PRÉ	PÓS	PRÉ	PÓS
GRUPOS						
G0	2,8	5,5	0,0	0,0	97,2	94,4
G1	6,0	9,0	3,0	3,0	90,9	87,8
G2	4,0	0,0	0,0	0,0	96,0	100,0

Pré(p= 0,6683) Pós (p= 0,3679)

Sobre a opinião dos três grupos em relação ao atendimento da equipe médica 69,14% atribuiu conceito **ótimo**, 26,59% **bom** e 4,27% **regular**. Já no pós visita, os grupos se expressaram assim: no grupo G0, 55,56% achava **ótimo**, 41,67% **bom** e 2,78% **regular**. No grupo G1, 55,88% atribuiu conceito **ótimo**, 38,24% **bom**, 2,94% **regular** e 2,94% **ruim**. Já no grupo G2, houve um índice de 76,00% de respostas **ótimo** e 24,00% **bom**.

O quadro de escores do Atendimento da Equipe Médica referente às questões 21 e 22 pré e pós se configurou assim: na avaliação pré visita, as medianas dos três grupos foram iguais a 7,00; por sua vez, o grupo G0 apresentou média de 6,61, com desvio padrão 0,64, valor mínimo de 4,00 e máximo de 7,00. O grupo G1 atingiu média 6,39, com desvio padrão 0,90, valor mínimo de 3,00 e também máximo de 7,00. Já o grupo G2 obteve média 6,64, com desvio padrão exatamente igual ao grupo G0 (0,64), valor mínimo de 5,00 e também máximo de 7,00. Não houve diferença significativa entre os três grupos (p=0,4524). No pós visita, as medianas dos três grupos, bem como os valores máximos se mantiveram iguais ao pré 7,00 e 7,00 respectivamente. A média do grupo G0 foi 6,42, com desvio padrão 0,87 e valor mínimo 3,00. O grupo G1 obteve média 6,27, com desvio padrão 1,21 e valor mínimo de 2,00. Finalmente, o grupo G2 alcançou média 6,76, com desvio padrão 0,44 e valor mínimo de 6,00, sem diferença estatística entre os três grupos (p= 0,1772).

TABELA 19 - DISTRIBUIÇÃO DO ESCORE DE ATENDIMENTO DA EQUIPE MÉDICA REFERENTE ÀS QUESTÕES 21 E 22 PRÉ E PÓS DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA INTERNAÇÃO DO PACIENTE DA CLÍNICA MÉDICA GERAL

Atendimento equipe médica/ Escore	Média		D.P.		Mediana		Mínimo		Máximo	
	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós
Grupos										
G0	6,7	6,4	0,6	0,8	7,0	7,0	4,0	3,0	7,0	7,0
G1	6,4	6,3	0,9	1,2	7,0	7,0	3,0	2,0	7,0	7,0
G2	6,6	6,8	0,6	0,4	7,0	7,0	5,0	6,0	7,0	7,0

Pré(p=0,4524) Pós(p= 0,1772)

Quanto aos pacientes terem sido informados que haveriam visitas médicas em grupo à beira do leito as respostas foram: 63,89% do grupo G0 respondeu que **sim** . No grupo G1, 70,59% respondeu que **sim** . Já no grupo G2, 88% respondeu que **sim** e 12% **não**. Novamente, não houve diferença estatisticamente significativa entre os três grupos (p=0,0826).

TABELA 20 -DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS SOBRE O CONHECIMENTO DO PACIENTE DE QUE HAVERIA VISITA MÉDICA, INFORMAÇÃO ESTA DADA PELOS MÉDICOS RESPONSÁVEIS POR SEU TRATAMENTO

Informações sobre a visita	% Sim	% Não	%Não lembro
G0	63,9	36,1	0,0
G1	70,6	23,5	5,9

G2	88,0	12,0	0,0 (p=0,0826)
----	------	------	-------------------

Quando os pacientes foram questionados se houve visita , 83,33% do grupo G0 respondeu **sim** e 16,67% **não**. No grupo G1, 94,12% disse que **sim** e 5,88% **não**. No grupo G2, 96% respondeu **sim**. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os três grupos (p= 0,1689).

TABELA 21 - FREQUÊNCIA SOBRE A QUESTÃO SE HOUVE VISITA MÉDICA E SE OS MÉDICOS FIZERAM COMENTÁRIOS SOBRE O SEU CASO (PERCEPÇÃO DA VISITA MÉDICA)

Houve visita médica e fizeram comentários	% Sim	% Não
G0	83,3	16,7
G1	94,1	5,8
G2	96,0	4,0

(p= 0,1689)

NOTA: O grupo que mais refere não ter havido visita médica é o grupo G0 .

Quanto às questões do quadro sobre **Sentimentos e Sensações** experimentados e referidos pelos pacientes durante a visita médica, o 1º item se refere à sentir-se Triste ou Alegre. A maior proporção de pacientes que se dizem alegres está no grupo G2, com 92% versus 69,70 do G0 e 55,88% do G1(p=0,0009).

O 2º item se refere a sentir-se Tranquilo ou Nervoso e nestas respostas também a maior proporção de pacientes que se dizem tranquilos durante a

visita médica está no grupo G2 ($p= 0,0058$) 3 pacientes do grupo G0 se negaram a responder estas questões e 2 pacientes do grupo G1 apresentaram ambivalência ao referirem sentir-se tranquilos e nervosos.

O 3º item se refere a sentir-se Envergonhado ou À vontade e apesar de não haver atingido significância estatística, ($p=0,2611$) no grupo G1, há um número menor de pacientes que se dizem à vontade e neste mesmo grupo 1 (um) paciente apresenta ambivalência ao referir sentir-se envergonhado e à vontade .

O 4º item se refere a sentir-se Calmo ou Ansioso e mais uma vez, menos pacientes se dizem calmos no grupo G1, apesar de não haver significância estatística. Neste item, 1 paciente do grupo G0 apresenta ambivalência e refere sentir-se calmo e ansioso e 3 pacientes do grupo G0 se negaram a responder.

O 5º item se refere a sentir-se Sem esperança ou Esperançoso e apesar de não haver atingido significância estatística, ($p=0,2455$); 100% dos pacientes do grupo G2 se dizem esperançosos .

O 6º item se refere a sentir-se Com confiança ou Sem confiança, 2 (dois) pacientes do grupo G0 e 1 (um) do G1 se negaram a responder e 100% dos pacientes do grupo G2 referem sentir-se confiantes ($p=0,3271$) .

O 7º e último item desta lista de Sensações e Sentimentos se refere a sentir-se Com medo ou Sem medo. Três pacientes do grupo G0 não quiseram responder e apesar de não haver significância estatística, ($p= 0,4597$), há maior prevalência de pacientes que referem sentir medo no grupo G1 (35,29%).

Desta forma, no grupo G0, 69,70% dos pacientes se dizem sem medo, 24,24% com medo e 6,06% nem um nem outro. O índice de medo aumenta no grupo G1, pois 58,82% dos pacientes se dizem sem medo, porém 35,29% com e 2,94% nem um nem outro. Mais uma vez o grupo G2 se destaca, apresentando 80% de pacientes que responderam sentir-se sem medo e 20% com ($p= 0,4597$).

(vide TABELA 22 próxima página)

**TABELA 22 - FREQUÊNCIA DE SENTIMENTOS E
SENSAÇÕES, REFERIDOS PELOS PACIENTES,
TEREM SIDO DESENCADEADOS DURANTE A
VISITA MÉDICA**

Grupos Sentimentos e Sensações	G0	G1	G2	P
Triste	6,1	32,4	0,0	
Alegre	69,7	55,8	92,0	0,0009
Nem triste nem alegre	24,2	11,7	8,0	
Tranquilo	78,8	52,9	92,0	
Nervoso	9,1	35,2	8,0	0,0058
Nem tranquilo nem nervoso	0,0	2,0	0,0	
Envergonhado	18,2	29,4	20,0	
À vontade	69,7	64,7	80,0	0,2611
Nem envergonhado nem à vontade	12,1	2,9	0,0	
Calmo	51,5	50,0	64,0	

Ansioso	33,3	47,0	36,0	0,2579
Nem calmo nem ansioso	12,1	2,9	0,0	
Sem esperança	6,0	8,8	0,0	
Esperançoso	84,8	88,2	100,0	0,2455
Nem sem esperança nem esperançoso	9,1	2,9	0,0	
Com confiança	90,9	88,2	100,0	
Sem confiança	3,0	8,8	0,0	0,3271
Nem com confiança nem sem	6,1	2,9	0,0	
Com medo	24,2	35,3	20,0	
Sem medo	69,7	58,8	80,0	0,4597
Nem com medo nem sem medo	6,1	2,9	0,0	

NOTA: Três pacientes do grupo G0 se negaram a responder este quadro
O resultado do teste do Qui quadrado está registrado na última coluna, na linha do meio de cada classe de respostas do quadro de Sentimentos e Sensações.

Os pacientes do grupo G2 apresentaram diferença estatisticamente significativa quando comparados aos outros dois grupos, no que diz respeito aos sentimentos de alegria e tranquilidade referidos durante a visita médica.

No Escore de Sentimentos e Sensações, a mediana do grupo G0 foi

5,00, do grupo G1 foi 3,00 e a do grupo G2 6,00; por sua vez, o grupo G1 apresentou média de 3,81, com desvio padrão 2,82, valor mínimo de -3,00 e máximo de 7,00. O grupo G2 atingiu média 2,62, com desvio padrão 3,35, valor mínimo de -5,00 e também máximo de 7,00. Já o grupo G2 obteve média 5,24 com desvio padrão 2,17, valor mínimo de 6,00 e também máximo de 7,00. Houve diferença significativa entre os três grupos ($p=0,0049$).

TABELA 23 - DISTRIBUIÇÃO DO ESCORE DO QUADRO DE SENTIMENTOS E SENSações REFERIDOS PELOS PACIENTES DA AMOSTRA SOBRE A VISITA MÉDICA NO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PACIENTE DA CLÍNICA MÉDICA GERAL

Escore/ Grupos	Média	D.P.	Mediana	Mínimo	Máximo
G0	3,8	2,8	5,0	-3,0	7,0

G1	2,6	3,3	3,0	-5,0	7,0
G2	5,2	2,2	6,0	1,0	7,0

(p=0,0049)

Quanto ao pedido de citar o que foi considerado Positivo e o que foi considerado Negativo neste tipo de visita e discussão, o grupo G2 apresentou 68% de pacientes que relataram aspectos positivos, havendo diferença significativa entre os grupos, G2 e G0 quanto à proporção de sujeitos que mencionaram aspectos positivos da visita (p =0,0068).

Os grupos se colocaram assim: no grupo G0: houve 47,22% de respostas positivas e 16,67% de respostas negativas. No grupo G1, houve 38,24% de respostas positivas e 5,88% de respostas negativas. Mas, no grupo G2, 68% dos pacientes deram respostas positivas . Desta forma, ao comparar-se os três grupos entre si, ou seja: G0XG1XG2 há diferença estatística marginalmente significativa (p= 0,0525).

TABELA 24 - DISTRIBUIÇÃO DO ESCORE DE ASPECTOS POSITIVOS E NEGATIVOS REFERIDOS PELOS PACIENTES DA AMOSTRA A RESPEITO DA VISITA MÉDICA

Aspectos Positivos e Negativos					
	NENHUM	NEGATIVO	POSITIVO	POSITIVO/ NEGATIVO	TOTAL
	%	%	%	%	%
G0	8,3	16,7	47,2	27,8	100,0

G1	5,8	5,8	38,2	50,0	100,0
G2	0,0	0,0	68,0	32,0	100,0

(p=0,0525)

Dar-se-á início aos resultados das questões 6,7,8 e 9 e 11 sobre a Avaliação da Visita Médica .

Quanto à questão dos integrantes da equipe médica terem sido apresentados ao paciente durante esse tipo de visita e discussão, houve significância estatística nos resultados encontrados no grupo **G2**, o qual apresentou 80% de respostas positivas em relação aos outros grupos (p = 0,0030) .

Assim as respostas da questão 6 foram: no grupo G0, 55,56% dos pacientes disseram que **sim** e 44,44% que **não**. No grupo G1, 32,59% disse que **sim** e 64,71% que **não**. Já no grupo G2, 80% respondeu que **sim** e 20% **não**.

TABELA 25 - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA SOBRE A QUESTÃO SE OS INTEGRANTES DA EQUIPE MÉDICA SE APRESENTARAM AOS PACIENTES DURANTE A VISITA E DISCUSSÃO

Equipe se apresentou durante a visita	% Sim	% Não
G0	55.5	44,4
G1	35.2	64.7

G2	80.0	20.0 (p=0,0030)
----	------	--------------------

Sobre os médicos terem contado, em algum momento, o que aconteceria durante a visita e discussão, houve diferença estatística significativa entre os três grupos quanto à proporção de sujeitos que responderam afirmativamente esta questão e o grupo **G2**, apresentou 72% de respostas positivas (p=0,0102). Assim as respostas da questão 7 foram: no grupo G0, 52,78% respondeu **sim**, 47,22% **não/outros**. No grupo G1, 32,35% respondeu **sim**, 67,65% **não/outros** mas no grupo **G2**, 72% respondeu que **sim** e 28% **não/outros**.

TABELA 26 - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA SOBRE A QUESTÃO SE OS INTEGRANTES DA EQUIPE MÉDICA CONTARAM EM ALGUM MOMENTO AOS PACIENTES O QUE ACONTECERIA DURANTE A VISITA E DISCUSSÃO

Equipe contou o que aconteceria durante a visita e discussão	% Sim	% Não
G0	52,78	47,22
G1	32,35	67,65
G2	72,00	28,00

(p= 0,0102)

Ao questionar se os médicos haviam pedido a opinião, falado com o paciente, sobre o seu problema de saúde durante a visita e discussão, houve diferença estatisticamente significativa nas respostas do grupo **G2** com 72% de respostas **sempre**, ($p < 0,0001$) quando comparadas às respostas dos demais grupos .

Assim as respostas da questão 8 foram: no grupo G0, 8,57% disse que **sempre** lhe pediam a opinião, 2,86% **às vezes** e 88,57% **nunca**. No grupo G1, houve um índice de 5,88% de respostas **sempre**, 14,71% **às vezes**, 8,82% **raramente**, e 70,59% **nunca**. Mais uma vez o grupo G2 se saiu melhor pelas respostas dos pacientes, pois 72% dos pacientes respondeu **sempre**, 4% **às vezes**, 0% **raramente** e 24% **nunca**. Ao comparar-se os três grupos entre si, ou seja: G0XG1XG2 há diferença estatisticamente significativa ($p < 0,0001$) assim como na comparação dos grupos G0XG2 ($p < 0,0001$) ; G1XG2 ($p < 0,0001$) e G0XG1 ($p = 0,0805$).

TABELA 27 - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA SOBRE A QUESTÃO SE OS MÉDICOS PEDIRAM ALGUMA OPINIÃO OU INFORMAÇÃO AO PACIENTE DURANTE A VISITA E DISCUSSÃO

Equipe perguntou algo ao paciente durante a visita e discussão	SEMPRE	ÀS VEZES	RARAMENTE	NUNCA
G0	8,6	2,9	0,0	88,6
G1	5,9	14,7	8,8	70,6

G2	72,0	4,0	0,0	24,0
----	------	-----	-----	------

(p< 0,0001)

NOTA.: Um paciente do grupo G0 se negou a responder esta questão, apenas sorrindo.

Quando indagados se as visitas os haviam ajudado a compreender melhor a sua doença, 80% dos sujeitos do grupo G2 afirmaram que as visitas **sempre** os ajudaram. Compreensão esta, significativamente maior que a proporção nos outros dois grupos.

Assim, as respostas da questão 9 foram: no grupo G0: 48,57% respondeu que **sempre** as visitas os ajudaram a compreender melhor as suas doenças, 14,29% **às vezes**, 11,43% **raramente** e 25,71% **nunca**. No grupo G1, 32,35% respondeu **sempre** e **às vezes**, 8,82% **raramente** e 26,47% **nunca**. Mas, no grupo G2, 80% fez menção às visitas como terem **sempre** ajudado a compreender melhor suas doenças, 16% **às vezes** e 4% ou seja 1 paciente, **nunca**.

TABELA 28 - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA SOBRE A QUESTÃO SE AS VISITAS MÉDICAS AJUDARAM O PACIENTE A COMPREENDER MELHOR A SUA DOENÇA

Visitas médicas ajudaram pacientes a compreender melhor suas doenças	SEMPRE	ÀS VEZES	RARAMENTE	NUNCA
	%	%	%	%
G0	48,6	14,3	11,4	25,7
G1	32,3	32,3	8,8	26,5
G2	80,0	16,0	0,0	4,0

(p<

0,0105)

Ao comparar-se as respostas sobre a compreensão do que foi explicado dos três grupos entre si, obteve-se: G0XG1XG2: ($p=0,0139$) ; G0XG2:($p = 0,0392$); G1XG2 ($p = 0,0034$) e G0XG1:($p= 0.2509$).

Finalmente, ao avaliar a questão 11 que propõe que o paciente atribua uma nota à visita médica em grupo, a maior média foi obtida pelo grupo G2, 9,75 com diferença estatisticamente significativa dos outros dois grupos ($p = 0,0016$). Assim as médias foram: no grupo G0: 8,50, no grupo G1, 8,38 e no grupo G2, 9,75.

Ao comparar-se as médias das notas atribuídas à visita médica dos três grupos entre si, obteve-se: G0XG1XG2 com diferença estatisticamente significativa ($p<0,0267$). Comparando-se G0XG2 e G1XG2 o mesmo ocorreu ($p=0,0145$ e $p=0,0117$) respectivamente. Na comparação entre os grupos tradicionais, G0XG1, a diferença não foi estatisticamente significativa ($p= 0.9175$).

A proporção de sujeitos do grupo G2 que atribuíram quase a nota máxima à visita médica, foi significativamente maior que os sujeitos dos grupos G0 (sem discussão) e G1, (com discussão).

TABELA 29 - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA SOBRE A NOTA ATRIBUÍDA PELOS PACIENTES DOS TRÊS GRUPOS À VISITA MÉDICA

Notas dadas à visita médica	G0	G1	G2
	%	%	%
< 9	41,1	42,4	12,0

≥ 9	58,8	57,5	88,0
----------	------	------	------

(p < 0,0267)

NOTA: Dois sujeitos do grupo G0 e um sujeito do grupo G1 se negaram a atribuir nota às visitas médicas

Ao serem somadas as questões 6,7,8,9 e 11 avaliando a visita médica de um modo geral o grupo **G2** obteve o escore mais alto, com mediana igual a 5,00 o que o levou a apresentar diferença estatisticamente significativa em relação aos outros dois grupos (p < 0,0001). Assim as medianas foram: grupo G0: 3,00 ; grupo G1: 1,00 e grupo G2: 5,00

Ao comparar-se as medianas do escore da visita médica dos três grupos entre si, obteve-se: G0XG1XG2, (p < 0,0001), G0XG2, (p=0,0001), G1XG2, (p =0,0001) e G0XG1, (p= 0.0408).

TABELA 30 - DISTRIBUIÇÃO DO ESCORE COM MÉDIAS, DESVIO PADRÃO, MEDIANA, VALOR MÍNIMO E VALOR MÁXIMO ATRIBUÍDO À VISITA MÉDICA, CORRESPONDENTE ÀS QUESTÕES 6,7,8,9 E 11 DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PACIENTE DA CLÍNICA MÉDICA GERAL

Escore/ grupos	MÉDIA	D.P.	MEDIANA	MÍNIMO	MÁXIMO
G0	2,3	1,5	3,0	0,0	5,0
G1	1,6	1,3	1,0	0,0	5,0
G2	3,9	1,4	5,0	1,0	5,0

(p<0,0001)

Afim de discriminar possíveis sentimentos de abandono por parte dos familiares dos pacientes internados, investigou-se com a enfermagem se os pacientes, durante a internação, recebiam visitas de familiares e obtiveram-

se as seguintes informações: 93,40% recebia visitas, sobre 4 pacientes a enfermagem não soube informar (4,39%) e 5,26% não recebia visitas. Nos três grupos, 70% dos pacientes apresentava uma frequência de visitas de familiares que oscilava entre 4 e 7 vezes por semana.

Quanto à nota atribuída ao tratamento como um todo, pode-se observar que apesar das diferenças das notas atribuídas aos três grupos não apresentarem significância estatística, as médias se colocaram assim: G0: 8,9; G1: 9,0 e G2: 9,8

Finalmente, os resultados da pesquisa clínica realizada com os testes projetivos resultou nas invariantes: Ideal e Sentido de Vida, Meios Intrapsíquicos utilizados, Capacidade de Abstração e Elaboração Mental, e Capacidade de Continência. Destas, apenas duas puderam ser categorizadas e quantificadas numericamente, considerando que os Ideais e Sentido de Vida, bem como os Meios Intrapsíquicos utilizados são muito variados de sujeito para sujeito, inviabilizando sua contagem. Dos 52% dos sujeitos de cada grupo avaliados, 37,68% dos pacientes dos grupos G0 e G1 apresentam Boa Capacidade de Abstração e Elaboração Mental, enquanto que no grupo G2 essa capacidade foi encontrada em 36% dos 52% avaliados. Já no que diz respeito à Capacidade de Continência, apesar de 37,68% dos pacientes do grupo G0 e G1 terem apresentado Boa Capacidade de Abstração, 39,13% apresentava Pouca capacidade de Continência e no grupo G2, o índice de Dificuldade de lidar com os aspectos destrutivos da personalidade ou Pouca Capacidade de Continência foi de 36% dos 52% deste grupo analisados.

V - DISCUSSÃO

V) Discussão

Este projeto surgiu da observação da importância da relação médico-paciente e da necessidade de aprimorar esse contato para favorecer uma recuperação mais rápida e eficaz de nossos tão sofridos e maltratados cidadãos brasileiros. Não se trata de tarefa fácil produzir conhecimento em um contexto tão complexo e de difícil controle como uma enfermaria de Clínica Geral, de um hospital-escola do porte do Hospital das Clínicas. Entrevistar os pacientes, pedir sua colaboração autorizada, arguí-los, testá-los foi uma das atividades mais gratificantes da minha vida. O difícil foi fazê-los dirigir sua memória afetiva, o que acredito muitas vezes não ter conseguido, a responder questões amplas sobre os seus sentimentos, reportando-se à última semana de internação, como propõe a Escala de Ansiedade e Depressão para Hospital Geral, (HAD). Também não foi tarefa simples ajudar os pacientes a diferenciar a visita da equipe responsável pelo seu tratamento, das visitas dos estudantes de 4º ano, das provas de propedêutica do 2º ano, ou de alguma equipe de outra clínica que tenha sido solicitada para discutir um caso. Chegou-se a verbalizar o desejo de que, para obter os resultados reais esperados, mais puros, os pacientes do estudo deveriam ficar em uma enfermaria, sem as interferências das outras

equipes, como fazendo parte de um estudo experimental, somente tendo contato com as equipes do trabalho e aí sim, poderia ser realizado um estudo com um recorte bem definido, tendo como única variável a visita médica, a ser medida e controlada. A proposta foi aceita, porém com a ressalva de sua inaplicabilidade em nenhum outro contexto hospitalar real, pois as rotinas diárias eram assim, repletas de dinâmicas complexas, com equipes multidisciplinares, alunos de graduação, residentes, especialistas de outras clínicas, com muitas variáveis e oscilações. Portanto, declara-se que tudo o que foi possível controlar e respeitar dentro do rigor científico do método, assim foi feito.

Este compromisso levou a citar ROSENAU,(*apud Marion Minerbo, 2000*) quando ela sintetiza com clareza a problemática da investigação contemporânea, sobre os fundamentos epistemológicos pós modernos:

Nega-se a dicotomia sujeito-objeto, em uma postura crítica com relação à autonomia do dado de realidade e do fato com relação ao observador. Não há leitura da realidade fora de uma matriz de apreensão subjetiva. Esta matriz é constituída por categorias relativas à linguagem em sentido amplo: só aquilo que tem registro lingüístico, que pode ser nomeado, ganha direito de cidadania, tornando-se um dado de realidade. Assim, a

apreensão da realidade é sempre mediada por uma matriz subjetiva, isto é que pertence ao sujeito e às categorias mentais disponíveis para ele. Não há o fato em si, passível de diversas leituras: o que há, são apenas as leituras, as versões, as interpretações acerca de um fato, cuja ontologia não pode ser conhecida”

. ..“Redefine-se a verdade como dependente de convenções lingüísticas; nesse sentido, ela será sempre uma verdade local, pessoal ou comunitária, ou seja RELATIVA “verdades conflitantes não são um problema, já que cada uma pode ser verdadeira em determinado universo”.

Nega-se a possibilidade de produção de um conhecimento universal, ou de uma teoria totalizante sobre um objeto, sobre um fenômeno ou um fato qualquer. O conhecimento é sempre parcial, uma vez que é produzido a partir de um recorte, isto é, a partir de determinada matriz de apreensão,

que permite uma versão e interpretação parcial”

...Recusa-se sistematicamente um pensamento logocêntrico que se apoia sobre posições binárias (verdade/mentira, essência/aparência, bom/mau), principalmente quando tendem a privilegiar o primeiro termo da oposição. Esta postura epistemológica impugna uma atitude valorativa e portanto uma hierarquia entre boas e más teorias, versões ou interpretações. Todas as interpretações são relevantes; dependendo do contexto, uma será mais útil do que a outra.

...Recusa-se uma versão dos fatos em termos de começo meio e fim, de antes e depois, de causa e efeito. Em lugar dessa maneira de pensar tipicamente moderna, pensa-se em termos de redes de determinação, de intertextualidade, em que um evento se relaciona sempre com vários outros, sem que se possa isolar uma causa única,...” por mais que se deseje.

Parece interessante que se retome o título desta atividade didático-assistencial dos hospitais-escola " visita médica á **beira** do leito " talvez as modificações tenham que ser iniciadas por aí, pois é assim que a atividade é denominada, identificada e conhecida. Sabe-se o peso que os títulos e nomes impõe às atividades e às pessoas. Interessante, pois tudo o que está à beira, está à margem, é marginal, está nos arredores, nas cercanias, nas vizinhanças, mas não está lá, portanto não inclui; se aproxima mas não integra. Pensando analogamente, pode-se morar porta a porta com um vizinho, durante anos, sem comunicação, inter-relação, exceto a formal e cordial minimamente necessária para manter contatos superficiais, porém sem aproximação. E o que se dirá daquele vizinho que , nos toca, conhece a fundo as medidas de nossos fluídos, o ritmo de nossa respiração, de nosso pulso e de nossos batimentos cardíacos, e nos participa marginalmente desse saber. Propõe-se, portanto que a atividade didática visita médica à beira do leito, passe a ser denominada visita médica no leito do cliente.

Foi constatado no presente estudo, uma predominância de pacientes do gênero feminino e por serem pacientes com doenças crônicas menores e agudas maiores, confirma os dados da literatura mundial de que as mulheres, diferentemente dos homens, apresentam quadros de adoecimento menos graves, até porque procuram mais os médicos, antes que haja um agravamento de suas doenças. Além disso, a grande maioria das opiniões emitidas pelos pacientes do estudo, também é de um público feminino, portanto mais sensível e atento a palavras e reações.

Aproximadamente 60% da população estudada tem ensino Fundamental porém vale a pena ressaltar que este fato não denotou pouco entendimento às questões formuladas, pois para respondê-las, tornaram-se muitas vezes reflexivos e quando não entenderam pediram para repeti-las até entender e responder aquilo que realmente acreditavam estar sentindo.

No Questionário de Avaliação da Internação do Paciente da Clínica Médica Geral investigou-se, entre outras coisas, religião e fé. A função de onipotência (onipotência, onisciência e onipresença), existe no homem e é constatada e observada desde os tempos primevos. Tanto a antropologia quanto a história, a psicologia, a psicanálise, a mitologia já expressaram a constatação dessa onipotência no homem. O uso que o homem faz dela, dará a medida do conhecimento de sua estrutura do estar aí no mundo. Quando o homem coloca esta função fora de si e a institucionaliza como um corpo de dogmas, funda-se uma religião. Quando a coloca em si mesmo acredita tornar-se um deus, ter a palavra final, poder e conhecer tudo, acaba levando ao uso patológico desta função.

Deus representa a forma do indivíduo trabalhar com a idealização do objeto colocado numa figura virtual do mundo exterior. Assim sendo, apesar de muitos dos pacientes da amostra, terem apresentado idealizações infantis nas respostas dos testes projetivos, 98% deles, crê em Deus o que ameniza a responsabilidade do médico e denota que a onipotência está colocada numa energia maior, suprema, que em certa medida não depende deles, exceto pela fé necessária para estabelecer essa dependência.

Os dados mostraram que a Avaliação da Internação do Paciente Internado na CMG (QAIPCMG) , quanto ao trabalho da enfermagem foi muito boa, tendo decréscimo nos índices do atendimento noturno, em virtude da diminuição de pessoal nesse período, pois funcionários que trabalham à noite, custam mais ao Estado . Sabe-se que a demanda noturna de trabalho é menor; porém, tem de haver uma avaliação mais cuidadosa de quão menor é esta demanda, pois se há menor solicitação em relação a banhos e transporte para exames, à noite as defesas diminuem e os "fantasmas" afloram. Assim, se por um lado diminui a demanda objetiva, por outro a subjetiva aumenta. Além disso, sabe-se e sente-se, já há muito tempo, que a falta de recursos nos cofres públicos traz repercussões e falhas no quadro de recursos humanos no sentido de manter um padrão de atendimento condizente com as necessidades. O que se observa é que a diminuição da equipe de saúde nos plantões noturnos sobrecarrega os que trabalham. Estes, mesmo assoberbados, por não serem suficientes, promovem ausências e esperas prolongadas, suscitando nos pacientes sentimentos de abandono e descaso.

No item satisfação com a comida, quase 80% da população do estudo considerou **ótima e boa**, denotando que, no que diz respeito à satisfação das necessidades primárias, os pacientes não sentiram sua sobrevivência ameaçada, principalmente por se tratar de uma população carente pois a maioria pertence às classes C e D, cuja privação alimentar pode remeter a fantasias regressivas de morte e abandono, principalmente porque, muitos deles, em algum momento da vida já devem ter tido algum tipo de munção

de realidade nesse sentido. Muitos pacientes, quando tinham que ficar privados de alimentação pela necessidade de realizar exames, verbalizavam o temor de sucumbir à fome e à fraqueza. Já os 20% que atribuiu **regular**, refere-se, principalmente, aos pacientes que apresentaram quadros clínicos em que se fez necessária a restrição sódica. Assim sendo, os mesmos referiram alimentar-se sem prazer, mesmo tendo um envelopinho de sal para adicionar ao prato. Parece que a privação era mais um elemento de frustração e de necessidade de adaptação agregado a todos os outros.

Talvez pudesse haver uma forma de compensar o "desgosto" com uma atenção veiculada através da utilização de algum tipo de comunicação visual, como vinhetas com expressões tristes e um prato de comida sem sal à frente e uma expressão alegre com uma figura vigorosa e forte ao lado com algo escrito mais ou menos assim:

" Não fique triste ☹️ estamos cuidando de sua saúde 😊 " ou

"Você é muito importante para nós 😊!!!!!!" ou

"Não fique mal ☹️ é melhor comer sem sal 😊!!!!!!" ou

"Nós sabemos que é difícil comer sem sal ☹️, use o envelopinho

sal → 📧, aqueles que te amam agradecem 😊 😊 😊 😊 "

Além de ser uma forma de atenção, permite que o paciente expresse sua frustração mesmo que seja para criticar o aviso ou reclamar.... : ...É, *não fique triste porque não é você quem come sem sal ou... Melhor comer sem sal! Então coma você!!!!* Não importa o efeito imediato que a

mensagem possa suscitar e quanto provoque de reações, o importante é que possa se constituir numa via de expressão e tenha um lugar para ser expresso e alguém para ouvir sua dor; nem que seja o atendente da nutrição ou a paciente do leito ao lado. Além disso, cria-se uma expectativa quanto ao aviso do dia seguinte, ou mesmo do jantar do mesmo dia e uma diferenciação positiva em relação ao colega do leito ao lado. São formas delicadas de lidar com a "criança" de cada um.

No que diz respeito a avaliação do atendimento médico quanto à comunicação prévia e consulta de concordância sobre a realização de exames laboratoriais o menor índice de respostas "**sempre**" foi detectado no grupo G1, denotando certa "autonomia" nas decisões sobre os exames dos pacientes pertencentes a esse grupo. Nesse sentido, talvez o fato deste grupo ao passar a visita médica discutir na frente do paciente leve a equipe médica a entender que ele já está ciente sobre o que vai acontecer e por isso o consulta e explica menos do que ao paciente que pertence ao grupo G0 ou ao G2.

Por outro lado, o conhecimento dos pacientes dos três grupos em relação ao seu saber sobre o porque de sua internação indica uma boa relação médico-paciente com aquele que o internou e percepção preservada da doença.

Observa-se que a rotina de internação e de atendimento médico dos três grupos não promove diferenças significativas em suas percepções antes da visita; porém, o escore de atendimento médico pós visita, frente ao movimento promovido pelo grupo G2, no sentido de preocupar-se com o

sujeito que ali está para tratar-se de uma doença que o acomete, promove diferenças nos padrões de respostas, estatisticamente significantes, deixando muito claro que as mudanças na forma de tratamento e consideração com o paciente elevam os conceitos que eles atribuem ao atendimento médico que estão recebendo.

O escore do Atendimento da Equipe Médica como um todo, comprova isso, pois as médias e notas mínimas mais altas foram atribuídas ao grupo G2, refletindo a satisfação com a melhoria da qualidade do atendimento médico, satisfação esta que foi extensiva à avaliação feita não só nos pós visita, mas também no pré.

Quanto aos resultados obtidos pós visita em relação ao fato dos pacientes terem sido informados que haveriam visitas médicas em grupo à beira do leito, o maior índice de desconhecimento desse tipo de atividade foi referido pelo grupo G0, ou seja, o grupo que não discutia à beira do leito parece ter achado desnecessário avisar sobre a atividade.

Quando questionados se houve visita à beira do leito, ficaram evidenciadas as questões das diferenças na subjetividade porque do grupo G0, apesar de 83,33% haver respondido que sim, 16,67% considerou não ter tido visita médica. Talvez essa diferença se deva ao fato de alguns pacientes do grupo G0 terem assistido a visita do grupo G1 e ao comparar a sua com a deles, consideraram não terem tido .

Dar-se-á início à discussão do quadro de Sentimentos e Sensações e pode-se dizer que apesar de ter sido um instrumento criado para este estudo, talvez por apresentar questões diretas e objetivas sobre sentimentos

suscitados durante a visita médica tenha sido bastante eficaz e alcançado os objetivos pretendidos com a escala HAD, os quais não foram possíveis, pelo menos no que diz respeito à nossa variável independente.

A escala HAD apresenta questões mais complexas, abrangentes e que inviabilizam a referência a algo tão específico como visita médica. Ela possibilita uma medida mais geral de ansiedade e depressão, cujos registros puderam ser confirmados nos resultados dos dois testes projetivos utilizados. Porém, o quadro de sentimentos e sensações realizou um recorte bastante interessante, que possibilitou diferenciar, de maneira clara, o que as diferentes formas de visita podem desencadear nos pacientes. Assim chama a atenção a proporção de pacientes do grupo G2, 92%, que refere ter se sentido alegre durante a visita médica, se comparado com os 55,88% de pacientes que referem ter se sentido tristes no grupo G1 ou mesmo os 24,24% de nem alegres nem tristes no grupo G0. Só o fato de apresentar o grupo da visita, ter um médico que declara em público ser o responsável pelo tratamento daquele paciente, apresentar o professor ou assistente, aquele que detém o saber, que sabe mais e foi até lá para conversar com o médico do paciente e toda a equipe que o acompanha sobre o que deve ser feito com ele, sem usar termos técnicos, e se usados, imediatamente traduzidos, já leva a uma descontração. O próprio esforço dos internos para apresentar o caso e não falar anasarca mas sim inchaço, falta de ar no lugar de dispnéia, etc. já aproxima, relaxa, faz descer do pedestal e consequentemente reflete numa sensação de alegria no paciente, sensação esta muito menos referida pelos pacientes do grupo G1, 32,35% ou mesmo

do G0 69,70% levando a uma diferença significativamente maior, ($p = 0,0009$), quando comparados entre eles.

QUAYLE, (1998) com muita propriedade, aponta que uma queixa bastante mencionada refere-se à falta de interação entre o paciente e a equipe durante a visita e sugere, inclusive, que a atenção recebida o é de maneira ambígua ou ambivalente: trata-se de uma "atenção impessoal", se é que isto é possível, de uma preocupação com o caso e não com o indivíduo. Nas instituições hospitalares, é muito comum que o paciente seja visto de maneira cindida, como uma doença separada de seu portador, como se houvessem duas entidades diferentes: a pessoa humana portadora de uma história de vida, com sentimentos, emoções, dúvidas e um físico doente. Na atuação médica parece haver espaço somente para a manifestação somática da doença e o que se nota é que há uma necessidade gritante, fundamental do paciente reparar, resgatar, recuperar sua identidade cindida.

O paciente valoriza as informações técnico-médicas recebidas durante a visita médica, procurando incorporá-las e segui-las. Mas talvez, o outro lado de suas expectativas, dúvidas e temores fiquem sem o devido esclarecimento, não sendo abordadas, o que pode gerar ansiedade e frustração. O paciente é mantido à margem da discussão. Alguns autores como PERESTRELLO (1996), comentaram que professores usavam a visita médica não para discutir o caso na frente do paciente, mas para "fiscalizar" se os procedimentos necessários estavam sendo realizados.

A própria situação de discussão de alternativas terapêuticas pode ser vivenciada com insegurança pelo paciente, podendo dar a impressão que

seu caso é muito grave e que os médicos não sabem o que fazer. Além disso se instalará um quadro de apreensão se as alternativas não lhe forem cuidadosamente apresentadas individualmente, oferecendo-lhe oportunidades para esclarecer dúvidas.

Autores como SIMONS et al (1989) após realizarem medidas bioquímicas no sentido de detectar alterações significativas nas substâncias sangüíneas dos pacientes que denunciariam processos ansiogênicos durante a visita médica, referiram não terem encontrado respostas clínicas relevantes que justificassem essas considerações. Vale a pena destacar, que há diferenças significativas culturais, biopsicosociais e nas políticas de saúde entre os pacientes ingleses e os brasileiros. Por isso, esses estudos e achados no que diz respeito à forma das visitas, não se aplicam aos contextos brasileiros. No presente estudo também não se considerou a apatia que os pacientes apresentam frente o abandono, exclusão e sentimentos de inferioridade experimentados durante a visita-médica. Não entendem o por que daquela atividade. Realizam-se discussões à beira do leito sem se olhar para o paciente, muitas vezes em sua ausência, com utilização de linguagem técnica prolixa e tomando-se decisões sem que ele esteja a par. Muitos, ao serem indagados sobre o que viam de negativo na visita médica, diziam : *"A visita é para eles, não para nós. Nem nos olham, ficam de costas, falam numa língua difícil, eles estão aprendendo e ensinando. Para vocês, é bom estar no hospital; para nós não."* Além disso, o paciente parece lembrar a alguns médicos, o que eles gostariam de esquecer, por estar contido neles mesmos e por que não dizer em todos nós

em medidas diferentes; pois o contato humano com o desconhecimento do paciente, sua depressão, sua inibição, sua ansiedade, seu sentimento de exclusão, seu abandono, sua vulnerabilidade, sua fragilidade, pode levar ao contato com todos esses aspectos contidos no próprio médico, os quais ele tenta desesperadamente evitar.

No hospital-escola, muitas vezes, o paciente não tem como referencial um único médico, isto é, não há um só médico identificado como sendo responsável pelo seu caso. Isto favorece o que QUAYLE (1998), chama de "conluio do anonimato", dificultando a instalação da relação médico-paciente. Por sua vez, a hora da visita médica é a hora em que todos aqueles integrantes estão cuidando do seu caso; como se aquele grupo constituísse uma unidade muito mais rica do que aquela constituída por um único ser que cuida; mas que se só falar consigo própria, não estabelecer a inter-relação com seu maior interessado, não lhe explicar, não o escutar, olha-lo sem vê-lo, passará a suscitar efeitos colaterais que superam e anulam os possíveis benéficos de seu efeito terapêutico. As principais funções dos sentidos de cada um daqueles membros da equipe ficam privadas, impedidas... não se vê, não se ouve, não se sente os odores daquele clima, daquela relação, não se toca o ser e o que se pode deixar destas ausências é um gosto muito amargo.

SIEGLER,(1978), LINFORS (1980), LERMAN,(1989), ressaltam os benefícios proporcionados pela visita médica ao leito. Porém , os resultados deste estudo enfatizam os efeitos iatrogênicos de algumas atitudes do grupo

que discute da maneira tradicional à beira do leito (G1), levando-o à necessidade de fazer reparos em sua forma de apresentação.

Ao comparar-se os resultados do grupo G0 com os do grupo G1 no que diz respeito à consideração em comunicar, explicar e consultar a concordância dos pacientes em fazer exames laboratoriais, obtém-se 57,1% de respostas **sempre** para o G0 no pós visita, contra 35,3% para o G1. Bem como a preocupação dos médicos em dar explicações aos pacientes sobre a doença no pós visita, resultou que os pacientes do grupo G0 apresentam um índice de respostas **sempre** de 77,1% contra 60,7% do grupo G1. Por outro lado, a carência de comunicação do grupo G0 também traz repercussões negativas sobre os pacientes desse grupo, uma vez que a compreensão referida do que foi explicado de suas doenças alcançou um índice de frequência de 63,9% contra 76,5% dos pacientes do grupo G1 e 96,0% do grupo G2.

Há um discurso de necessidade de esforço contínuo de humanizar o atendimento, porém parece que não passa de vã digressão filosófica, pois propõem-se esforços para naturalizar as relações o que denuncia uma desnaturalização. Mas humanizar trata-se de realizar movimentos simples como sorrir, aproximar-se, resgatar a empatia no contexto profissional. Foi basicamente isto que o grupo G2 realizou de diferente dos outros grupos. Havia descontração e consideração. Não se trata de ficar rindo como hienas ou contar piadinhas onde o próprio interlocutor ria sozinho, porém aproximar-se com delicadeza, consideração e humildade.

Ainda sobre as respostas do Quadro de Sentimentos e Sensações referidos durante a visita médica, parece que o fato do grupo G1 ter-se mantido próximo ao leito, porém distante do paciente, fazendo uso de linguagem prolixa, aumenta a frequência dos sentimentos de vergonha. BUARQUE DE HOLANDA (1982), define esta palavra como oriunda do latim *verecunnia* que significa desonra, humilhante, opróbrio, ignomínia, sentimento penoso de desonra, humilhação ou rebaixamento diante de outrem. "*Sentimento de insegurança provocado pelo medo do ridículo*". Não se pode desconsiderar que 20% do grupo G2 também referiu sentir-se envergonhado, apesar de todos os cuidados tomados por esse grupo, o que reforça a questão de que não há garantia de sucesso absoluto, com modelo de visita perfeito. Ao lidar-se com pessoas, as únicas garantias são as não garantias.

Quanto aos índices de ansiedade referidos pelos pacientes dos três grupos, o menos ansioso é o grupo G0, com 33,3% e o mais ansioso é o grupo G1 com 47,0%. O grupo G2 apresentou índice de ansiedade de 36%; porém, 64% dos pacientes desse grupo se dizem calmos, contra 51,5% do grupo G0 e 50,0% do grupo G1. A ansiedade, até um certo ponto, é natural, haja vista que, por algum motivo, se desfez o equilíbrio existente, anteriormente à internação. Seria estranho e passível de investigação se não houvesse um quantum de ansiedade detectada nos pacientes internados e em tratamento. Sabe-se também que à medida que vão sendo feitos exames os quadros vão se esclarecendo, estes são relatados e explicados aos pacientes e após o período de impacto da internação e sua

posterior adaptação, os índices de ansiedade, de uma maneira geral, caem. Porém, o Grupo G1 discute à beira do leito em termos técnico-científicos, que podem denotar meias verdades, (o que na verdade muitas vezes acontece de fato), sugerem omissões, interpretações errôneas, alimentam as fantasias e estas, são individuais e pessoais; portanto, totalmente fora de controle. Por outro lado, uma relação de confiança franca e aberta, tem grandes chances de transformar-se num sentimento de segurança, para a grande maioria dos pacientes. Por exemplo, é muito comum que os pacientes tenham medo de exames desconhecidos, principalmente por temerem a dor que eles possam provocar. Alguns já tem experiências com investigações e internações anteriores, outros não. Quando um médico explica ao paciente que vai realizar um exame, e este pergunta se dói, é muito importante que o médico diga a verdade. Não se trata de ser trágico ou cruento, mas de dizer se é desconfortável ou não para a maioria dos pacientes, deixando claro, que cada um tem um limiar de sensibilidade para a dor. Caso omita informações e as constatações reais sejam contrárias ao que foi informado, certamente isso gerará raiva e um certo sentimento de traição que comprometerá o vínculo. Não foram poucas as vezes que se ouviram explicações sobre colonoscopias, sondas nasogástricas, histerosalpingografias, ou mesmo cauterizações, as quais foram explicadas como "*examinho para saber como está*". A consideração e o pesar pela dor do outro, consideração esta transmitida pelo olhar, pelo tom de voz, pelo cuidado com as palavras, pelo aperto de mão, pelo sentir, funcionam como a água que se joga para apagar um fogo que se acendeu. É como o pedido de

desculpas feito com consideração, muito diferente daquele irônico ou estereotipado. O verdadeiro, aplaca a dor da mágoa. O médico não tem culpa que o paciente está doente e para ajudá-lo e curá-lo, precisa de exames que são invasivos e dolorosos. Não foi ele quem os criou mas é ele quem os pede. Portanto, é a partir de seu pedido e do consentimento do paciente que eles serão realizados.. Além de que, aquele exame poderá revelar algo que o paciente não quer saber. Só o fato de aceitá-lo e enfrentar a verdade que virá, é louvável e digno de consideração. Tudo isso, sem contar a própria situação do exame, independente dele ser com dor ou não. Talvez isso explique os maiores índices de pacientes que se dizem calmos do grupo G2, em virtude da solicitação de proximidade, continência e paciência com os pacientes.

Vale a pena ressaltar que não foi fácil para alguns membros do grupo de profissionais que participou da visita do grupo G2, falar em linguagem coloquial e ser natural. Pareciam temer parecer ridículos sem o palavreiro. Muitos, as mesmas dificuldades que apresentavam com as palavras, tinham com onde colocar as mãos. Aliás, em comentários nos corredores da enfermaria ou em reuniões em *petit comité*, essas dificuldades e estresse foram explicitadas, o que não deixa de ser muito importante, pois gera a percepção da distância estabelecida pela cientificidade.

Ainda no Quadro de Sentimentos e Sensações, 100% dos pacientes do grupo G2 se disseram esperançosos e confiantes e apenas 20% referiu sentir medo contra 35,29% de pacientes do grupo G1 e 24,24 do grupo G0 que referiram sentir medo durante a visita e discussão. A grande maioria dos

pacientes dos três grupos que referiu medo, estava relacionado com o temor de estar sendo acometido por doença grave e mortal. Alguns referiram medo de demorar para voltar para casa e outros medo de que suas doenças não tivessem cura.

As diferenças estatisticamente significantes ($p= 0,0049$) entre os pacientes dos três grupos no escore do Quadro de Sentimentos e Sensações evidenciam as repercussões positivas das mudanças de conduta dos profissionais sobre o grupo G2. A média obtida pelo grupo G2 (5,24) é exatamente o dobro da do grupo G1(2,62) e quase 40% maior do que a alcançada pelo grupo G0 (3,81). Será que essas diferenças tão explicitadas não merecem ser levadas em consideração? Será que ainda se resistirá e se falará em linguagem prolixa e distante? Será que se continuará não olhando, não ouvindo e excluindo o paciente daquilo que se fala a respeito dele? Repito que não se deve deixar de falar e discutir o que é importante. Não se trata de ir ver o paciente como quando se olha uma vitrine de shopping sem desejo de comprar, apenas para "cumprir" um tempo, para dizer que foi; mas entrar na loja, dirigir-se a quem está lá para atender, aproximar-se, perguntar, interessar-se, falar, explicar o que se quer, o que se procura, como se tem procurado, as possibilidades sabidas para a aquisição daquele bem, as dificuldades para adquiri-lo e tudo o mais que for pertinente.

Na avaliação do que foi considerado positivo e negativo na visita médica, fica reiterada a satisfação do grupo G2, uma vez que 68% dos pacientes deste grupo apontaram aspectos positivos nesta modalidade de

assistência. Aliás, todas as questões que se seguiram para investigar a visita médica, como se os integrantes da equipe se apresentaram, ou se os médicos pediram a opinião dos pacientes durante a visita e discussão, apresentaram diferença estatisticamente significativa do Grupo G2 para os outros dois grupos. Quando 72% dos pacientes deste grupo diz considerar-se **sempre** incluído na discussão, contra 70,1% do Grupo G1 e 88,6% do Grupo G0 que se diz **nunca** incluído na discussão, denota não só uma percepção preservada em relação ao estilo de visita e procedimentos da mesma, mas também significa que 72% do Grupo G2 se sentiu tratado como sujeito e não como objeto. Obviamente esse tipo de respeito e posicionamento oferecido ao paciente bem como esta mudança de postura por parte do Grupo G2, repercute diretamente sobre o processo de compreensão do adoecimento dos pacientes do Grupo G2; 80% destes refere que as visitas **sempre** os ajudaram a compreender melhor as suas doenças. Vale destacar que a compreensão implica numa simbolização, num alcance, numa representação psíquica de algo que não tinha forma, era incompreensível. Ora, como iremos ajudar a resolver um problema, se nem sabemos qual é? A criatividade para explicar os processos fisiológicos é a ponte criada pelo médico, para que o paciente alcance a compreensão do mal que o acomete, mesmo sem ser médico.

Entende-se por simbolização a pré-condição para passar do pensamento concreto próprio da criança para o pensamento lógico- abstrato; uma passagem do processo primário ao processo secundário.

No desenvolvimento evolutivo normal o processo parte em seu momento inicial do concretismo e indiferenciação entre o símbolo, o simbolizado e o ego simbolizante até a obtenção de símbolos diferenciados que capacitam ao ego para a relação com a realidade psíquica e externa e assentam as bases para o desenvolvimento e pensamento verbal.

A obtenção dessas representações simbólicas marca uma mudança qualitativa central na vida mental: as múltiplas e diversas lembranças de imagens, idéias que ameaçam, à medida que aumenta a complexidade mental, em sobrecarregar o aparato psíquico, passam, através de processos de discriminação, sínteses e abstração a estar contidos e condensados nos símbolos

Todos os primeiros símbolos evolutivos e posteriormente os símbolos inconscientes tem características de representatividade plástica. São representações plásticas com qualidades mais reprodutivas, sínteses de imagens cinestésicas, táteis, visuais que reproduzem experiências emocionais, concepções sobre partes do corpo, funções corporais, de um modo mais próximo à experiência perceptual. O estabelecimento da palavra como continente simbólico é uma conquista posterior na evolução. A concepção da palavra como representante simbólico dos objetos, emoções, vínculos é o resultado do árduo processo evolutivo de simbolização já realizado. Por sua vez, a concepção da palavra como símbolo, acenta as bases indispensáveis do pensamento verbal como instrumento eficaz de vinculação e modificação da realidade interna e externa. No pensamento concreto, a palavra está longe de ser concebida como símbolo; não há

relativização, abstração, não chega a ser "representante de ", mas é tomada como indistinta do simbolizado.

Portanto, a avaliação da capacidade de simbolização e elaboração de um trauma como o adoecimento e da relativização do que é dito a respeito do paciente sobre a sua doença e à beira de seu leito , desde que possibilite sua compreensão, é de vital importância para a recuperação desse paciente ou mesmo para a sua piora. Vale explicar pressão alta, utilizando-se imagens de mangueiras e pressão d'água, assim como problemas imunológicos como se o corpo fosse uma grande fábrica, muito bem organizada, cheia de operários, onde cada um faz um trabalho específico e, por algum motivo, ocorre uma desorganização, os operários se confundem e passam desempenhar suas funções de maneira confusa.

Finalmente, as freqüências das notas atribuídas ao tratamento como um todo mostram que 41,1% dos pacientes do Grupo G0 atribuíram nota menor que 9 ao grupo G0, contra 42,4 do Grupo G1. Ora, apesar de não haver diferença estatisticamente significativa entre os três grupos, surpreende que a média do Grupo G0 seja maior do que a do Grupo G1; pois ao não discutir à beira do leito, há um maior afastamento da equipe em relação ao contato com o doente, havendo direta repercussão nos resultados perceptivos dos cuidados durante a internação. Porém, uma equipe que se aproxima, mas mantém-se afastada pode ser pior do que visita sem discussão. Somente será melhor com os devidos cuidados e inclusão do paciente enquanto sujeito. É a tal história, é melhor não falar nada do que dizer algo que possa trazer um sentimento de desconforto, ou

agir com tamanha indiferença, que remeta o paciente a sensações internas de abandono e menos valia. É melhor a ausência do pai do que um pai ausente.

A partir da participação em inúmeras visitas médicas, pude levantar, de maneira não sistematizada, porém pela experiência clínica e institucional de longos anos de trabalho, alguns sentimentos observados e também relatados por pacientes e alguns membros das equipes de saúde no momento da visita médica com discussão clínica **à beira** do leito.

Assim sendo, estas são algumas das unidades emocionais que parecem interagir no grupo, promovendo uma complexidade grupal pois haverá uma mescla e uma dinâmica das mesmas.

(vide Esquema "Possibilidades de confronto de Sentimentos e Fatos durante a visita na próxima página).

QUADRO DA EQUIPE

Constata-se aqui uma dinâmica emocional complexa e aponta-se para a importância de que o coordenador da equipe conheça um mínimo de dinâmica de grupo para que ele possa colaborar para diminuir as angústias persecutórias que ocorrem em qualquer grupo no sentido de neutralizá-las e para que o **grupo de trabalho** não fique prejudicado nos seus objetivos pela invasão do **grupo emocional**. A dinâmica emocional persecutória prejudica o raciocínio tranqüilo, a liberdade, a criatividade, o livre circular interno e assim a possibilidade de contribuir não só intelectualmente com as associações do conhecimento clínico já adquiridas, como afetivamente, com o conhecimento recém adquirido e a conseqüente aproximação do paciente como um todo. Ser tratado como um ser humano, suscita sentimentos

construtivos, de amor que levam a responder com amor não só ao professor, mas também aquele que propiciou que aquela troca rica ocorresse. Sabe-se que em inúmeras clínicas, não é isso o que acontece. Muitas vezes, o professor ou aquele que desempenha essa função espera a exposição pública para desfechar agressões retalhiatórias contra um membro da equipe, despertando assim essa ansiedade persecutória em todos, por não saberem quem será o próximo, talvez cada um deles.

A figura do professor será ligada internamente ou a aspectos construtivos da personalidade ou a aspectos críticos, rígidos, destrutivos e retalhiatórios da personalidade de cada membro, encontrados em maior ou menor grau.

É importante ressaltar que embora tenha que haver uma visita padronizada e diferenciada das anteriores (G0 e G1), esse padrão aperfeiçoado não é perfeito e não contém todas as variáveis da relação médico-paciente. Nestas condições, a equipe, além de usar o referencial visita/padrão, deve adaptá-la a cada paciente em particular, levando em consideração as diferentes formas de expressão das invariantes. Assim sendo nessas condições atinge-se um limiar melhor de humanização da visita médica no leito. Mas, pensar que se atingiu de maneira rígida e padronizada uma visita ideal leva a cair na armadilha do engano, pois tem-se que manter os sentidos, a percepção e sensibilidade aguçados para não incorrer em modelos que, se por um lado levarão a acertar com alguns pacientes, por outro ocorrerão erros pela dificuldade de avaliar as possibilidades de vivência e aceitação daquela experiência (visita médica)

por parte de outros pacientes. Um contato franco e claro com pacientes que já trazem de base altos índices de ansiedade, o levam a comprometer a escuta. Uma das pacientes do estudo, em virtude de altos índices de hipertensão, passou a apresentar uma retinopatia e consequentemente, teve a visão prejudicada. Ao participar do estudo, relatou que o médico não lhe explicava o que estava acontecendo e portanto, sentia-se abandonada e não tão bem cuidada, atribuindo assim nota oito ao tratamento médico que estava recebendo. Ao investigar com o médico o que estava ocorrendo, o mesmo referiu já ter explicado inúmeras vezes àquela paciente sobre o seu problema visual e a necessidade de ser acompanhada por um especialista da oftalmologia, assim que tivesse alta. Passou assim a pairar no ar, a sombra da dúvida... o que estaria acontecendo? Seria o médico que não estaria explicando a problemática de saúde da paciente ou seria a paciente que estaria apresentando altos índices de ansiedade e dificuldades de simbolizar as informações que lhe estavam sendo transmitidas e por isso referia não estar sendo informada? Numa tentativa de elucidar a questão e também pelo cumprimento do protocolo do trabalho, foram aplicados o TAT e Desiderativo, levando à uma surpresa quando ao receber a prancha 1 do TAT, a paciente olhou para o menino e disse: "*este menino é surdo*". Imediatamente o problema foi elucidado. Quem trazia grandes dificuldades para ouvir e processar o que ouvia era ela.

O médico tem que **sentir** o paciente e saber quando a visita e as informações inerentes à ela serão positivas e quando não serão, até que possa ser possível alcançar um equilíbrio.

Até hoje, os médicos se preocuparam muito e tornaram-se especialistas das minúcias da invariante formal (anamnese, exame físico, exames complementares), negligenciando a invariante das minúcias do relacionamento humano. O acesso à estas invariantes se dá através da entrevista sobre a vida do paciente, desde que se tenha interesse de pesquisa na área humanística do paciente e disponha de tempo hábil para isso. As invariantes são os elementos de elasticidade para se ter uma porta aberta à compreensão e para que o modelo não seja aprisionante.

A questão que pode ser levantada a respeito da visita médica em grupo é a seguinte: apesar de ter valor inquestionável para a formação médica, que tipo de efeitos poderia apresentar sobre o paciente ? Existe uma tendência de considerar essas visitas como deletérias do ponto de vista do bem-estar psicológico do paciente e questionáveis do ponto de vista ético. Visando esclarecer esse ponto propôs-se a pesquisa de alguns aspectos dessa modalidade particular da relação médico-paciente, enfatizando-se os efeitos que a mesma possa suscitar sobre o paciente internado.

A literatura disponível é escassa; no entanto, e de maneira consistente, contraria esta visão, como foi apontado com os diversos estudos citados, ressaltando os efeitos benéficos ou ao menos inócuos dessas visitas sobre o *bem-estar do paciente*.

Quando o modelo de investigação é rígido e não leva em consideração o desejo do paciente, pode ocorrer algo assim:

Recentemente, ao convidar-se uma paciente para participar do protocolo da pesquisa, a mesma dispôs-se, apesar de dizer que estava com

uma “*dor de cabeça*”. Perguntou-se se preferia que se voltasse outro dia e ela disse que não, que poderia responder, mas que se fizesse a gentileza de abaixar a cabeceira de sua cama. Estranhou-se, pois se ela havia se disposto a responder a pesquisa, por que mandava que se abaixasse a sua cama? Lembrou-se das regras de neutralidade, atendeu-se seu pedido e ficou-se atenta ao que iria acontecer. Iniciou-se explicando-lhe cuidadosamente o que se iria pesquisar e pediu-se que assinasse o termo de consentimento. A paciente assinou e cobriu a boca com uma toalha abafando suas respostas, impedindo de entendê-la. Delicadamente, pediu-se que afastasse a toalha, pois não se conseguia entender o que estava respondendo. Continuou-se atenta e estranhando, sem saber aonde se iria chegar. Seguiu-se com a escala HAD, a qual foi respondida com os olhos fechados. Avisou-se que a mesma seria reaplicada após a visita médica e deu-se continuidade ao questionário. Sabia-se que ela estava internada para compensar o seu quadro de diabetes.

Ao iniciar as perguntas sobre o atendimento médico, a paciente, sentou-se no leito, abriu os olhos e passou a relatar, com muita angústia, um incidente ocorrido com a residente responsável pelo seu caso que, segundo ela, havia insistido, naquela manhã na necessidade de fazer uma biópsia renal para entender o porquê das alterações dos exames bioquímicos. A paciente por sua vez, referiu haver-se negado, veementemente, a realizar qualquer exame renal que fosse, pois recentemente havia tido muitas “dores nos rins”, dores estas lancinantes, as quais ela suportou e orou, orou muito para que o seu *Deus* as tirasse e através de sua fé ela havia alcançado a

graça que foi confirmada pela médica ultra-sonografista a qual afirmou que seus rins apresentavam dimensões normais, sem cistos ou qualquer anomalia. *Não entraremos no mérito da questão do diagnóstico por imagem.* A seguir, relatou referir-se sua dor de cabeça, àquele incidente com a sua médica, ocorrido naquela manhã, que segundo seu relato, lhe perguntou: "Afinal, quem é a médica aqui, eu ou a senhora?" E a paciente disse haver-se calado, pois estava submetida àquela pessoa que nem sabia bem qual era o seu papel e se dirigia aos pacientes de maneira irônica e inadequada (sic). Disse ainda que havia sido internada para compensar o seu diabetes e que ninguém havia lhe dito, ou mesmo perguntado, se ela queria tratar os seus rins. E que ela não queria; portanto, pelas informações que tinha, seu desejo deveria ser respeitado e continuou: *"porque os médicos insistem em apropriar-se do direito de escolha do paciente? Por que, privam, por exemplo, esta pobre senhora aqui ao meu lado, do direito de saber que vai morrer e preparar-se para a própria morte? Durante a visita médica, entreolham-se e usam termos científicos pensando que, por não entendê-los, não captamos gestos, expressões e o sentido do que é dito."*

Apropriadamente SANVITO (2000) lembra:

A palavra é uma espécie de serva do pensamento. Ela veste o pensamento e às vezes veste mal. Certas situações ou sensações são inexprimíveis. Conhecer não significa, necessariamente, explicar com palavras. Se as palavras tentam dissimular o

pensamento, os gestos se encarregam de explicitá-lo.

E a paciente continuou... *"Ora, as pessoas não se preparam para ir a um casamento, separando a roupa, comprando um presente, arrumando o cabelo, pensando em quem vão encontrar, sobre o que vão conversar, como será que está esta ou aquela pessoa, etc... por que não podemos preparar-nos para a nossa própria morte ou escolher o tratamento que aceitamos e o que não queremos porque estamos bem?"*

A partir de tudo isso, pode-se entender porque essa paciente estava tão defendida ao contato, até porque os pacientes não fazem muita distinção entre os membros da equipe, quem é médico e quem é psicólogo, como apontou a própria: *"para nós, vocês todos são farinha do mesmo saco"* . expressando a confusão de papéis que sente na equipe.

Conversou-se com a residente responsável por aquele leito e explicou-se o quanto seria importante estabelecer uma relação positiva com sua paciente, até para que ela pudesse compensar o seu diabetes e sair de alta; sugeriu-se que esclarecesse o mal entendido, e que se fosse necessário, se desculpasse com a paciente e se não se sentisse à vontade para continuar a atendê-la, por questões internas pessoais, que passasse o caso para um colega, pois seria mais produtivo e saudável para todos. Houve atrevimento? Talvez... A médica não foi muito receptiva ao que lhe foi falado sobre o que a paciente observou e criticou em relação à sua conduta, atribuindo à própria paciente atitudes que dificultavam a investigação do quadro. Suas queixas foram ouvidas, nada mais foi dito, apenas aguardou-se o desfecho

da situação. Ao retornar para dar seqüência à pesquisa, encontrou-se uma paciente sorridente, sentada no leito, que disse estar muito feliz pois sua médica havia conversado com ela naquela manhã e explicado que havia um sentido construtivo na proposta da investigação renal, mas que ela nada iria fazer sem o consentimento da mesma. A paciente, por sua vez, referiu ter-se desculpado por haver pensado mal dela, que queria cuidá-la. Foi-lhe perguntado se gostaria de continuar no ambulatório sendo atendida pela mesma médica e ela respondeu:

“ claro, alguém que vem e apresenta suas intenções como ela fez, merece toda a minha confiança. Ela é a minha médica.”

Num sentido metafórico, o médico deve procurar dirigir um olho para cada lado; ou seja, um olho deve permanecer no aspecto objetivo formal e suas invariantes e o outro, no aspecto subjetivo informal e todas as suas variáveis. Como exemplo, a partir das análises das duas pranchas do TAT e do Questionário Desiderativo aplicados após a visita médica a 69 pacientes dos Grupos G0 e G1, foi feita uma tabela com as 4 (quatro) invariantes mais freqüentemente encontradas em 52% dos pacientes destes grupos e a inserção de cada um deles nesta seleção de invariantes.

A partir da utilização de dois instrumentos diferentes, com aspectos e respostas formais diferentes, os pacientes apresentam no material latente invariantes funcionais humanisticamente comuns que podem ser investigadas no sentido de compreender as experiências emocionais que estão sendo vividas por aquele paciente, independente da etiologia orgânica de sua doença. O propósito desta pesquisa é descobrir com certa segurança

de evidências, qual é o melhor caminho para ajudar esse paciente a administrar essas funções e integrar-se à realidade, dentro de uma atitude o mais construtiva possível. Nessas condições, o paciente será tratado não só no seu campo biológico, como também simultaneamente no seu campo psicodinâmico, dando a ele o real tratamento como sujeito-paciente e não só da doença.

Vale lembrar BALINT (1985)

O pensamento médico é hoje crucialmente influenciado pelo medo de não se identificar algum problema físico enquanto se concentra a atenção em possíveis causas psicológicas. Há várias razões para esse medo...negligenciar uma possível doença psicológica apenas para que se fique seguro de que não foi diagnosticado nenhum processo físico, pode ser tão deletério para o futuro do paciente quanto a citação geralmente oposta, quer dizer, concentrando indevidamente atenção nas implicações psicológicas e consequentemente negligenciando possíveis causas físicas .

Para levantar as invariantes dos pacientes do estudo, foram utilizadas as pranchas da vida e da morte. A técnica consagrada já mostra que para

melhor entender os resultados de um teste, como por exemplo o TAT, é necessário o uso de no mínimo 10 pranchas. Por outro lado, o paciente em si, necessita ser tratado com a medicação eficiente e não com placebo. O placebo, tem efeito terapêutico relativo, e é usado em pesquisas. Usar 10 pranchas de TAT e todos os recursos do desiderativo, implicaria numa sobrecarga afetivo-emocional sobre o paciente, sem que ele tivesse esses conteúdos estimulados trabalhados através de uma psicoterapia após a pesquisa. Seria como usar um placebo. Para estabelecer uma hierarquia de valores e conciliar estas dificuldades, resolveu-se extrair de algumas pranchas e testes diferentes, porém em número menor do que o clássico e buscar nos resultados, a invariante funcional.

Entende-se por invariante o aspecto interno que não varia, embora suas manifestações externas variem intensamente. Dá-se como exemplo o gelo, a água líquida e o vapor d'água que são totalmente diferentes nos seus aspectos formais, entretanto são iguais no seu conteúdo intrínseco, que é H₂O, sua matéria invariante. Isso justifica não ter-se obedecido rigidamente a técnica, por priorizar a ética. Esta passagem leva a citar Wanderley Ribeiro Pires quando diz::

*o pragmatismo da corrida tecnológica afasta
cada vez mais os cientistas das questões
filosóficas. Muitos nem mesmo aceitam
dialogar sobre os destinos que serão dados
aos seus inventos. A pesquisa pura
distanciou-se da ética e as descobertas*

*científicas, acabam sempre caindo em mãos
inescrupulosas que devastam tudo em nome
do progresso ou em proveito pessoal.*

A intenção do levantamento de invariantes nos três grupos pesquisados, foi de demonstrar que estruturas básicas e meios psicológicos universais atuam em todos os pacientes. A diferença é o modo de atuação. Segue abaixo o quadro das invariantes encontradas em 52% dos 69 pacientes entrevistados nos grupos G0 e G1.

Quadro Invariantes

Quadro Invariantes

O QUADRO 1 é O DA ESTATÍSTICA. ESTES SÃO 2 e 3

QUADRO 2- INVARIANTES ENCONTRADAS EM 52% DOS 69 PACIENTES NOS GRUPOS G0 E G1 **2 FOLHAS PARA ENCAIXAR A TABELA**

QUADRO 3 - QUADRO DAS INVARIANTES ENCONTRADAS EM 52% DOS 25 PACIENTES ENTREVISTADOS NO GRUPO G2*

Assim, o **Ideal e Sentido de Vida** é uma invariante universal que pode ser expressa de diferentes maneiras. Os **Meios Intrapsíquicos** que também são universais, expressam a predominância da idealização, da cisão, das posições esquizo-paranóides e repressivas, da negação dos aspectos destrutivos, os ataques à percepção da realidade, etc.

A **Elaboração Mental** é outra invariante que denota se o paciente tem recursos para metabolizar e estruturar suas vivências oscilando entre uma **Ótima** elaboração até uma **Ruim** elaboração. A **Capacidade de Continência**, oscilando também entre **Ótima** e **Ruim** demonstra como o paciente suporta a dor das angústias paranóides e depressivas. Como resultado dessa amostragem, verifica-se nesses pacientes um mundo interno altamente estruturado e expressando angústias paranóides e depressivas que poderão ser amenizadas, ou não, durante a relação médico-paciente. Se um paciente apresenta capacidade de elaboração e continência ruim, qualquer estímulo do mundo exterior mal aplicado, poderá elevar o seu nível de angústia. Assim, a forma como os médicos se comunicam, durante a visita, e no atendimento como um todo, tanto pela comunicação verbal como pela extra-verbal, irá, fatalmente, interferir no campo das estruturas emocionais desses pacientes.

Como se pode observar, há nesses pacientes uma complexidade estrutural/emocional muito grande e uma diversidade de expressão também muito grande, apontando para a necessidade de aprimorar a abordagem na visita médica no sentido de respeitar a realidade do perigo de aumentar as

angústias paranóides e depressivas (dor mental) do paciente. Sabe-se que *primum non nocere*, não se deve prejudicar o paciente.

Este levantamento dessa estruturação mental complexa, é fato já sabido, o qual buscou-se apenas lembrar empiricamente. A intenção da tese foi medir através dos sentimentos referidos pelos pacientes, (dor mental), a influência da visita médica no seu aumento ou diminuição. Assim, se por um lado, na visita médica, não se pode mudar a estrutura básica emocional do paciente, pode-se evitar a iatrogenia de aumentar o seu nível de angústia e de ansiedade. Somente com esta preocupação e cuidado é que os médicos poderiam dizer que estão fazendo uma visita médica humana no leito do cliente e não mais uma visita médica **à beira** do leito do paciente.

Além de todas essas questões levantadas sobre a visita médica acredita-se ser muito importante lembrar que a doença não pode fazer a vida parar. Nossas enfermarias são tétricas, escuras, com pacientes abandonados em seus leitos só lembrados a partir de suas doenças uma vez que todas as vezes que qualquer membro da equipe se dirige a ele é para dar-lhe alguma medicação, colher algum exame, fazer exercícios fisioterapêuticos para melhorar e porque não dizer não piorar a doença, até a própria visita à beira do leito que é para discutir e decidir sobre seu tratamento. Mas esses pacientes ficam horas ociosos. Com seus olhares patéticos sentados, deitados, encolhidos em enfermarias acinzentadas, com regras a cumprir, não vendo a hora de ir embora, seja para voltar para a vida ou desprender-se dela. Não há quadros, atividades lúdicas, fotos, locais

para deixar registros de pacientes que lá estiveram internados, onde informalmente possam expressar sua gratidão ou mesmo um quadro de queixas. Atividades lúdicas, em enfermarias de adultos, tem sido adotadas em hospitais públicos de São Paulo e Pernambuco. Um deles, o Hospital Ipiranga em São Paulo, iniciou atividades com pincéis, tintas e muita telas. De acordo com o coordenador do projeto de humanização, Dr. José Jordão de Araújo Ribeiro Neto, diretor do Serviço Escola de Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia "foi uma loucura que deu certo". Nas diversas clínicas, uma ou duas vezes por semana, durante aproximadamente três horas, pacientes em convalescença se reúnem para pintar e pelo menos uma vez por mês, médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde juntam-se aos pacientes em uma grande oficina que tem a orientação de artistas plásticos consagrados. Gostaria de comentar que, falar na mesma linguagem do paciente, é juntar-se a ele para poder elaborar uma obra juntos. As produções artísticas de médicos e pacientes são espalhadas pelos corredores, enfermarias e salas do hospital, dando um ar alegre e descontraído ao ambiente que sempre foi tenso, nervoso, impessoal. Da mesma forma, tratar o paciente pelo nome que ele mais gosta, olhá-lo, dirigir-se a ele, é compartilhar o mesmo espaço, cada um com sua obra, porém com as mesmas possibilidades de produção. O médico produzindo no sentido da cura e o paciente em direção à saúde. Assim, o que se pode constatar, é que não se trata de "treinar" médicos para passar visita desta ou daquela forma, pois em função de regras institucionais e científicas, há uma rigidez e um temor de exposições e ridicularizações que permeia as

relações entre médicos e pacientes, que, se não for quebrada através de atividades de sensibilização, será muito pouco eficaz. Um trabalho semelhante foi desenvolvido pelo Dr. Paulo Barreto Campelo, médico e prof. de Pneumologia da Universidade de Pernambuco, criador do projeto Música é Vida, onde desde 1997, um grupo de médicos músicos leva entretenimento aos pacientes HIV positivos do Hospital Correia Picanço e Oswaldo Cruz.

Levando-se em consideração os trabalhos realizados nesses hospitais, acredita-se que deveriam ser adotadas medidas terapêuticas ocupacionais, lúdicas e psicodramáticas, integrando áreas e saberes multidisciplinares. Podem também ser convidados artistas de teatro amador, professores de canto, artistas plásticos, pintores, monitores de arte para trabalhar com sucata, mímicos, professores de artes manuais, buscando, através dessas atividades, tornar as internações mais leves, deixando a doença como pano de fundo e não como figura. Deveria haver um sala com música para que os pacientes pudessem dançar, cantar, movimentar-se. Uma oficina de artes com telas, tintas, papéis, jogos. Cada vez mais constata-se que a humanização de UTIs, hospitais e enfermarias de pediatria, promove melhoras consideráveis seja em adultos ou em crianças. Vida é movimento, cor, inter-relação. A psicanálise fala do sentido que cada adoecer tem sobre a vida daquela pessoa e a inscrição que faz em sua biografia. Faz-se necessário favorecer a possibilidade de que todos aqueles traumas promovidos pelo adoecer possam ser em alguma medida elaborados e simbolizados. Para isso, é necessário que se ofereçam instrumentos,

estratégias que possibilitem esse trabalho intra-psíquico, simbólico. Acredita-se que as mudanças propostas durante a visita médica, associadas a essas mudanças continuadas no processo de inter-relação, favorecerão não só uma diminuição da ansiedade e da depressão nos pacientes, mas também nos médicos e em consequência disso, períodos de internação mais breves e menos sofridos para ambos.

A ciência médica, elaborou ao longo dos séculos certas teorias sobre a natureza das enfermidades. Além de seu valor e utilidades científicas, todas estão determinadas psicologicamente, ou seja, refletem um aspecto ou outro da relação do homem com sua doença. Em sua forma mais simples, a medicina considera o indivíduo como um ser essencialmente *são e bem* integrado e o que perturba a sua harmonia é um *agente exterior* que penetra as defesas do corpo (ou da mente). O agente pode ser uma força física que provoca feridas, contusões, fraturas, uma substância química como um ácido, um veneno, um gás letal ou um germe que pode originar uma infecção ou um trauma mental. A doença, de acordo com esta teoria é a soma total do dano original e das defesas corporais ou mentais mobilizadas contra ele. A fonte psicológica dessa teoria é a crença e a esperança de que há essencialmente bondade em cada um de nós e que todo o mal vem de fora. Assim, o tratamento proposto consistirá em expulsar esse algo "mau" de nós.. Essa idéia primitiva embasou técnicas como as magias e o exorcismo primitivos passando pelos "purgativos", enemas, flebotomias e inúmeras cirurgias e procedimentos invasivos e desnecessários. A primeiro teoria propõe que o paciente estava saudável e bom e algo nele começou a

funcionar mal e a segunda de que o fator negativo nada tem a ver com o paciente; provém do exterior é um "corpo estranho". Em ambos os casos o mal o ameaça com dores, privações e destruição, a menos que possa desembaraçar-se dele por si só ou com a ajuda de um médico. Qual dessas duas concepções opostas é válida ou a mais próxima da verdade? Sabe-se que quanto menor o período de uma doença, melhor se adequa a teoria do agente exterior, poderíamos dizer que são as doenças agudas menores; mas se um paciente retorna periodicamente com uma lesão de menor importância ou se "pega" um número excessivo de infecções fala-se de hipersensibilidade, condição alérgica, imunossupressão, etc... Quanto mais prolongado o período de observação, mais se acentua que a doença é uma condição do paciente, quase tão característica como a cor de seus olhos, sua altura, sua complexão física, a cor de seus cabelos. Esta reflexão leva a questionar: qual é o fator primário, uma doença orgânica de caráter crônico ou certo tipo de dinâmica psíquica? Esses dois fatores são independentes entre si ou são interdependentes? Ou será que um deles é causa e o outro é efeito? Se assim for, qual é o papel que corresponde a cada um? Felizmente, a medicina psicossomática contemplou mudanças nas abordagens organicistas e céticas. Pode-se dizer que a psicanálise busca encontrar a "deficiência fundamental da estrutura biológica do indivíduo", envolvendo em vários graus tanto sua mente quanto seu corpo. A origem dessa deficiência pode ser encontrada em uma discrepância considerável das necessidades do sujeito em seus primeiros anos de vida e os cuidados e atenção nos momentos importantes. Aqui podem instalar-se

deficiências cujas conseqüências poderão ser parcialmente reversíveis. Apesar do sujeito adaptar-se bem, permanecerão os vestígios de suas primeiras experiências que contribuem para o que se pode chamar de constituição, individualidade ou conformação de seu caráter, a partir dessa representação psíquica de suas primeiras relações objetais. A causa dessas diferenças primitivas entre necessidades e satisfações pode ser inicialmente hereditária, pelo quantum de impulsos, violência e exigências inatas contidas naquele sujeito e posteriormente congênitas, ou seja, a própria criança formula exigências excessivas que lhe traduzem receber cuidados insuficientes, irresponsáveis, irregulares, excessivamente ansiosos, desmedidamente protetores ou simplesmente carentes de compreensão.

Pensando que essa abordagem teórica seja correta, todos os enfoques clínicos dos anos posteriores às doenças , deveriam ser considerados sintomas ou exacerbações da doença fundamental provocada pelas diversas crises do desenvolvimento individual externas e internas, psicológicas e biológicas.

Nas testagens psicológicas realizadas no estudo, algumas histórias solicitadas nas duas pranchas do TAT bem como as respostas do Desiderativo evidenciaram e ilustram a coerência da teoria psicanalítica.:

Caso nº.: 1 Gênero: M Etnia: Parda Idade: 21

Escolaridade: Colegial incompleto **Estado Civil:** solteiro

Profissão: Cartorário

Salário: R\$ 500,00 **Reside em:** Casa **Filhos:** Não **Classe Social:** C

Religião: Não tem **Crê em Deus:** Não **Importância:** Importante

Dados aleatórios: *Pais separados. Ele é o segundo filho de uma família de 4 filhos homens. Mãe se casou com outro homem, saiu de casa e deixou os filhos com o ex-marido. Na segunda união, teve uma menina que na época da entrevista tinha 3 anos, a mãe saía para trabalhar, levava a filha para a casa do ex-marido e deixava o paciente cuidando da menina. Ao final da tarde, diariamente, vinha buscá-la e ia para seu novo lar, deixando-o sozinho. Quando perguntado como havia entendido a sua doença, disse nem saber mas que sua sensação foi de que sugaram seu sangue. Refere que depois se recuperará. Quem lhe recomendou o hospital foi a mãe...*

Causa da Internação: Fraqueza, passou mal e febre

Diagnóstico: Anemia, plaquetopenia em investigação.

Observações: *A médica trocou seu nome na visita e ele corrigiu na frente de todos*

Discussão: SIM (X) NÃO ()

Índice de Ansiedade : 4

Índice de Depressão: 5

Pós visita

TAT – Prancha 1

O violino

É um moleque lendo um livro? Ah, não sei. Uma história de um moleque lendo um livro? Ah não, é um violino. Agora que eu vi.

Era uma vez um menino que gostava de tocar violino, admirava seu violino e ficava olhando para ele a tarde toda.

Um dia quebrou e ficou triste.

E o que aconteceu depois? Quebrou e ele ficou triste.

E ele deixou o violino quebrado? Deixou. Não podia mais tocar, não sabia arrumar, o que ele ia fazer?

Prancha 15

O louco no cemitério

Outra! Sacanagem! Um cara no cemitério. Coveiro? Agora não sei se o cara é coveiro. Sei que é um cemitério, não é?

Não sei o que o cara é...

Riu, porém senti, na transferência uma angústia imensa.

Para falar por um minuto, não estou falando nada e você está anotando.

Era uma vez um cara, um louco que não saía do cemitério. Vivia no cemitério. O fim eu não sei.

E o que aconteceu depois?

Ele ia visitar sua mãe, mas não achava o túmulo de sua mãe e ficava a noite inteira no cemitério, procurando o túmulo de sua mãe.

Desiderativo: *Agora vamos participar de uma atividade de faz de conta. O que você mais gostaria de ser se tivesse que voltar a este mundo e não pudesse ser pessoa?(As escolhas devem remeter-se ao mundo animal, vegetal e a algum objeto inanimado, independente da ordem apresentada)*

Resposta 1+: Um pássaro

Por quê? Para ser livre. E sair voando

Que pássaro? Um pássaro grande. Uma águia, para ninguém mexer com você.

Resposta 2+: Não sei...

Estimulei dizendo que poderia ser um objeto ou coisa, ou algo do reino vegetal, como planta, verdura, fruta, etc...

Um copo de leite.

Por quê? Porque é uma planta bonita. Não é verdade? É feia, a senhora acha? Ou dama da noite.

Resposta 3+: Uma estante

Por quê? Porque fica só parada, sossegada, não fica se arrastando, sendo judiada.

E se você não fosse pessoa, o que menos gostaria de ser, não seria de jeito nenhum, dos três reinos animal, vegetal e dos objetos, em qualquer ordem que você queira.

Resposta 1--: Objeto, nenhum objeto

Por quê? Escolhi estante porque não tinha outra alternativa.

Resposta 2--: Não queria ser uma samambaia

Por quê? Porque é muito feia

Resposta 3--: Não queria ser cobra,

Por quê? Porque é um bicho muito feio, se arrasta. Come as criancinhas.

Análise: *Ao perguntar se é um moleque lendo um livro, aponta para a sua necessidade de conhecimento, mas também para a sua dificuldade de conhecimento. Há uma repressão na sua sede de buscar relações harmônicas, ele teve dificuldade de ver o violino. Mas, na sua busca dessa harmonia e sua decepção frente as suas relações com a vida, fez com que esse ideal fosse atacado, construindo um núcleo depressivo grave em seu interior, onde o sentido da vida estava desaparecendo. Não teve condições de reparo por sentir-se muito frustrado com os objetos que o usaram (mãe que o abandonou e lhe leva a meia irmã de três anos para cuidar e médica que trocou seu nome).*

Por quê ele abandonou esse ideal? Porque sua mãe interna está morta e sua forma de trabalhar com ela é psicótica (“o louco no cemitério”), não havendo um encontro para uma possível reparação. A mãe idealizada, que é comum em todas as pessoas, está morta, assassinada e Deus não existe (que é a mãe idealizada,; aquela que cuida, supre todas as necessidades, não abandona). Nas respostas do Desiderativo, trás através do pássaro a necessidade de afastar-se destes núcleos persecutórios e depressivos, identificando-se onipotentemente com algo que está acima dessas vivências humanas das quais ele faz parte (“águia, está lá em cima, não tem relação com o terreno comum dos seres humanos, ninguém mexe). O seu ideal de se identificar com a mãe está rompido, uma vez que ela é vivida como algo estragado (“copo de leite”, planta bonita que sua realidade interna diz que é feia.).Parte do pressuposto que seu ideal era impossível, inatingível, deixando

de buscá-lo, o que levaria a uma aperfeiçoamento para um bem maior que está desacreditado. A busca desse ideal idealizado em Deus está desacreditado. Portanto, a onipotência colocada no objeto está desacreditada. Suas tentativas infrutíferas são de se identificar com a própria onipotência, (“uma águia inatingível) mas que também fracassa. Os seus ideais de evolução do conhecimento estão estagnados, porque para evoluir teria que trabalhar com muita dor dessa relação muito doente com a figura materna, muito cheia de destruições e culpa. Esse lado considerado doloroso, estragado e feio dentro de si ele não quer metabolizar (escolhe uma estante parada porque não tem alternativa). Novamente não quer nenhum outro objeto, nem que seja para rejeitá-lo e trabalhar seus impulsos destrutivos. Quer estagnar, fica paralisado para não ser “judiado e arrastado de um lado para o outro”. Novamente na samambaia, surge o desejo de não identificar-se com essa mãe estragada, feia que o leva a ter contato com esse lado destrutivo ou que faz contato com a destrutividade do objeto. A mãe, ao casar-se novamente, pode transformar-se de “copo de leite” em “dama da noite” e ficar identificada com a cobra que já traz a simbologia de uma sexualidade destrutiva, que “come criancinhas”, matando sua criança interior.

Caso nº.: 2 Gênero: F Etnia: Branca Idade: 26

Escolaridade: Ginásio completo **Estado Civil:** solteira **Profissão:** Setor de acabamento/Gráfica

Salário: R\$ 345,00 **Reside em:** Casa **Filhos:** 2 (9 e 3 anos)

Classe Social: C

Religião: Presbiteriana/Evangélica **Crê em Deus:** Sim

Importância: Muito Importante

Dados aleatórios: *Queda dos cabelos abalou muito sua auto-imagem.*

Sente vergonha e tristeza

Causa da Internação: Infartos ganglionares/Dores articulares

Diagnóstico: Lúpus Eritematoso Discóide

Observações: *Desconhecia a doença,. Medo de ser objeto de gozação.*

Discussão: SIM (X) NÃO ()

Índice de Ansiedade : 8

Índice de Depressão: 16

Pós visita

TAT – Prancha 1

A minha história

É uma criança, o que é isso? Parece um caixão. Ele está olhando uma pessoa morta. Deve ser a mãezinha dele.

Você quer que eu conte uma história?!

Não quero, porque eu vivi isso.

Me devolveu a prancha e chorou, chorou compulsivamente. Não queria contar. Disse que eu havia escolhido propositadamente aquela prancha para ela. Expliquei-lhe que todos os pacientes que participavam da pesquisa recebiam as mesmas pranchas, que não havia mudanças. Perguntei-lhe se não queria tentar.

Quando eu tinha 15 anos, minha mãe faleceu também. Meu pai não dava atenção. Meu pai brigava com a gente, humilhava. Uma vez, depois de uma briga muito feia, entrei num quarto e estava chorando, com medo. Quando saí, encontrei minha mãe enforcada. Aqui nesta prancha, (*apontou para o violino*) é minha mãezinha no caixão. *Chorou*

Resolvi casar para resolver meus problemas. Fiquei grávida, tinha uma sogra boa. Me separei depois de dois anos.

Voltei a morar com ele. Brigas, discussões. Fui trabalhar. Ele dizia que não éramos suas filhas (*ela e a filha*) . Depois de muita briga, discussão, apareceram manchas na minha filha. *Perguntei: Quem bateu nela?*

Responderam que ela caiu. No outro dia estava espancada. Acharam que era ela. *Ela quem ?* A mulher que eu pagava para olhar. Mas, no dia que minha filha foi espancada, com apenas um ano, a mulher que a olhava enquanto eu trabalhava, ficou doente e quem cuidou da menina para mim foi a Cleusa, segunda mulher do meu pai.

Durante 2 meses, fiquei com ela no hospital. De mim não suspeitaram de nada. O problema era no lugar onde eu morava . Ele , meu marido, era bom, mas eu não gostava dele. Me separei e sinto muita saudade da minha mãe. Quando fiquei doente, pensei que iria morrer cedo como a minha mãe.

Jamais vou abandoná-las(*fala das filhas*). Fiquei deprimida. Quando meu cabelo caiu, ficou feio. Tenho um namorado. Fiquei doente e ele não me abandonou. Acho que está comigo porque ele tem pena porque gosto dele.

E o que aconteceu depois?

Deus me deu duas filhas lindas para eu cuidar.

Tenho que ficar boa para depois cuidar delas.

Namorado, se terminar, depois arrumamos outro.

Ficava em depressão.

“A Aids, para os homens não tem cura, mas para Deus tem”.

Não queria que ninguém me visse.

Prancha 15

Este é o meu pai.

Parece um cemitério com um homem, uma pessoa.

Essa aqui não sei. (referia-se a prancha)

Uma pessoa, indo a um cemitério para rever um túmulo de um ente querido para rever uma pessoa que já se foi.

Parece que ele está preso.

E o que aconteceu depois?

Sei lá.

Ele morreu, ou foi embora para a casa dele. Parece que é uma pessoa bem ruim, má, não tem o amor de Deus .Não sei nem porque ele foi ao cemitério. Para dizer a verdade, parece meu pai. Até a testa. Um dia ele vai passar por isso. Não quero, porque eu gosto dele apesar de tudo. Não te contei tudo.

Minha mãe se separou dele porque de noite ele mexia com minha irmã mais velha. Ele não gosta de nós, porque acha que somos as culpadas. Já jogou comida fora pra gente não comer. Nunca fizemos nada para ele. No dia dos pais, levamos até presente para ele. Se Deus quiser, quero que ele seja feliz. Não sabemos direito o que pode acontecer amanhã. Agora mesmo estou doente, precisava um pouco dele, mas tenho o amor de outras pessoas.

Desiderativo: *Agora vamos participar de uma atividade de faz de conta. O que você mais gostaria de ser se tivesse que voltar a este mundo e não pudesse ser pessoa?(As escolhas devem remeter-se ao mundo animal, vegetal e a algum objeto inanimado, independente da ordem apresentada)*

Resposta 1+: Um coelhinho

Por quê? Um animal bem querido. Os bichos tem os mesmos sentimentos que a gente. As vezes, a gente dá mais valor para um animal, do que para uma pessoa, são as pessoas que interpretam mal. Se você criar um animal, ele pode ser seu melhor amigo. Então não gostaria de voltar.

Resposta 2+: Árvore. Árvore não porque o povo destrói.

Um campo verde, bem bonito e bem tratado.

Por quê? Destruição não gosto, não vem de Deus. Se bem que hoje, tudo está sendo destruído. Não tem para onde correr. As pessoas só querem se destruir, se matar.

Estimulei dizendo que poderia ser um objeto

Resposta 3+: Uma estante

Por quê? Está sempre ali, limpinha, arrumadinha. Ninguém pega. Gosto de beleza, coisa bonita, simples mas bonito. Gosto de me arrumar, ficar bonita, de ser notada, sou descontráida. Não tenho inimizade com ninguém. Meus amigos do trabalho me mandaram 5 cestas básicas.

Se eu pudesse, ajudava todo mundo. Não gosto de ir à Praça da Sé e ver aquelas crianças jogadas.

E se você não fosse pessoa, o que menos gostaria de ser, não seria de jeito nenhum, dos três reinos animal, vegetal e dos objetos, em qualquer ordem que você queira.

Resposta 1-: Como gente, porque sofre muito. Como dinheiro,

Por quê? Porque as pessoas são muito ambiciosas.

Como doença, porque as pessoas sofrem muito.

Resposta 2-: Como cachorro.

Por quê? Porque há muitos abandonados e maltratados.

Resposta 3-: Planta nenhuma, gosto de todas.

Por quê? Qualquer uma eu acho bonita, gosto muito da natureza.

Fazenda, Condor.

Análise: *Paciente apresenta luto patológico, não resolvido, não elaborado, com desejo de rever e recuperar essa mãe de qualquer jeito. Ao fazer o luto, corre os riscos de: se matar, se destruir, morrer (como a mãe), ou fazer a vida dela (foi embora para a casa dele). Há identificação doentia com a mãe. Ela não correlaciona porque tem que fazer o luto. Há mistura entre as figuras*

maternas e paternas (condensa as figuras). Há uma identificação sua com uma criança, aparentemente boazinha e, por isso, amada. Árvore é uma estrutura de raiz, de família, mas segundo ela, vai acabar sendo destruída. O desejo de construir lhe traz uma sensação ruim de destruição. Fica ambivalente, ao mesmo tempo que quer, não quer. Escolheu um campo verde como tentativa de compensar a árvore que é destruída. Apegou-se aos amigos (campo verde = vida). Todo o campo destrutivo dentro dela, não encontra a esperança da neutralização pelas forças de vida. Ela, enquanto coelhinha, a menina boazinha, conquistou no social amizades para compensar. Tem um modelo de identificação (estante) que para sentir-se amada, integrada e harmonizada tem que se adaptar ao meio ambiente; pagando porém um preço alto, relacionado com o prejuízo de sua individualização. Procura corresponder ao que esperam dela, mas tem em seu interior uma criança que se sente abandonada e desprezada, que não quer ver. Numa das respostas negativas do desiderativo não quer ser gente, por ter receio também de assumir necessidades que pudessem fazer com que ela tivesse que trabalhar com conflitos na relação interpessoal e um desejo de negação da doença psíquica e também de negar na consciência a experiência de criança abandonada, carente e desprezada. Valoriza muito as plantas, porque para ela representam vida. Porém, uma vida sem liberdade de ser ela mesma. São plantas fixadas e imóveis; porém, ao mesmo tempo faz um ato falho e fala Condor, que representa a mobilidade, liberdade, não fixação. Surge novamente o sentimento de ambivalência entre ficar numa

postura para ser aceita, a boazinha... e ter a liberdade para se movimentar e enfrentar os conflitos de sua individuação. Como resumo, trata-se de uma paciente que não elaborou um luto, apresentando sinais de luto doentio (identificação com a mãe suicida) e que para sobreviver e poder ligar-se a relações de vida, procurou nas pessoas fora da estrutura familiar uma relação de vida mais harmônica. O seu núcleo familiar pregresso e atual, reativa a todo momento os núcleos parentais conflitivos.

Caso nº.: 3 Gênero: M Etnia: parda Idade: 32

Escolaridade: Primário incompleto **Estado Civil:** amasiado

Profissão: Jardineiro.

Salário: R\$ 250,00 **Reside em:** Casa **Filhos:** 2 **Classe Social:** D

Religião: Católica **Crê em Deus:** Sim **Importância:** Muito Importante

Dados aleatórios: Sou um desenhista que iria longe!!! Mas, só posso viver como jardineiro. Tenho um filho de 3 anos, vou esperar ele crescer e ver se posso ajudá-lo a ser desenhista, se ele quiser.

Causa da Internação: Para melhorar da anemia.

Diagnóstico: Anemia crônica e hemorroidectomia.

Observações:

Discussão: SIM () NÃO (X)

Índice de Ansiedade : 10

Índice de Depressão: 5

Pós Visita

TAT – Prancha 1**Um sonho realizado**

Isto é um violino, né?

Era uma vez um garoto que tinha um sonho de um dia ser músico, mas infelizmente seus pais eram pobres e não podiam pagar seus estudos.

Ele trabalhou, se formou e conseguiu ser um grande músico.

Aí, a tristeza dele acabou.

E o que aconteceu depois?

Ele realizou o sonho que ele queria ser um músico.

Prancha 15**Um homem mal assombrado.**

Complicado. Agora.

Por quê?

Eu acho.

Não sei o que é que esse homem veio fazer aqui.

Rezar, chorar, sei lá.

Tudo escuro.

Parece que ele está com frio. Não sei.

Muito esquisito. Não dá.

Ele é um fantasma ou é um defunto que se levantou...

Vou lá saber?

Coveiro ele não é.

E o que aconteceu depois?

Eu não sei. É muito esquisito ele.

Desiderativo: *Agora vamos participar de uma atividade de faz de conta. O que você mais gostaria de ser se tivesse que voltar a este mundo e não pudesse ser pessoa?*

Resposta 1+: Um pássaro.

Por quê?

Porque pássaro voa, canta, vive livre. Apesar de que nem todos os pássaros vivem livres, a maioria vive presa.

Mesmo assim você queria ser um pássaro?

Sim.

Resposta 2+: Uma árvore frutífera.

Por quê?

Porque acho muito bonito.

Resposta 3+: Um relógio.

Por quê?

Porque seria útil.

E se você não fosse pessoa, o que menos gostaria de ser, não seria de jeito nenhum, dos três reinos animal, vegetal e dos objetos, em qualquer ordem que você queira

Resposta 1-: Não gostaria de ser um rato.

Por quê?

Porque é um bichinho que dá até repugnância. Tanto que me causa mal, como essas doenças que ele transmite pela urina, pelas fezes, leptospirose, vai tudo. Deus me perdoe, mas é um bicho que não deveria existir.

Resposta 2- Um pé de manga..

Por quê?

Porque todo mundo maltrata muito.

Resposta 3-: Não gostaria de ser um giz.

Por quê?

Porque vai usando, usando e daqui a pouco se acaba.

Análise *Trata-se de um indivíduo que sente ter objetos internos fracos.*

Porém, tem uma crença no poder de seu adulto, com um ideal de, através de seu adulto, enriquecer suas relações humanas. Apresenta também um núcleo depressivo com elementos ligados à vivência de morte. Apresenta através desse adulto, um ideal de ultrapassar os seus aspectos imanentes e ao mesmo tempo tornar-se uma pessoa útil e construtiva. Trás objetos internos que são vividos como pobres e destrutivos os quais nega entrar em contato.; porém não se dá conta da conflitiva que apresenta, ao enfrentar as dificuldades com seu potencial construtivo e frutífero, o qual lhe agrada e faz bem, destruindo-o, pelo temor de expor-se e pelas críticas que se lança, deixando-o com sentimentos de inferioridade e achando-se repugnante, venenoso, mau. Deseja um bom mais duradouro e constante...o giz acaba logo.

Com tudo isso que foi discutido, conclui-se que mais importante do que cumprir um roteiro ou ter um grande número de informações médicas, é saber ouvir o paciente com sensibilidade e respeito às peculiaridades de cada caso; além disso, as reações do paciente e do próprio médico também devem ser observadas para aumentar as possibilidades de sucesso do tratamento.

Portanto, não há um objetivo psicanalítico senão aquele que possa integrar as demais áreas da biologia humana. O fato de desvendar alguns códigos do inconsciente humano através da escuta de seus murmúrios, não faz do psicanalista um investigador isolado dos demais interesses humanos. Nos meios psicanalíticos, comenta-se que o psicanalista só tem a ver com o seu reduto transferencial, praticamente abstraindo-se a pessoa humana e é exatamente isso que o psicanalista critica em seus colegas médicos no hospital geral; vêem-se apenas órgãos doentes, abstraindo-se a pessoa. Sabe-se também que trabalhar com a transferência, não significa reduzir a pessoa a um campo transferencial. Recuperar a pessoa e com ela estabelecer uma relação analítica parece que é a resposta que a Psicossomática pode dar à Psicanálise, de cujo seio nasceu e em cuja intimidade elaborou uma nova imagem do ser humano. A pessoa é mais do que um "self" ou uma identidade. Compreendê-la, não é apenas ater-se às suas comunicações verbais ou mesmo extra-verbais, recortando-a de seu contexto biológico e social. De acordo com HAYNAL(1995), Freud analisava, mas não fazia só isso; reconstruía também a memória, o ego, as funções

mentais, recuperava as relações do passado e, patrocinado pela transformação psíquica, estabelecia novas relações.

Mas, como diz o poeta, o cantor, o artista, o escritor... não adianta falar a língua dos homens, nem a dos anjos, pois sem amor, nada se faz.

10 Conclusão

VI) Conclusão

Para avaliar os efeitos positivos ou deletérios da visita médica em grupo à beira do leito dos pacientes da enfermaria da Clínica médica Geral, utilizou-se a escala HAD, instrumento específico para medir a ansiedade e depressão, já contidas e instaladas no paciente. Acreditou-se que este instrumento indicaria e teria sensibilidade suficiente para medir

quantitativamente a ansiedade e depressão dos pacientes em relação à situação de visita médica. Porém, até porque em suas instruções este instrumento solicita ao paciente que procure responder ao que lhe vai ser perguntado pensando na última semana de internação, ele não foi sensível para medir a ansiedade e a depressão pré e pós visita com um dia de intervalo. Portanto, conclui-se, a partir das medidas de ansiedade e depressão obtidas com essa escala pré e pós visita, que não houve diferença estatisticamente significativa nem da ansiedade nem da depressão em nenhum dos três grupos do estudo (G0 com visita e sem discussão à beira do leito, G1 com visita e discussão não sistematizada à beira do leito e G2 com visita e discussão sistematizada à beira do leito).

O outro indicador utilizado para discriminar eventuais efeitos deletérios sobre a internação dos pacientes do estudo, foi a Avaliação Global de Internação, o qual demonstrou ter havido uma frequência maior do que 90% de atribuição de conceitos ótimo e bom, de todos os pacientes da amostra, nos índices de satisfação em relação à internação.

Porém, as mudanças propostas pelo grupo G2, que testa um novo modelo de visita hospitalar o qual visa ensinar o médico a considerar o paciente enquanto sujeito, obteve mudanças estatisticamente significantes nas frequências das respostas do Questionário de Avaliação do Paciente da Clínica Geral, principalmente no quadro de Sentimentos e Sensações, especialmente criado para avaliar a visita médica.

Pode-se concluir que o modelo de visita proposto pelo grupo G2 que considera o paciente como um sujeito, proporcionou maior alegria, maior

tranquilidade, deixou o paciente mais à vontade, mais calmo, com mais esperança, maior confiança e, conseqüentemente, praticamente sem medo em relação a todo o processo de internação, tratamento e adoecimento. Por sua vez, o grupo G1 que passou visita e discutiu da maneira habitual à beira do leito, obteve os mais altos índices de tristeza e portanto os menores de alegria, os maiores índices de nervosismo, os maiores índices de vergonha, os menores índices de calma, os maiores índices de desesperança, os menores índices de confiança, e conseqüentemente os maiores índices de medo, quando comparado aos outros dois grupos. Desta forma, para finalizar, pode-se concluir que se não for possível passar visita ao leito com calma e consideração pelo paciente, discutindo de maneira sistematizada, olhando-o, ouvindo-o, cuidando do que se diz, quando se diz, como se diz e para quem pode se dizer, é melhor que se faça uma visita médica sob os moldes do grupo G0, também chamada de *shopping*, onde há uma rápida passagem pelo leito e se discute o caso numa sala de reuniões.

7 referências Bibliográficas

VII) Referências Bibliográficas

1. ARRUDA, P.C.V. A vocação médica. In: O universo psicológico do futuro médico - vocação, vicissitudes e perspectivas. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1999. p.15-29.
 2. BALINT, M. *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro, Livraria Atheneu, 1975.
 3. BLAKE, W. *Poesia e prosa selecionadas*. São Paulo, Nova Alexandria, 1993 p.32
 4. BLAYA, M. Dinâmica de grupo em psiquiatria. *Alter*, n.3, p.193, 1972.
-

5. BLEGER, J. *Temas de psicología*. Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión, 1978.
 6. BRESCIA, S.; QUAYLE, J. A percepção do paciente em relação à visita médica num hospital escola: um estudo exploratório. *Rev. Bras. Educ. Méd.* (Rio de Janeiro), v.21, n.2/3, p.39-46, 1997.
 7. BRODY, D.S.; MILLER, S.M.; LERMAN, C.E.; SMITH, D.G.; CAPUTO, G.C. Patients perception of involvement in medical care: relationship to illness attitudes and outcomes. *J. Gen. Intern. Med.*, v.4, n.6, p.506-11, 1989a.
 8. BRODY, D. S.; MILLER, S.M.; LERMAN, C.E.; LAZARO, C.G.; BLUM, M.J. The relationship between patient's satisfaction with their physicians and perceptions about interventions they desired and received. *Med. Care*, v.27, n.11, p.1027-35, 1989b.
 9. CABRERA, A.M. *Questionário desiderativo*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1999.
 10. CHOPRA DEEPAK "um médico entre o futuro e o passado ancestral". *Ser Médico (CREMESP)*, v.3, n.11, p.5, 2000.
 11. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO. *O paciente didático: recomendação CREMESP*. São Paulo, 1989.
 12. COSTA, J.F. *Anuário brasileiro de psicanálise*. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1991.
 13. CHRISTIAN H.A.; OSLER, W. Recollections of an undergraduate medical student at Johns Hopkins. *Arch. Intern. Med.*, v.84, p.77-83, 1949.
 14. FREUD, A. *El ego y los mecanismos de defensa*. Buenos Aires, Paidós, 1949.
-

15. FREUD, S. *Totem e tabu*. Rio de Janeiro, Imago, 1976.
 16. FREUD, S. *Algumas lições elementares de psicanálise (1940 [1938])*. Rio de Janeiro, Imago, 1975. v.23.
 17. FREUD, S. *A divisão do ego no processo de defesa 1940 [1938])*. Rio de Janeiro, Imago, 1975. v.23.
 18. GRASSANO, E. *Indicadores psicopatológicos nas técnicas projetivas*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1996.
 19. HAYNAL, A. *A técnica em questão - controvérsias em psicanálise de Freud e Ferenczi a Michael Balint - 1995 - Clínica Roberto Azevedo, São Paulo*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1995.
 20. FERNANDES, A. apud MELLO FILHO, J. . *Psicossomática hoje*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.
 21. FERREIRA, H. A.B. *Novo dicionário da língua portuguesa*. São Paulo, Editora Nova Fronteira, 1982.
 22. KLEIN, M.; HEIMANN, P.; ISAACS, S.; RIVIERE, J. Os progressos da psicanálise. 2.ed. Rio de Janeiro, Zahar, 1992. p.313-4: Notas sobre alguns mecanismos esquizóides.
 23. LERMAN, C.E.; BRODY, D.S.; CAPUTO, G.C.; SMITH, D.D.; LAZARO, C.G & WOLFSON, H.S. Patients perceived involvement in care scale: relationship to attitudes about illness and medical care. *J. Gen. Intern. Med.*, v.5, n.1, p.29-33, 1990.
 24. LINFORS, E.W.; NEELON F.A. The effect of bedside case presentations on patient's perceptions of their medical care. *New Engl. J. Med.*, v.336, n.16, p.1150-5, 1997.
-

25. MELLO FILHO, J. . *Psicossomática hoje*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992. p.37.
26. MILLAN, L.R.; DE MARCO, O. L. N.; ROSSI, E.; ARRUDA, P.C.V. *O universo psicológico do futuro médico - vocação, vicissitudes e perspectivas*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1999. p.80.
27. MILLER, A. J. Elementos de biologia lacaniana. In: ENCONTRO BRASILEIRO DO CAMPO FREUDIANO, 9., Minas Gerais, abr. 1999. *As palavras e os corpos*. Minas Gerais, Escola Brasileira de Psicanálise, 1999. p.57.
28. MILLER, R.J.; HAFNER, R.J. Medical visits and psychological disturbance in chronic low pack pain. A study of a back education class. *Psychosomatics*, v.32, n.3, p.309-16, 1991.
29. MINERBO, M. Estratégias de investigação em psicanálise: desconstrução e reconstrução do conhecimento. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2000. p.30.
30. MOURA, M.D. de, org. Nas vias do desejo. In: Psicanálise e hospital. Rio de Janeiro, Revinter, 2000. p.17-30.
31. MUNIZ, J.R.; CHAZAN, L.F. apud MELLO FILHO, J. Ensino de psicologia médica. In: *Psicossomática hoje*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992. p.37-44.
32. MURRAY, H.A. *Teste de apercepção temática*. São Paulo, Mestre Jou, 1967.
33. NAHAISSI, G. *Maimônides os 613 mandamentos*. São Paulo, Nova Stella Editorial, 1990.
34. NIJAMKIN, C.G.; BRAUDE, G.M. *O questionário desiderativo*. São Paulo, Vetor, 2000.
-

35. O CAMPO, M.L.; ARZENO, M.E.G.; PICCOLO, G.E. *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. 6.ed. São Paulo, Martins Fontes, 1990. p.81-100.
 36. OSLER, W. On the need of a radical reform in our methods of teaching seniors students. *Med. News*, v.82, p.49-53, 1903.
 37. PAYSON, H.E.; BARCHAS, J.D. A time study of medical teaching rounds. *N. Engl. J. Med.*, v.273, p.1468-71, 1965.
 38. PERESTRELLO, D. *A medicina da pessoa*. Rio de Janeiro, Atheneu, 1974.
 39. PIRES, R.W. *Dos reflexos à reflexão - a grande transformação no relacionamento humano*. Campinas, Editora Komedi, 1999. p.16-7.
 40. QUAYLE, J. ; KAHHALE, S.; SABBAGA, E.; ZUGAIB, M. Opiniões de gestantes hipertensas internadas sobre a visita médica e a internação: estudo preliminar. *Rev. Ginecol. Obst.*, v.9, n.2, p.61-5, 1998.
 41. RAHAL, F. Tendências psicológicas do paciente cirúrgico. *Bol. CEPP*, v.11, p.40-9, 1992.
 42. ROCCO, R.P. *O estudante de medicina e o paciente*. Rio de Janeiro, Achiamé, 1979.
 43. ROCCO, R.P. Relação estudante de Medicina-paciente. In: *Psicossomática hoje*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992. p.45.
 44. ROMANO, J. Patients attitudes and behavior in ward round teaching. *JAMA*, v.117, p.664-7, 1941.
 45. SANCOVSKI, A.R. Sentimentos na relação médico-paciente? *Rev. Bras. Clín. Terapêut.*, v.26, n.6, p.226-8, 2000.
-

46. SANVITO, L. W. "O poder encantatório das palavras". *Ser Médico* (CREMESP), p.38, abr.-jun. 2000.
 47. SHENTOUB, V. & al. Manuel d'utilisation du T.A.T. (Approche psychanalytique) BORDAS, Paris, 1990. p.45-64.
 48. SIEGLER, M.A. A legacy of Osler: teaching clinical ethics at the bedside. *JAMA*, v.239, p.951-6, 1978.
 49. SIMONS R.J.; BAILY, R.G.; ZELIS, R. ; ZWILLICH, C. W. The physiologic and psychological effects of the bedside presentation. *N. Engl. J. Med.*, v.321, n.18, p.1273-5, 1989.
 50. SYLVIVUS, F. Epístola apolegética. In: Opera médica. Amsterdã, Elsevier and Wolfgang, 1697. p.907.
 51. TURREL , A . apud ROCCO, R.P. Psicossomática hoje. In: MELO FILHO, J. *Relação estudante de medicina-paciente*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992. p.45-56.
 52. THIBAUT, G.E. Bedside rounds revisited. *N. Engl. J. Med.*, v.336, n.16, p.1174-5, 1997
 53. VERHAAK, P.F. Detection of psychologic complaints by general practioners. *Med. Care*, v.26, n.10, p.1009-20,1989.
 54. WAHBA, L. *Relação médico-paciente subsídios da psicologia para a educação médica*. São Paulo, 2001. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
 55. WARTMAN, S.A.; NORLOCK,L.L.; MALITZ,F.E.; PALM, E.A.A. Patient understanding and satisfaction as predictors of compliance. *Med. Care*, v.21, n.9, p.88-91, 1983.
-

56. WISE, T.N.;FELDHEIM D.;MANN L.S.;BOYLE E.; RUSTGI V.K. Patient's reactions to house staff work rounds. *Psychosomatics*, v.26, p.669-72, 1985.
57. ZIGMOND, A.S.; SNAITH, R.P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr. Scand.*, v.67, p.361-70, 1983.
58. ZIMERMAN D.E. A formação psicológica do médico. In: MELLO FILHO, J. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992. p.64-73.

ANEXO 4 - REFERENTE À DISTRIBUIÇÃO DE DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS, (GÊNERO, ETNIA, FAIXA ETÁRIA, ESCOLARIDADE, ESTADO CIVIL, NÍVEL SÓCIO ECONÔMICO) RELIGIOSIDADE, INTERNAÇÕES ANTERIORES E INTERNAÇÕES POR PARTOS NOS TRÊS GRUPOS

		G0		G1		G2		TOTAL%	
		N	%	N	%	N	%	N	%
AMOSTRA		36	100%	34	100%	25	100%	95	100%

GÊNERO	HOMENS	13	36,1	14	41,2	7	28,0	34	35,8
	MULHERES	23	63,9	20	58,8	18	72,0	61	64,2
ETNIA	BRANCA	14	38,9	17	50,0	7	28,0	38	40,0
	PARDA	17	47,2	13	38,2	14	56,0	44	46,3
	NEGRA	5	13,9	4	11,8	4	16,0	13	13,7
ESCOLA- RIDADE	FUNDAMENTAL	24	66,7	19	55,9	12	48,0	55	57,9
	MÉDIO	8	22,2	9	26,5	7	28,0	24	25,3
	SUPERIOR	1	2,8	5	14,7	1	4,0	7	7,4
ESTADO CIVIL	SOLTEIRO	8	22,2	12	35,3	3	12,0	23	24,2
	CASADO	19	52,8	14	41,1	14	56,0	47	49,5
	AMASIADO	4	11,1	2	5,9	1	4,0	7	7,4
	DIVORCIADO	0	0,0	1	2,9	2	8,0	3	3,2
	OUTROS	5	13,9	5	14,7	5	20,0	15	15,8
NÍVEL SÓCIO- ECONÔMICO	CLASSES C/D	25	69,4	23	67,6	18	72,0	66	69,5
CRENÇA EM DEUS	SIM	36	100,0	33	97,0	25	100,0	94	98,9
RELIGIÕES	CATÓLICOS	21	58,3	22	64,7	22	88,0	65	68,4
	EVANGÉLICOS	14	38,9	9	26,5	3	12	26	27,4
	KARDECISTAS	1	2,8	2	5,9	0	0,0	3	3,2
	AGNÓSTICOS	0	0,0	1	2,9	0	0,0	1	1,1
INTERNAÇÕES ANTERIORES	SIM	24	66,7	25	73,5	15	60,0	64	67,4
INTERNAÇÕES ANTERIORES	POR PARTOS	12	33,3	9	26,5	10	40,0	31	32,6

**ANEXO 5 - DISTRIBUIÇÃO DAS IDADES COM
APRESENTAÇÃO DOS INTERVALOS DE
VARIAÇÃO POR GRUPO, MÉDIAS E
DESVIOS PADRÃO**

Grupos/ Idades	G0	G1	G2	TOTAL
Intervalo de				

	16-62	18-65	16-61	16-65
variação				
Média/ Desvio	36,8 - 12,2	38,5 - 15,5	40,6 - 11,7	

(p=0,5655)

Nota: A distribuição das idades dos pacientes nos três grupos é homogênea, com médias e desvios padrão equiparados

ANEXO 6 - Internos e residentes: além das explicações e da simulação realizada, todos receberam as explicações sobre os novos procedimentos por escrito .

Chefia de enfermagem: que recebeu as mesmas explicações referentes ao novo modelo de visita que receberam os residentes e internos. Ficou também acertado que a enfermagem seria avisada após a entrevista

pré, qual seria o paciente que faria parte da visita com discussão à beira do leito do dia seguinte, o qual não deveria ser retirado do leito por nenhuma atendente de enfermagem por qualquer motivo, (higiene, banho de sol) exceto se tivesse algum exame marcado, o que invalidaria a participação daquele paciente como sujeito da pesquisa.

Assistentes dos grupos verde e amarelo: com os quais discutiu-se todos os procedimentos propostos e ficou combinado que, não só os pacientes do grupo amarelo que participariam do grupo G2 receberiam a nova modalidade de visita, mas sim todos os pacientes pertencentes aos grupos verde e amarelo, por questões éticas e também como parte de um treinamento, antes de chegar à visita do paciente escolhido. Vale lembrar que o assistente responsável pelo grupo verde é o co-orientador deste trabalho e a assistente responsável pelo grupo amarelo é a orientadora.

ANEXO 7 - CATEGORIAS DE RESPOSTAS DOS ASPECTOS POSITIVOS E NEGATIVOS REFERIDOS PELOS PACIENTES DO ESTUDO EM RELAÇÃO À VISITA MÉDICA

Categorias de aspectos positivos e negativos da visita médica	

Aspectos Positivos	Aspectos Negativos
Anima	Assusta
Segurança	Vem muita gente
Acalma	Eles têm muitas dúvidas
Maior informação	Visitam o leito vazio
Empenho	"Falam difícil e parece que o nosso caso é grave"
Respeito	"É importante para eles"
Carinho	Omitem informações
Presença do professor	"Sensação de ser objeto"
Cria expectativa positiva	"Só veio um médico"
Contribuição de muitos	"Falam muito e não fazem nada"
Interesse	Se ocupam com eles e nos esquecem
Cuidado	Confunde a cabeça
Aumenta o saber do paciente	" Parece que estão vendo um bicho estranho"

III) Gráficos

GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO DA MÉDIA E DESVIO PADRÃO DO ESCORE DE ANSIEDADE PRÉ E PÓS VISITA, MEDIDO PELA ESCALA HAD, DOS PACIENTES DOS TRÊS GRUPOS (G0, G1 E G2)

GRÁFICO 2 - DISTRIBUIÇÃO DA MÉDIA E DESVIO PADRÃO, DO ESCORE DE DEPRESSÃO PRÉ E PÓS VISITA, MEDIDO PELA ESCALA HAD, DOS PACIENTES DOS TRÊS GRUPOS (G0, G1 E G2)

GRÁFICO 3 - ESCORE DA AVALIAÇÃO GLOBAL DA INTERNAÇÃO QUANTO À SATISFAÇÃO COM O ATENDIMENTO DA ENFERMAGEM DIURNA E NOTURNA, FORMA DE TRATAMENTO, COMIDA, HORÁRIO DAS REFEIÇÕES E LIMPEZA

GRÁFICO 4 - ESCORE DO ATENDIMENTO MÉDICO PRÉ E PÓS VISITA REFERENTE ÀS QUESTÕES 12,13 E 15 DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PACIENTE DA CLÍNICA MÉDICA GERAL

GRÁFICO 5 - ESCORE DE PERCEÇÃO DA DOENÇA PRÉ E PÓS VISITA REFERENTE ÀS QUESTÕES 16,18 E 20 DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PACIENTE DA CLÍNICA MÉDICA GERAL

**GRÁFICO 6- ESCORE DE ATENDIMENTO DA EQUIPE MÉDICA
REFERENTE ÀS QUESTÕES 21 E 22 PRÉ E PÓS
DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PACIENTE DA
CLÍNICA MÉDICA GERAL**

GRÁFICO 7 - MÉDIA E DESVIO PADRÃO DO ESCORE DO QUADRO DE SENTIMENTOS E SENSações PÓS VISITA PARA OS GRUPOS G0, G1 E G2

NOTA.: O Grupo G2 tem, em média, um escore de sentimentos e sensações significativamente maior que os demais, que, por sua vez, são semelhantes

GRÁFICO 8 - MÉDIA E DESVIO PADRÃO DO ESCORE DE OPINIÕES POSITIVAS E NEGATIVAS PÓS VISITA PARA OS GRUPOS G0, G1 E G2

**GRÁFICO 9 - MÉDIA E DESVIO PADRÃO DO ESCORE
VISITA MÉDICA REFERENTE ÀS QUESTÕES
6,7,8,9 E 11 PARA OS GRUPOS G0,G1 E G2**