MARIO ALFREDO DE MARCO

COMUNICAÇÃO EM SAÚDE - Fatores que interferem no vínculo e na comunicação na relação médico-paciente

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

SÃO PAULO

2005

MARIO ALFREDO DE MARCO

COMUNICAÇÃO EM SAÚDE – Fatores que interferem no vínculo e na comunicação na relação médico-paciente

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Orientadora: Profa. Dra Latife Yazigi

Co-orientador: Prof. Dr. Sérgio Baxter Andreoli

SÃO PAULO

2005

De Marco, Mario Alfredo

Comunicação em saúde: fatores que interferem no vínculo e na comunicação na relação médico-paciente. /Mario Alfredo de Marco. – São Paulo, 2005.

x, 172f.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Psiquiatria.

Título em inglês: Communication in health care: factors that interfere in linking and communication in the doctor-patient relashionship.

1. Relações Médico-Paciente. 2. Barreiras de comunicação. 3. Educação Médica. 4. Educação do paciente.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA

Chefe do Departamento:
Prof. Dr. José Cássio do Nascimento Pitta

Coordenador do Curso de Pós-graduação:
Prof. Dr. Miguel Roberto Jorge

MARIO ALFREDO DE MARCO

COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: fatores que interferem no vínculo e na comunicação na relação médico-paciente

Presidente da banca: Profª. Drª Latife Yazigi

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Gilberto Safra

Prof. Dr. Luiz Antonio Nogueira Martins

Prof. Dr. Paulo Vaz Arruda

Profª. Drª. Rosana Fiorini Puccini

Aprovada em: ____/____/_____

Dedicatória

A meu pai Orlando Lucio De Marco (in memorian)

A meus filhos, Marcio, Ricardo, Eduardo, Gabriella e Joanna

A Mariella, sempre.

Agradecimentos

A Latife Yazigi pela disposição e pelo empenho constantes.

A Sérgio Luis Blay pela leitura cuidadosa e pelas contribuições.

A Jair de Jesus Mari pelo incentivo.

A Milton Della Nina pelas conversas estimulantes e sugestões.

A Vanessa de Albuquerque Cítero cuja contribuição foi essencial para a execução e análise dos dados da pesquisa.

A todos os colegas e amigos do SAPIS e da Disciplina que direta ou indiretamente participaram da execução, discussão e elaboração dos temas abordados.

A todo pessoal da Secretaria (Adriana, Flávia, Gisela, Noêmia e Dª Maria) e ao Vitor, pelo apoio constante.

A Zuleika pela constante boa vontade e disponibilidade.

À Fapesp pelo auxílio-pesquisa concedido, protocolo nº 02/12918-8

Sumário

Dedicatória..... v
Agradecimentos..... vi
Lista de tabelas..... x
Resumo..... xi
I- INTRODUÇÃO..... 1
I.1- Conceito, modelos e histórico..... 2
I.1-1- Etimologia e conceitos gerais..... 2
I.1.2- Modelos..... 5
I.1.3- Tradições..... 9
I.1.4- Breve esboço histórico da constituição do campo..... 16
I.1-5- Comunicação e saúde……. 40
I.2- Revisão de campos de discussão e investigação..... 61
I.2.1- Modelos de medicina..... 61
I.2.2- Centramento..... 64
I.2.3- Canais de comunicação..... 75
I.2.4- Capacitação e educação continuada de pacientes e familiares..... 78
I.2.5- Fatores ou características dos pacientes (e profissionais) que interferem na comunicação e no vínculo..... 85
II- OBJETIVOS..... 104
II.1-Fatores que perturbam o vínculo e a comunicação na relação médico-paciente - A experiência subjetiva do profissional e a dificuldade de ajudar o paciente 105
II.2-Objetivos..... 106
III- METODOLOGIA..... 107
III.1- Desenho..... 108
III.2- Amostra..... 108
III.3- Instrumentos..... 109
III.4- Procedimento..... 111
III.5- Análise de dados..... 112
IV- RESULTADOS..... 115
IV.1- Pacientes..... 116
IV.2- Médicos..... 121
V- DISCUSSÃO..... 132
VI- CONCLUSÕES..... 138
VII- CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 140
VIII- ANEXOS..... 144
IX- REFERÊNCIAS..... 155
Abstract

Lista de Tabelas

Tabela 1: Distribuição sócio-demográfica dos pacientes por sexo 117

Tabela 2: Distribuição do diagnóstico de internação, tempo de doença e internação, e internação prévia do paciente por sexo..... 118

Tabela 3: Distribuição do índice de Karnofsky do paciente por sexo..... 119

Tabela 4: Distribuição dos sintomas depressivos e ansiosos dos pacientes por sexo..... 120

Tabela 5: Distribuição de confusão mental nos pacientes por sexo..... 120

Tabela 6: Distribuição sócio-demográfica e profissional dos médicos por sexo..... 122

Tabela 7: Distribuição das respostas dos médicos sobre suas percepções quanto ao paciente em função do sexo do médico..... 124

Tabela 8: Distribuição do grau de dificuldade dos médicos para ajudar o paciente em função da identificação correta ou não dos sintomas do paciente..... 125

Tabela 9: Distribuição do grau de dificuldade dos médicos para ajudar o paciente em função das características sócio-demográficas, clínicas e psicopatológicas do paciente..... 126

Tabela 10: Distribuição do grau de dificuldade dos médicos para ajudar o paciente em função das características sócio-demográficas e profissionais do médico..... 127

Tabela 11: Distribuição do grau de dificuldade dos médicos para ajudar o paciente em função das percepções do profissional em relação ao paciente..... 128

Tabela 12: Distribuição da atitude de encaminhar o paciente para um profissional de saúde mental em função das percepções do profissional em relação ao paciente e de acordo com o grau de dificuldade dos médicos para ajudar o paciente..... 130

Tabela 13: Regressão logística da dificuldade em ajudar o paciente em função da procedência do médico, percepção do médico de sintomas de ansiedade e depressão no paciente, percepção da adesão e do impacto psicossocial..... 131

RESUMO

Introdução: A comunicação e suas perturbações têm recebido crescente atenção no campo da formação e da atenção em saúde, em função da consolidação da percepção de suas importantes repercussões no processo terapêutico. **Objetivo:** A partir de uma discussão crítica do conceito "pacientes difíceis de ajudar" identificar fatores que perturbam a comunicação e o vínculo na relação médico-paciente, refletindo-se na forma de "dificuldade para ajudar". **Método:** Numa amostra randômica de 74 leitos foram aplicados para o paciente o *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), *Confusion Assessment Method* (CAM) e *Karnofsky Performance Scale*; para os profissionais o questionário de dificuldade para ajudar o paciente (DTH), o HADS e o CAM (ambos sobre o paciente). O estudo de associação entre as dificuldades do médico e as demais variáveis foi feito utilizando o teste t quando numéricas e o teste do qui-quadrado quando categóricas. Para identificarmos que fatores predizem uma maior dificuldade do médico para ajudar o paciente, desenvolvemos um modelo de regressão logística cuja variável dependente foi a categoria dificuldade para ajudar, e as variáveis de controle foram: grau de dependência física pela doença orgânica, procedência do médico, todas as questões do DTH, sintomas psicopatológicos dos pacientes, sintomas psicopatológicos dos pacientes percebidos pelo médico, taxa de acerto/erro diagnóstico do médico. **Resultados:** Dificuldade do médico para ajudar o paciente apresentou índice de 38,3%. Em relação às características do paciente a única característica estatisticamente significante ($p<0,05$), para a alta dificuldade de ajudar, foi frente aos pacientes que apresentam grandes limitações físicas. Em relação às percepções do médico, apresentaram associação estatisticamente significante ($p<0,05$) com alta dificuldade as seguintes percepções: os aspectos psicossociais terem afetado a doença do paciente (88,9%), ter baixa adesão às recomendações terapêuticas (27,8%) e considerar presença de sintomas depressivos (61,1%) e ansiosos (72,2%) no paciente. A análise multivariada da dificuldade de ajudar o paciente, tendo como variáveis independentes aquelas que apresentaram associação com a dificuldade (o médico proceder de outra cidade que não São Paulo, o médico considerar que os fatores psicossociais afetaram o adoecer, que é baixa a adesão do paciente ao tratamento, que o paciente tem sintomas depressivos e ansiosos) mostrou que o médico considerar que o paciente tem sintomas ansiosos aumentou em 19 vezes a chance de ele ter dificuldade para ajudar este paciente, em relação ao médico não considerar que os sintomas estão presentes ($p<0,05$) e que, o médico ser de fora da cidade de São Paulo aumentou em 15 vezes a chance de ele ter dificuldade para ajudar este paciente, em relação ao médico ser da cidade ($p<0,05$). **Conclusões**: Os resultados obtidos no estudo revelam que na amostra abordada não são primordialmente as características do paciente que produzem a condição de dificuldade para ajudar mas, algumas percepções e características dos profissionais, apontando para a importância de uma atenção ao preparo e aos cuidados com os profissionais. Por outro lado, estes resultados reafirmam a vantagem de não se ater a categorizações como "paciente difícil" mas de situar as observações no fenômeno (dificuldade para ajudar), na relação e no vínculo, buscando pesquisar os fatores e as características que promovem as dificuldades.

I- INTRODUÇÃO

A presente tese tem por finalidade uma investigação da comunicação médico-paciente e dos fatores que a facilitam e a perturbam. As perturbações da comunicação médico-paciente têm sido importante objeto de estudo nas últimas décadas, graças à concorrência de uma série de fatores que envolvem desde questões de mudanças de perspectiva, ligadas à própria natureza da tarefa, até questões ético-legais e mercadológicas.

A proposta é traçar, inicialmente, um panorama histórico da constituição do campo de estudo da comunicação e a seguir sua constituição como área diferenciada no campo da saúde.

Uma revisão das repercussões e dos principais trabalhos que têm sido desenvolvidos na área será apresentada, focando ao final, no campo mais específico de certas relações ou situações especiais que podem se tornar difíceis. O foco será, a seguir, concentrado para a situação particular de uma categoria denominada pacientes "difíceis de ajudar" ("*difficult-to-help" patients*) criada por pesquisadores que têm se dedicado a investigar e trabalhar com estas situações. Será feita uma revisão dos trabalhos na área e uma análise crítica do conceito *pacientes "difíceis de ajudar"*.

A seguir, será apresentado um estudo realizado no Hospital São Paulo, ligado à Escola Paulista de Medicina, que integra a Universidade Federal de São Paulo. Neste estudo procurou-se verificar a avaliação e reação (disponibilidade maior ou menor para ajudar) dos profissionais de saúde frente à forma como percebem os pacientes e frente a algumas condições particulares dos pacientes. Uma correlação é feita entre os resultados e características dos profissionais e pacientes.

I.1- Conceito, Modelos e Histórico

I1-1- Etimologia e conceitos gerais

A palavra comunicar vem do latim *communicare* que significa "tornar comum". A raiz principal é *mun*, relacionada com palavras como comunidade (em inglês com meaning, em alemão Gemeinschaft). Em português, há toda uma série de palavras com essa raiz, dentre as quais vale destacar, além de comunicação, comunidade, mundo, imundo, imune, remunerar. Em latim, *munus* está relacionado a presentes, deveres ou jogos oferecidos publicamente pelos descendentes - inclusive exibições de gladiadores, tributos e ritos - em honra aos mortos.

Em grego [dicionário Bailly, 1950 *apud* Teixeira, 1997], a raiz é κοινος (koinós):

- A - falando de coisas: I) comum a ... II) comum a todo o povo, público ... III) comunicado a outros, publicado; donde comum a todos, comum, usual, ordinário;

- B - falando de pessoas e de coisas: I) que participa de, que está em comunidade ... II) que é de origem comum, da mesma raça, da mesma natureza III) que se presta a todos igualmente, i.e. 1) sociável, afável 2) eqüitativo, imparcial; falando de acontecimentos: ... chances iguais 3) acessível...κοινοω (koinéo): comunicar, i.e. 1) tornar comum a, comunicar a; donde tornar comum... 2) comunicar, fazer saber... 3) colocar em comunicação, unir...κοινο.λογια (koinologia): conversação, conversa...κοινωνημα (koinema): no pl. comunicações...κοινωνια (koinia): troca de relações, comunicação, comércio...

A Enciclopédia Britânica define comunicação como o intercâmbio de significados entre indivíduos, através de um sistema comum de símbolos. Acrescenta, ainda que teorias e definições explícitas não foram formuladas até o século XX quando os avanços na ciência e tecnologia produziram o surgimento dos meios de comunicação em massa.

Contudo, a questão “o que é comunicação?” tem desafiado os estudiosos por décadas, não sendo possível uma definição simples. O que temos é uma pletora de definições.

Ao se perguntarem sobre a existência das ciências da comunicação, Philippe Breton e Serge Proulx [1994] concluíram pela complexidade do problema e pela existência de quatro domínios de trabalho que podem se entrecruzar. O primeiro seria formado pelos práticos da comunicação, unidos pelas atividades jornalísticas dos mais diversos gêneros. O segundo, pelos técnicos de comunicação ligados pelas atividades maquínicas e de planejamento físico que fazem as mídias funcionarem. O terceiro, pelos estudiosos da realidade física e matemática do processo comunicacional. O quarto e último, pelo estudo da comunicação enquanto fenômeno social e humano.

O que fica patente é que este é um “campo de pluralidade e dispersão que, historicamente se inscreveu em tensão entre as redes físicas e imateriais, entre o biológico e o social, a natureza e a cultura, os dispositivos técnicos e a cultura, as perspectivas micro e macro, o local e o global, o ator e o sistema, o indivíduo e a sociedade, o livre arbítrio e os determinismos sociais” [DeFleur e Ball-Rocheach, 1993].

Observa-se, assim, que o estatuto e a definição de teoria, a exemplo do que ocorre em várias das ciências do homem e da sociedade, apresenta uma contraposição, por vezes vigorosa, de uma escola à outra, de uma epistemologia à outra. A própria designação “escolas” pode ser bastante ilusória. Uma mesma escola pode abrigar numerosos componentes e estar longe de possuir a homogeneidade que seu nome parece sugerir. [DeFleur e Ball-Rocheach, 1993]

Como conseqüência, dependendo da área ou domínio de origem do investigador, ou no próprio domínio, podemos ter definições muito diferentes do que é comunicação.

Consideradas todas estas ressalvas, apresento, algumas formas de organização do campo, de acordo com diferentes perspectivas de observação e interesse.

Uma forma de agrupar os conceitos é a partir de algumas áreas amplas do conhecimento humano [Marques de Mello, 1970]:

I.1.1.1 Conceito Biológico

Neste conceito, a comunicação é relacionada com a atividade sensorial e nervosa do ser humano.

Algumas espécies têm a necessidade de intercambiar informações apenas para multiplicar-se, enquanto a espécie humana procura comunicar-se intensamente com outros porque necessita de participar ativamente da sua própria evolução biológica.

Quando um animal encontra outro animal, ele precisa da resposta para quatro perguntas: 'Ele é um amigo?', 'Ele é um inimigo?', 'Posso fazer sexo com ele?' ou 'Posso comê-lo?'.

A comunicação é o meio pelo qual duas entidades (no sentido mais genérico possível) têm de expressar fome, medo, raiva, disponibilidade para reprodução e muitas outras informações. Obviamente, a comunicação não se propaga apenas por via oral (fala ou ruído), ela se propaga também através de características físicas (a maioria das aves expressam agressividade através dos pêlos eriçados, e os cães expressam ansiedade através do rabo) e químicas (as formigas se comunicam através de um feromônio que depositam nos alimentos encontrados, que ao evaporar permite que outras formigas a acompanhem e encontrem o alimento).

I.1.1.2 Conceito Pedagógico

A comunicação é abordada em seu aspecto de atividade educativa que envolve troca de experiências entre pessoas de gerações diferentes. Um dos sentidos principais, neste aspecto, é assegurar que grupos sociais não retornem ao primitivismo.

Entre os que se comunicam, há uma transmissão de ensinamentos, que modifica a disposição mental das partes envolvidas.

Pedagogicamente, é essencial que a educação faça parte de uma comunidade, para que os jovens se adaptem à vida social, aprendam com a experiência e possam evitar cometer os erros do passado.

I.1.1.3 Conceito Histórico

Baseada na cooperação, a comunicação no conceito histórico funciona como instrumento de equilíbrio entre a humanidade, neutralizando forças contraditórias.

São os meios de comunicação, que ampliam as possibilidades de coexistência mais pacífica entre os homens, que de outra forma, já estariam extintos devido às disputas pelo poder.

Não menos importante que os conceitos anteriores, a comunicação, nesta perspectiva, atua na forma de sobrevivência social e no fundamento da existência humana.

I.1.1.4 Conceito Sociológico

O papel da comunicação é de transmissão de significados entre pessoas para a sua integração na organização social.

Os homens têm necessidade de estar em constante relação com o mundo, e para isso usam a comunicação como mediadora na interação social.

Quanto mais complicada se torna a convivência humana, mais se torna necessário o uso adequado e pleno das possibilidades de comunicação.

I.1.1.4 Conceito Antropológico

A tendência predominante em alguns estudos de Antropologia é a de analisar a comunicação como veículo de transmissão de cultura ou como formador da bagagem cultural de cada indivíduo.

Este é um assunto de grande importância, tendo em vista o surgimento da cultura de massa neste século XX, transformando as formas de convivência do homem moderno. Sem o desenvolvimento da comunicação, os antropólogos e comunicólogos não poderiam estudar o homem nas suas origens.

I.1.2- Modelos

Complementarmente às conceituações nos diferentes campos, as definições e formulações podem, também, ser agrupadas a partir de determinados princípios utilizados na formulação de modelos ou tradições.

Quando, por exemplo, é considerado um princípio básico presente no processo de comunicação, temos uma classificação que define os modelos como de transmissão ou constitutivo.

I.1.2.1 Modelos de transmissão

Muitos modelos do processo de comunicação estão baseados no modelo *Estímulo-Resposta* da psicologia comportamental. O *emissor* tem uma idéia ou *percepção* que *codifica* numa *mensagem.* A mensagem é *decodificada* pelo *receptor* que produz um *feedback.* Se a comunicação é bem sucedida, resulta numa *transferência de significado.*

A idéia é que a comunicação é a transmissão de mensagens através de uma distância e uma preocupação essencial é incrementar a velocidade e o efeito das mensagens. Apresenta as seguintes características gerais:

- É a visão mais corrente na cultura industrial;
- baseia-se numa metáfora de geografia ou transporte;
- é definida por termos como “transmitir”, “enviar”, “fornecer informações a outros”.

Colocando de uma outra forma, estes modelos são chamados de *modelos de transmissão* porque supõem que o emissor empacota uma idéia num continente de linguagem e a *transmite* ao receptor. Desenvolvido inicialmente por Shannon e Weaver (1949), sua origem ajuda a compreender sua definição e suas características.

Wilbur Schramm (1907-1987), é considerado, geralmente, como *o* fundador da comunicação enquanto campo de estudo. Para ele, comunicação é “a ferramenta que torna a sociedade possível” ou ainda “o compartilhamento de uma orientação em relação a um conjunto de signos informacionais”. Schramm foi o diretor do “Office of Facts and Figures and the Office of War Information em Washington”, no início da década de 1940. Foi por essa época que ele formou sua visão dos estudos de comunicação [Rogers, 1994]. Ele também fundou o primeiro programa de doutorado em comunicações.

Enquanto Schramm fundou os estudos sobre comunicação, Claude E. Shannon (1916-2001) foi o teórico que lançou na década de 1940 os conceitos teóricos centrais. Ele publicou, em parceria com Warren Weaver, “A Mathematical Theory of Communication” (1948), apresentando os resultados de suas pesquisas desenvolvidas principalmente no “Bell Telephone Labs”. O objetivo inicial de Shannon era simples: melhorar a transmissão de informação por telégrafo ou linha telefônica afetada por interferência elétrica e ruídos. A solução encontrada não foi a de melhorar as linhas de transmissão, mas de “empacotar” a informação de forma mais eficiente.

Claude Shannon era engenheiro e sua definição é de que "comunicação é a transmissão e recepção de informações”

Claude Shannon e Warren Weaver não eram cientistas sociais, mas engenheiros trabalhando para a “Bell Telephone Labs” nos Estados Unidos. Seu objetivo era

assegurar a máxima eficiência aos cabos de telefone e ondas de rádio. Eles desenvolveram um modelo de comunicação destinado a auxiliar o desenvolvimento da teoria matemática de comunicação. Seu trabalho provou ser útil para os engenheiros de comunicação lidarem com questões como a capacidade de vários canais de comunicação em 'bits por segundo'. Contribuiu para a ciência da computação e levou a trabalhos úteis sobre redundância em linguagem.

O modelo de transmissão de Shannon e Weaver se tornou o mais conhecido exemplo do enfoque 'informacional' da comunicação. Embora nenhum teórico da comunicação de maior seriedade continue a aceitá-lo, foi o modelo mais influente de comunicação já desenvolvido e reflete a compreensão do senso comum (ainda que enganosa) do que é um processo de comunicação. A versão verbal deste modelo de Lasswell: '*Quem* diz *o que* em *que* canal para *quem* com *qual efeito*?' Está refletido nas pesquisas subseqüentes estreitamente associadas aos enfoques behavioristas. Ele apresenta algumas vantagens evidentes:

- Simplicidade,
- generalidade,
- quantificabilidade.

Entretanto, o problema é quando se pretende que esse modelo possa ter uma aplicação maior à comunicação humana do que a meramente técnica. A metáfora subjacente ao modelo de transmissão em comunicação, conforme já disse, permeia o senso comum do uso cotidiano, em muitas formas, mas é enganoso e requer atenção crítica. Ele não é somente uma supersimplificação, mas uma distorção perigosamente enganosa da natureza da comunicação humana.

Embora este modelo seja útil para alguns propósitos práticos, necessita de reformulação crítica quando aplicado ao estudo dos meios de comunicação. Lakoff e Johnson [1980] mostraram como as palavras que usamos para descrever comunicação sugerem que pensamos em idéias como em objetos, a linguagem como um continente e a comunicação como o envio do continente a uma outra pessoa:

- Eu lhe *dei* esta idéia.
- É difícil *colocar* minhas idéias em *palavras*.
- A idéia está *encerrada* em parágrafos terrivelmente densos.

O principal problema do modelo de transmissão é que cria a falsa impressão que comunicação efetiva é "simplesmente" uma questão de empacotar as idéias cuidadosamente. E, seguramente, este não é o caso.

I.1.2.2- Modelos Constitutivos

Os modelos alternativos ao modelo de transmissão podem ser agrupados como modelos constitutivos. A diferença fundamental em relação ao modelo de transmissão é que enquanto este assume que os elementos essenciais da comunicação – indivíduos distintos, seus pensamentos e sentimentos privados e os meios técnicos de comunicação (códigos compartilhados, canais de transmissão etc.) - podem todos ser antecipadamente fixados antes que o ato de comunicação ocorra, o modelo constitutivo, afirma que os elementos de comunicação ao invés de serem fixados antecipadamente, são reflexivamente constituídos no próprio ato de comunicação. Comunicação é, então, definida como um processo em marcha que simbolicamente forma e re-forma nossa identidade pessoal, nossas relações sociais, nosso mundo comum de objetos e eventos significativos, nossos sentimentos e emoções e nossa forma rotineira de expressar estas realidades socialmente construídas. Desta forma, não se trata mais de uma mera questão técnica de como lançar o significado sem distorção, pois, no modelo constitutivo, a comunicação tem dimensões morais e políticas complexas, expandindo-se para incluir todos os aspectos de criação e negociação de significados na sociedade.

Um modelo de transmissão não considera o fato que *significado* não é realmente transmitido mas que, ele é de fato criado na mente do receptor, baseado somente em partes da mensagem do emissor, numa dinâmica de Sistema/Processo em que o significado para o emissor se origina nos dados sensoriais/informações recolhidos pelo visualizar, ouvir, tocar, cheirar ou saborear (e o que se origina na mente) e que estes dados são filtrados pelo emissor através de crenças, valores, padrões comportamentais genéticos e adquiridos e estado físico e emocional corrente.

Quando o emissor decidiu por um significado, ele codifica a mensagem**,** e seleciona um canal para transmitir a mensagem a um receptor ou receptores. A mensagem e o canal se tornam novos dados sensoriais para cada receptor que então usa seus filtros para determinar significado.

Isto tem como conseqüência que uma mensagem enviada face-a-face pode ser interpretada de forma muito diferente que as mesmas palavras enviadas por telefone ou por escrito. Portanto, o significado de uma mensagem está vinculado à resposta que produz e, desta forma**,** *como o receptor responde* é um melhor indicador do que foi comunicado do que *o que o emissor disse* ou o que pensou que significava.

I.1.3- Tradições

Num plano mais específico, há uma classificação proposta por Craig [1999], a partir do que considera as tradições que se estruturaram ao longo da história. Ele distingue sete maiores tradições de teoria da comunicação:

I.1.3.1- Retórica

A formulação da retórica emergiu na Grécia antiga como reflexo das práticas de falar em público que eram centrais para a vida dos cidadãos na *polis*. Retórica, como foi formalmente teorizada, começou a moldar seu próprio campo de práticas, que continuou a desempenhar um importante papel na educação e comunicação pública Européia por muitos séculos após o declínio da *polis* Grega.

No entanto, como assinala Chandler [2001], a retórica é colocada sob suspeita, particularmente a partir do século XVII quando se tenta estabelecer um uso "científico" da linguagem através da formulação de uma "linguagem objetiva". É o que ocorre, por exemplo, na Inglaterra nessa época, quando os cientistas da "Royal Society" buscam 'separar o conhecimento da natureza das cores da retórica, das inclinações da fantasia e do deleite enganoso das fábulas'... Thomas Hobbes rejeitou a prática do 'uso de metáforas, figuras de linguagem e outras figuras retóricas ao invés das palavras apropriadas..." John Locke [*apud* Chandler, 2001] escreveu no mesmo sentido em 1690:
"Se queremos falar das coisas como são, precisamos ter presente que toda a arte da retórica é tudo menos ordem e clareza; toda aplicação artificial e figurativa de eloqüência já inventada só serve para insinuar falsas idéias, movimentar as paixões e conseqüentemente desorientar o julgamento".

A tentativa de evitar a linguagem figurativa tornou-se aliada estreita da ideologia realista do objetivismo.

Contudo, um interesse acadêmico pela retórica ou ao menos nas implicações epistemológicas de certas figuras de linguagem foi revivido na segunda metade do século XX por estruturalistas como Claude Lévi-Strauss e Roman Jakobson, pós-estruturalistas como Jacques Derrida e Jacques Lacan e semanticistas cognitivos como George Lakoff e Mark Johnson. A proposição central é que as formas retóricas estão profunda e inevitavelmente envolvidas na construção das realidades. A linguagem não é um meio neutro. No uso comum nos referimos...a 'mera retórica', retórica vazia'. Retórica é freqüentemente contrastada com racionalidade e associada a relativismo radical ou niilismo. No entanto, uma outra forma de colocar a questão é que a retórica não é uma ornamentação estilística, mas discurso persuasivo e que todo discurso é inevitavelmente retórico. Mesmo os escritores acadêmicos que freqüentemente se esforçam para evitar e

negar a sua presença em seus escritos estariam imperceptivelmente se utilizando da retórica, na medida que os “fatos” não “falam por si mesmos” e é necessário argumentar pela sua existência. A possibilidade de uma linguagem literal foi problematizada pelos pós-estruturalistas e a percepção da inevitabilidade da retórica e das figuras de linguagem é a base para o procedimento de desconstrução de todo tipo de discurso.

Neste sentido, Richards [1965] entende que a retórica é o estudo dos desentendimentos e seus remédios. Para ele, a retórica envolve:

- Determinação das leis fundamentais do uso da linguagem;
- uma arte cujo discurso é adaptado para seus fins: o estudo dos desentendimentos e seus remédios e,
- como o mundo funciona (ou não), como questão central na ordem do conhecimento.

Cassin [2004] partindo de Aristóteles também se lança em defesa da retórica como um instrumento importante para a ciência, uma vez que, embora o justo e o verdadeiro sejam mais fortes que os seus contrários, por natureza, a retórica não pode ser desprezada pois, afinal seria uma vergonha permitir que o verdadeiro se tornasse mais fraco. Aí comparece a retórica: ela é necessária, segundo Cassin para ajudar “contra a ...simples retórica. Mais arte e não menos, para auxiliar a natureza a derrotar o artifício. Provas públicas e discursos têm de empregar os meios adequados ao que é comum (diverso do universal), ou seja, aquilo que todos podem entender. O verdadeiro é diferente do persuasivo, e a demonstração pública tem de ser persuasiva, além de verdadeira (apodíctica). Contrariamente ao verdadeiro, o que parece persuasivo já é persuasivo e por isso pode desencaminhar o debate (tal era a especialidade dos sofistas). Mas há momentos em que o comum se antepõe benignamente ao verdadeiro e, é nesse momento criativo que podem surgir novos valores. Depende só de nós fazer com que nessa hora se produza mais luz e não apenas calor”.

I.1.3.2- Semiótica

Originou-se em sua forma moderna em Locke e, conceitualiza a comunicação como um processo que se apóia em signos e sistema de signos como mediadores entre a distinção e separação dos pontos de vista subjetivos.

Para a teoria semiótica, os problemas da comunicação resultam de barreiras para o entendimento que surgem do descompasso entre signos-veículos (signos físicos como palavra escrita ou falada ou imagens gráficas) e seus significados, a estrutura do sistema de signos e as formas particulares de uso (ou mau uso) dos signos. Enquanto teoria, a

semiótica realça a comunicação como geradora de significação. Com ela, constitui-se um novo conjunto de conceitos: signo, significação, ícone, índice, denotação, conotação. No centro está o signo. Ao estudo do signo chama-se *semiótica* ou *semiologia*.

Tradições distintas da semiótica floresceram a partir dos trabalhos do filósofo pragmatista americano Charles Sanders Peirce (1839-1914), e do lingüista suíço Ferdinand de Saussure (1857-1913). A tradição Peirceana analisa as funções cognitivas e mentais dos signos como base para distinguir entre tipos de signos (ícone, índice, símbolo) e dimensões de semioses (sintáticas, semânticas, pragmáticas). Num *ícone*, o signo assemelha-se ao seu objeto, *substitui-o*. Exemplo: uma fotografia de alguém ou o desenho de uma árvore que representa a árvore real. Num *índice*, há uma ligação direta entre signo e objeto, a *autenticidade*. Exemplo: o fumo face ao fogo; o relógio que nos indica as horas; a baixa pressão no barômetro que nos indica aproximação de chuva. Num *símbolo*, não há relação ou semelhança entre signo e objeto, mas *réplica* ou materialização. Exemplo: a Cruz Vermelha, as palavras e as frases.

A tradição Saussuriana, que levou às teorias estruturalistas e pós-estruturalistas, se foca, ao invés, na estrutura sistemática da linguagem e outros sistemas de signos. Para Saussure, o signo é uma realidade psíquica com duas faces, um objeto físico com um significante e um significado. O signo consiste, assim, num *significante* (imagem do signo; marca no papel ou elemento acústico) e num *significado* (conceito mental a que ele se refere).

Saussure definiu dois modos dos signos se organizarem em códigos. O primeiro é o *paradigma*, conjunto de signos donde se escolhe aquele que vai ser utilizado. O segundo é o *sintagma*, mensagem na qual os signos escolhidos se combinam. Exemplo: o cardápio num restaurante. A estrutura do cardápio tem uma entrada, um prato de carne ou peixe e uma sobremesa (o paradigma ou sistema). Dentro de cada um destes três elementos existe uma variedade de opções. Assim, cada cliente combina-as numa refeição; o pedido feito ao empregado é um sintagma. Embora a teoria semiótica de Locke é a fonte do modelo de transmissão, as teorias pós-estruturalistas como a teoria de desconstrução de Jacques Derrida (1930-2004) conceitualizam comunicação como o processo nos quais os significados não são fixados pelo sistema lingüístico, mas brotam e flutuam aos ventos do discurso. Na visão pós-estruturalista nós não existimos independentes dos signos, com nossas identidades pessoais essencialmente reais e visões subjetivas, e “usamos” signos para nos comunicarmos. Nós existimos significativamente somente *em* e *como* signos.

I.1.3.3- Fenomenológica

A tradição fenomenológica conceitualiza comunicação como a experiência de si-mesmo e do outro no diálogo. Teóricos do diálogo do século XX como Martin Buber, Hans-George Gadamer, Emanuel Levinas, e Carl Rogers (embora Rogers seja um psicólogo mais que um filósofo) podem ser plenamente identificados com esta tradição. O problema da comunicação para a fenomenologia, como para a semiótica é a barreira entre os pontos de vista subjetivos: não podemos ter uma experiência direta da consciência do outro e, conseqüentemente, o potencial de entendimento intersubjetivo é limitado. Enquanto a semiótica se volta para as propriedades mediacionais dos signos, a fenomenologia se volta para a autenticidade de nossos modos de experienciar si-mesmo e o outro. As bases para a comunicação residem na nossa existência comum com os outros num mundo compartilhado que pode ser diferentemente constituído na experiência. O diálogo autêntico requer uma auto-expressão aberta e aceitação das diferenças ao mesmo tempo que a procura de terreno comum. As barreiras para a comunicação podem surgir de não consciência de si-mesmo e da não aceitação das diferenças ou agendas estratégicas que impedem a abertura para o outro. A tradição fenomenológica na moderna filosofia surge da fenomenologia transcendental de Edmund Husserl (1859-1938). Martin Heidegger (1889-1976), discípulo e crítico de Husserl propõe em “Zein und Zeit” (1927), que nosso existir não tem essência para além do autoconhecimento interpretativo que surge através do tempo na medida que nos engajamos num mundo particular no qual nos encontramos. Esta fenomenologia hermenêutica influenciou as teorias existencialistas, hermenêuticas e pós-estruturalistas que enfatizaram as propriedades constitutivas do diálogo. Diálogo nestas teorias não é essencialmente um compartilhamento de significado próprio; ele é o engajamento com os outros para negociar significados.

I.1.3.4- Cibernética

A tradição cibernética da teoria de comunicação brotou dos trabalhos da metade do século XX de Claude E. Shannon(1916-2001), Norbert Wiener(1894-1964), Gregory Bateson (1904-1980), e uma série de outros autores, em muitos campos. Baseada no modelo linear de comunicação de Shannon e Weaver e uma utilização sistemática das ferramentas de estatística recentemente adquiridas. Ela é uma das mais novas tradições no campo e conceitualiza a comunicação como processamento de informação, sendo que em sua visão, todos os sistemas complexos, incluindo computadores e dispositivos de telecomunicação, moléculas de DNA e células, plantas e animais, o cérebro e o sistema nervoso humano, grupos sociais e organizações, cidades e sociedades inteiras,

processam informações e neste sentido se comunicam. A teoria cibernética desvaloriza as diferenças entre comunicação humana e outras formas de sistemas de processamento de informação. Armazenamento de informação, transmissão e feedback, estruturas de rede e processos de auto-organização ocorrem em todo sistema suficientemente complexo. Problemas de comunicação podem surgir de conflitos entre sub-sistemas ou disfunções no processamento de informações como feedback circular positivo que amplifica o ruído. Proponentes de uma *cibernética de segunda-ordem* (como Heinz von Forster, Klaus Krippendorff, e Paul Watzlawick) remodelaram a teoria cibernética num modelo constitutivo de comunicação. Cibernética de segunda-ordem, inclui reflexivamente o observador no sistema observado e enfatiza o papel necessário do observador em definir, perturbar e freqüentemente de maneiras imprevisíveis mudar um sistema pelo simples ato de observá-lo.

I.1.3.5- Sócio-psicológica

Conceitualiza comunicação como interação e influência social, na medida em que comunicação envolve sempre indivíduos com suas distintivas características de personalidade, atitudes, crenças e emoções, sendo que, o comportamento social, tanto exibe a influência destes fatores psicológicos quanto os modifica, na medida que os participantes se interinfluenciam, geralmente com pouco conhecimento do que está ocorrendo. A influência pode ser essencialmente um processo de transmissão da fonte ao receptor. Se, entretanto, a interação modifica reciprocamente os participantes e conduz a resultados coletivos que não teriam ocorrido de outra forma, a comunicação se torna um processo social constitutivo.

Seja concebida numa perspectiva do modelo de transmissão ou de um modelo constitutivo, o problema da comunicação a partir da perspectiva sócio-psicológica é de como manejar a interação social efetivamente, de forma a alcançar resultados selecionados. Isto requer uma compreensão solidamente apoiada em teoria e pesquisa científica, de como o processo de comunicação funciona.

A pesquisa em comunicação social científica esteve sempre estreitamente identificada com a psicologia social. Não é surpreendente, portanto, que as teorias clássicas da metade do século passado de dinâmica de grupo (Kurt Lewin (1890-1947)) persuasão (Carl Hovland (1912-1961)) e dissonância cognitiva (Leon Festinger (1919-1989)) constituam sua base.

Lewin, era psicólogo social de formação, tendo emigrado para a América em função da ascensão do nazismo. Dedicou-se a investigar os preconceitos e as formas como os grupos influenciam os membros individuais e fundou a “Society for the

Psychological Study of Social Issues", da "American Psychological Association", que na época se voltou para trabalhos numa nova "teoria de campo" em psicologia social. Ele influenciou o trabalho de Festinger que publicou em 1957 seu "Theory of cognitive Dissonance". Neste trabalho, Festinger postulava que a oposição 'psicológica' de idéias inconciliáveis (cognição), abrigadas simultaneamente por um mesmo indivíduo, criam uma força motivadora que tenderá, em condições apropriadas, a levar ao ajustamento das próprias crenças para se harmonizar com o comportamento prévio ao invés de mudar o comportamento para expressar as próprias crenças (a seqüência convencionalmente assumida).

Hovland, por seu turno, estava interessado em pesquisa empírica. Ele foi um dos grandes pioneiros na pesquisa da persuasão e credibilidade. Sua equipe investigou a relação entre estímulo, audiência, opinião e mudança. Isolando as 'partes componentes' do processo de comunicação, realizou experimentos cuidadosamente controlados para testar os diferentes efeitos das variáveis no Comunicador, Mensagem, Canal e Receptor. Estas contribuições foram rapidamente absorvidas na teoria da comunicação e associadas a muitas outras teorias posteriores num fluxo de intercâmbio trans-disciplinar que continua vigoroso.

I.1.3.6- Sócio-cultural

Deriva do pensamento sociológico e antropológico do século XX, conceitualizando a comunicação como um processo simbólico que produz e reproduz significados, rituais e estruturas sociais. Para John Dewey (1859-1952) os seres humanos não são "sujeitos" ou "indivíduos isolados" que "construíram pontes" de contato com outros seres humanos ou elementos da natureza; os seres humanos são original e continuamente ligados ao seu ambiente, organicamente relacionados a ele, mudando-o ao mesmo tempo que são mudados por ele. Dewey se refere a si próprio como um humanista naturalista ou um empiricista. Ele repudia toda dualidade ou divisão entre a natureza não humana e as questões humanas, considerando que os seres humanos não são "almas" mas "organismos"; eles não são entidades "supersensíveis" ou puras mentes ou coisas pensantes. Os seres humanos estão na natureza e a essência da comunidade é a comunicação, o compartilhamento de significados através da linguagem ou símbolos comuns. Comunicação é o meio pelo qual, tanto o indivíduo como a sociedade se desenvolvem. A sociedade existe não somente *pela*, mas *na* comunicação. Isto é, a sociedade existe não somente *pelo* uso da comunicação como uma ferramenta necessária para transmitir e intercambiar informações. Comunicar-se, como membro da

sociedade é participar *nas* atividades coordenadas e coletivas e compreensões compartilhadas que constituem a própria sociedade [Dewey, 1916].

Há uma tensão na teoria sócio-cultural entre visões que enfatizam as estruturas e processos macro-sociais e as que enfatizam as interações micro-sociais. No pólo macro, as visões funcionalista e estrutural enfatizam o papel necessário das estruturas sociais e padrões culturais estáveis para tornar a comunicação possível. No pólo micro, a visão interacionista enfatiza o papel necessário da comunicação como um processo que cria e mantém as estruturas e padrões sociais no contexto cotidiano da interação social. Em ambas as visões, comunicação envolve a coordenação de atividades entre atores sociais e os problemas de comunicação são diretamente manifestados em dificuldades e falência de coordenação. Os problemas de comunicação se tornaram aparentemente mais difíceis e prementes sob as modernas condições de diversidade social, interdependência complexa e mudanças rápidas. Uma conjectura razoável de um ponto de vista sócio-cultural é que a teoria da comunicação se desenvolveu na sociedade moderna como uma forma de compreender e enfrentar esta nova condição na qual a comunicação parece ser a doença que causa a maioria de nossos problemas sociais e a única cura possível.

I.1.3.7- Crítica

Define comunicação como um discurso reflexivo, dialético, essencialmente envolvido com os aspectos culturais e ideológicos do poder, opressão e emancipação na sociedade. Dialética, assim como retórica, sua contraparte, foram inicialmente conceituadas na Grécia antiga. Na prática filosófica de Sócrates como retratada nos Diálogos de Platão, dialética era um método de argumentação através de perguntas e respostas que, ao revelar contradições e clarificar obscuridades, conduzia a uma verdade maior. O materialismo dialético de Karl Marx (1818-1883) iniciou a concepção moderna de dialética como um processo inerentemente social conectando economia política à prática cultural. Na teoria Marxista ortodoxa, cultura e ideologia são determinadas por interesses de classes e dialética no nível das idéias refletindo primariamente o embate subjacente entre as classes econômicas. Uma visão marxista mais atual, particularmente a teoria crítica da Escola de Frankfurt (um círculo formado em Frankfurt, Alemanha na década de 1920 e que emigrou para os Estados Unidos durante o período nazista), delineou uma tendência a outorgar um papel mais amplo, menos dependente das relações econômicas entre as classes, ao debate cultural e ideológico. O objetivo desta teoria crítica é promover a emancipação e conscientização pela remoção das viseiras ideológicas que perpetuam nossa ignorância e opressão. Mais recentemente, o teórico social alemão Jürgen Habermas (1929-) reconstruiu a teoria crítica em torno de

conceitos que incluem ação comunicativa e comunicação sistematicamente distorcida. Ação comunicativa ou discurso que busca a compreensão mútua, envolve inerentemente, para Habermas, certos direitos de validade transcendental que os atores sociais devem estar livres para contestar abertamente para que a comunicação autêntica possa ocorrer. A comunicação é sistematicamente distorcida pelo jogo de poder que afeta participação e expressão e a teoria crítica pode servir os interesses emancipatórios, na medida que reflete sobre as fontes de comunicação sistematicamente distorcidas. Movimentos recentes na tradição crítica tendem a rejeitar tanto o determinismo econômico Marxista quanto o ideal universalístico da ação comunicativa de Habermas, mas continuam a conceitualizar a comunicação de forma a enfatizar ideologia, opressão, crítica e reflexividade. A crítica cultural pós-modernista se volta para discursos ideológicos de raça, classe sexo, que suprimem diferenças, obstruem ou desvalorizam a expressão de certas identidades e limitam a diversidade cultural. Na teoria pós-modernista a comunicação ideal não é, como para Platão, o discurso dialético que leva a verdades maiores e universais. Pós-modernismo, entretanto, implica um modelo similar de comunicação: um discurso dialético (isto é, crítico) que pode, ainda que de forma limitada, liberar os participantes e expandir as possibilidades humanas.

Esta organização em sete tradições, também, evidentemente, não cobre o campo de forma exaustiva, pois não é possível capturar este campo tão complexo num simples esquema e há toda uma série de outras possibilidades de mapeamento e organização. Da mesma forma, os campos definidos neste esquema ou em qualquer outro não podem ser pensados como tendo se desenvolvido independentemente. As teorias contemporâneas derivam, de várias formas, de todas as tradições, mas freqüentemente é difícil classificá-las claramente em uma delas. Variedades mais híbridas e compostas são comuns. A teoria pós-estruturalista, por exemplo, derivada tanto da semiótica quanto da fenomenologia, é freqüentemente encarada como um tipo de teoria retórica. Similarmente, traços de todas as outras tradições podem ser encontrados na teoria retórica recente. Da mesma forma, os autores citados, podem ser alocados em escolas ou tradições distintas, de acordo com a perspectiva e preferência de quem organiza.

I.1.4- Breve esboço histórico da constituição do campo

I.1.4.1- Origens

Historicamente, Aristóteles é considerado o primeiro “pesquisador em comunicação” por seus estudos sobre a Retórica, destacadamente por defini-la como a “faculdade de discernir os possíveis meios de persuasão em cada caso particular” e por realizar a primeira análise objetiva, “livre de considerações sobre o bem e o mal”, deste

"aspecto importante no processo de transmissão de informações (que é) a persuasão" [Marques de Melo, 2003].

Entretanto, Heráclito, cognominado "o Obscuro" (*Skoteinós*), é um dos importantes pensadores pré-Socráticos que poderia, com mais justiça, ser considerado o precursor da indagação sobre a comunicação humana, particularmente pelas associações singulares que estabeleceu a partir da noção de *koinós*. Ele conectou o *koinós* ao *nóôi* ("inteligência") e em seu texto, profusamente poético, lançou mão do jogo aliterativo, explorando a proximidade fonética entre o adjetivo *koinós* ("o-que-é-com, comum") e a expressão *koin nóôi* ("com inteligência") [Teixeira, 1997].

Como a "democracia grega" não logrou reproduzir-se imediatamente nas sociedades ocidentais...se tornou inútil por muito tempo o conhecimento retórico organizado por Aristóteles ou pelos continuadores romanos, particularmente Cícero (106 a.C.- 43 a.C.) e Quintiliano (30 -100).

Os regimes políticos cultivados na Europa durante vasto período da Era Cristã pautaram-se pela prevalência da força sobre a razão. Em tal conjuntura, o primado da violência sobre a persuasão tornou disfuncionais aqueles preceitos retóricos que, readquirem vigor, suscitando atenções e reaproveitamento apenas no ciclo das revoluções burguesas que transformaram a fisionomia das sociedades francesa, inglesa e norte-americana.

I.1.4.2- A comunicação como campo de estudo e investigação na era moderna

Teixeira [1997] pondera que "o interesse moderno pela comunicação que determina sua constituição como campo e sua legitimação científica e institucional parece ter dependido menos da presença dos meios e muito mais de seus usos, em particular daqueles que se definiram, num certo momento de nosso século, a partir de interesses fortemente colocados nas esferas econômica e militar e que passavam a demandar, agudamente, estratégias de "psicologia política". O rápido avanço das pesquisas em comunicação, a partir dos anos 30-40, sobretudo nos Estados Unidos, concentra-se em duas grandes frentes: a propaganda comercial, que se intensifica em estreita relação com "crises de superprodução", buscando influir no comportamento consumidor; e a propaganda política, que se impõe como resposta às repercussões da propaganda nazista, levando a um esforço aliado de contrapropaganda associada à "comunicação de guerra" (a Segunda Grande Guerra foi a primeira a empregar os novos meios de comunicação para a "guerra psicológica", a primeira a incluir um campo de batalha midiático).

Estes interesses, sem dúvida tiveram forte influência no interesse pela comunicação. Entretanto, um movimento importante nesta direção já se inicia a partir do século XVIII.

Apresento, para melhor situar a questão, um esboço cronológico da retomada do interesse e estudo do campo da comunicação na era moderna, que se inicia, mais sistematicamente a partir do século XVIII:

Século XVIII

- A concepção da sociedade como organismo, como conjunto de órgãos desincumbindo-se de funções determinadas, inspira os primeiros modelos de uma "ciência da comunicação". A necessidade das trocas e fluxos e a questão da divisão do trabalho darão ensejo à primeira formulação científica por Adam Smith (1723-1790) [Mattelart e Mattelart, 2003].
- A "fisiologia social" de Claude Henri de Saint-Simon (1760-1825) concebe a sociedade como sistema orgânico, justaposição ou tecer de redes, mas também como "sistema industrial" gerado por e como indústria. Concede um lugar estratégico às vias de comunicação e ao estabelecimento de um sistema de crédito. Do mesmo modo que a imagem da circulação do sangue em relação ao coração humano, a circulação do dinheiro é vislumbrada como emprestando à sociedade uma vida unitária [Mattelart e Mattelart, 2003].

Século XIX

- A divisão do trabalho e o modelo de fluxos materiais alimentarão especialmente a escola da economia clássica inglesa, as análises de John Stuart Mill (1806-1873) em particular, que prefigurarão "um modelo cibernético dos fluxos materiais com os fluxos (*feedback*) do dinheiro como informação" [Mattelart e Mattelart, 2003].
- O conceito de divisão de trabalho estimula igualmente as reflexões de Charles Babbage (1792-1871) sobre a "divisão do trabalho mental", que o levam a elaborar seus projetos de mecanização das operações da inteligência, a "máquina da diferença" e a "máquina analítica", ancestrais das grandes calculadoras eletrônicas que precederam a invenção do computador.
- Herbert Spencer (1820-1903) leva ao extremo a hipótese de continuidade entre a ordem biológica e social – uma sociedade-organismo cada vez mais coerente e integrada onde as funções são cada vez mais definidas e as partes cada vez mais interdependentes. Estradas, canais e ferrovias à imagem do sistema vascular asseguram o escoamento e o papel das informações e o conjunto dos meios de

comunicação seriam o equivalente às funções do sistema nervoso [Mattelart e Mattelart, 2003].

- A irrupção das multidões na cidade apresenta nas últimas décadas do século XIX a problemática da "sociedade de massa". A massa apresenta-se como ameaça real ou potencial para a sociedade. Esse risco justifica a instalação de dispositivos de controle estatístico. Adolphe Quételet (1796-1874) fundará por volta de 1835 essa nova ciência da mensuração social batizada de "física social". Quételet é o homem da institucionalização do cálculo de probabilidades anunciado pela "geometria do acaso" de Blaise Pascal (1623-1662).
- Os debates que se abrem sobre a natureza política de uma opinião pública liberada das coerções impostas à liberdade de imprensa e reunião, suscitam a emergência da "psicologia das multidões" formulada por Scipio Sighele (1868-1913) e por Gustave Le Bon (1841-1931). Ambos subscrevem uma visão manipulatória da sociedade. Gabriel Tarde (1843-1904) contrapõe à era das massas a "era dos públicos". Para ele só se pertence a uma massa por vez, mas pode-se fazer parte de vários públicos ao mesmo tempo (partidos, associações etc).

Século XX

- Década de 1910

- a comunicação nos Estados Unidos se concentra na Escola de Chicago cuja supremacia durará até às vésperas da Segunda Guerra Mundial quando vem instalar-se a "Mass Communication Research" cujo esquema de análise funcional desloca a pesquisa para medidas quantitativas, mais aptas a responder às exigências proveniente dos administradores da mídia. O pragmatismo preconizado no campo das ciências sociais marcou a Escola de Chicago como um todo e influenciou, sobretudo, Charles Horton Cooley (1864-1929). É ele que pela primeira vez utiliza a expressão "grupo primário" no sentido de grupos que se caracterizam por uma associação e cooperação íntima entre si. No conceito de comunicação da escola de Chicago reencontramos a tensão que percorre as pesquisas de John Dewey (1859-1952), para quem a comunicação é causa e remédio para a perda da comunidade social e democracia política [Dewey, 1916]. Comunicação é simultaneamente fator de emancipação e aprofundamento da experiência individual e precipitador da superficialidade das relações e dos contatos sociais, da desintegração.

- Os cursos de lingüística que Ferdinand de Saussure (1857 –1913) ministra, a partir de 1906, na Universidade de Genebra são reconhecidos como fundadores dessa teoria [Mattelart e Mattelart, 2003]. Saussure alimenta o sonho de uma ciência de todas as línguas que denomina semiologia (do grego *semeion* = signo) e que nos diria em que consistem os signos e que leis os regem.

• Década 1920

- Instala-se a corrente da Mass Communication Research. O marco é o lançamento em 1927 do livro de Harold D. Lasswell (1902-1978), "Propaganda Techniques in the World War", que extrai as lições da primeira guerra mundial (1914-1918). Os meios de difusão surgem como instrumentos indispensáveis para a "gestão governamental das opiniões". A audiência é visada como um alvo amorfo que obedece cegamente ao esquema estímulo-resposta. Essa hipótese central vai ao encontro das teorias psicológicas em voga: psicologia das massas de Le Bon e o behaviorismo de John B. Watson. O segundo livro de Lasswell, "Psychopathology and Politics" (1930) tem por objeto a análise da biografia dos líderes reformadores e revolucionários cuja personalidade ele interpreta a partir do grau de rebelião contra o pai.
- Estudos empíricos iniciam-se na década de 1920 com o trabalho do Fundo Payne, programa em grande escala que investiga a influência dos filmes de cinema nas crianças. Vai sendo gradativamente abandonada a idéia de que a exposição à comunicação de massa tinha efeitos imediatos, diretos e uniformes nas audiências [Mattelart e Mattelart, 2003].
- Na Alemanha, Friederich Schonemann lança "Die Kunst der Massenbeeinnflussung in den Vereinigten Staaten von Amerika" um tratado sobre a arte de influenciar as massas, fundamentando em estudo prévio sobre o modo como os Estados Unidos produziram sua propaganda doméstica enquanto a primeira grande guerra estava transcorrendo no continente europeu [Marques de Mello, 2003].

• Década de 1930

- Com Roosevelt e o "new deal" (1932) surgem as técnicas de formação da opinião pública. As sondagens de opinião pública se tornam ferramentas da administração cotidiana da coisa pública.
- Lasswell lança em 1935 "World Polítics and Personal Insecurity" propondo o estudo sistemático do conteúdo da mídia e a elaboração de indicadores tendo em vista revelar as tendências (trends) da atenção mundial (*world attention*), isto é, os

elementos que moldam o "ambiente simbólico mundial" e elaborar políticas (*policy-making*). Consegue implementar parcialmente esse projeto em 1940-41 quando lhe é confiada a tarefa de organizar a "War Time Communication Study" da Biblioteca do Congresso.

- Em 1936 pesquisas pré-eleitorais conseguem prever a reeleição de Roosevelt.
- O "Princeton Radio Project" (1938) sob a direção de Lazarsfeld inicia pesquisas quantitativas mensurando as reações do ouvinte em termos de aprovação, reprovação ou indiferença.
- O biólogo Ludwig von Bertalanffy (1901-1972) em "Modern Theories of Development" (1933) lança as bases do que ele formaliza no pós-guerra como "teoria dos sistemas", um modelo que tem a ambição de pensar a globalidade, as interações entre os elementos mais que as causalidades, apreender a complexidade dos sistemas como conjuntos dinâmicos de relações múltiplas e cambiantes [Mattelart e Mattelart, 2003].
- Começam a aparecer estudos questionando a natureza da propaganda política emergente, apontando os riscos de sua ancoragem em artifícios de natureza psicológica. Sergei Tchakhotine inaugura a vertente ao publicar, em 1939, "Le Viol de Foules par la Propagande Politique", denunciando a violência simbólica contida na propaganda nazista [Marques de Mello, 2003].
- Iniciam-se, nesta década, na América Latina (Argentina e Brasil), os primeiros estudos sistemáticos de comunicação [Teixeira, 1997].

• Década de 1940

- Lazarsfeld funda em 1941 o "Bureau of Applied Social Research" na Universidade de Columbia.
- Kurt Lewin funda em 1945 o centro de pesquisa de dinâmica de grupo no MIT. Estuda a "decisão de grupo", o fenômeno do formador, as reações de cada membro no interior do grupo diante de uma mensagem comunicada por diferentes vias. Ganha contornos a noção de *gatekeeper* ou controlador do fluxo de informação, função que garante o "formador de opinião" informal.
- Na década de 1940 é fundada a escola de Palo Alto (1942) impulsionada pelo antropólogo Gregory Bateson. Afastando-se do modelo linear de comunicação, trabalha a partir do modelo circular retroativo proposto por Wiener. Nessa visão, o receptor tem um papel tão importante quanto o emissor. Tomando de empréstimo conceitos e modelos da abordagem sistêmica tentam explicar uma situação global de interação e não apenas estudar algumas variáveis tomadas isoladamente. -Em

1943, Erwin Schrödinger (1887-1961) emprega essa abordagem para explicar os modelos de desenvolvimento do indivíduo contido nos cromossomos. Desde então, o potencial organizativo da analogia informacional acompanhou todas as grandes invenções dessa ciência da vida (quando Shannon formula sua teoria matemática da comunicação, o vocabulário da informação e do código acaba de ser introduzido de maneira notável na biologia).

- O Ibope (Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística) faz a primeira sondagem eleitoral em 1945.
- Claude Shannon apresenta em 1948 sua monografia “A Mathematical Theory of Communication" que, em 1949, é publicada pela Universidade de Illinois, acrescida dos comentários de Warren Weaver, coordenador durante a segunda guerra mundial (1939-1945) de pesquisas sobre máquinas de calcular.
- No ano em que é publicada a primeira versão da teoria de Shannon (1948), seu ex-professor Norbert Wiener (1894-1964) publica “Cybernetics or Control and Communication in the Animal and Machine”. Entrevê no livro a sociedade futura organizada com base nessa nova matéria-prima, a informação.

• Década de 1950

- Leo Festinger publica, em 1957, “A Theory of Cognitive Dissonance” em que apresenta a idéia de que a necessidade de experienciar um mundo coerente é um forte motivador de nosso comportamento e que se detectamos incoerências em nossas crenças ou comportamentos, sofreremos de intenso sentimento de desassossego (dissonância cognitiva) que funcionará como um impulso para mudar, de forma a restaurar a coerência [Mattelart e Mattelart, 2003].
- Por iniciativa da UNESCO, OEA, Universidade Central do Equador, e institutos privados internacionais, como a Fundação Ford, surge em 1959 o Centro Internacional de Estudos Superiores de Comunicações para a América Latina (CIESPAL) com sede em Quito, Equador [Mello, 2003].
- Nesta década já havia escolas de comunicação na Argentina, Brasil, Colômbia, Cuba, Equador, México, Peru e Venezuela [Teixeira, 1997].

• Década de 1960

- Roland Barthes (1915-1980) publica “Elementos de Semiologia” (1964) tentando concretizar o sonho de Saussure de sistematização da semiologia. A semiologia, para Barthes, tem por objeto todo o sistema de signos, qualquer que seja sua substância, quaisquer que sejam seus limites: as imagens, os gestos, os sons melódicos, os objetos e os complexos dessas substâncias que encontramos em

ritos, protocolos ou espetáculos, constituem se não 'linguagem', ao menos sistemas de significação.

- A partir de 1966, com "As Palavras e as Coisas", Foucault (1926-1984) lança teses buscando identificar os dispositivos da comunicação-poder em sua forma organizacional propriamente dita.
- A partir do final da década de 1960 o conceito de "sociedade de massa" associado ao de cultura de massa" perde o estatuto de exclusividade sendo renomeado para caracterizar a sociedade trabalhada pelas tecnologias de informação e comunicação. O "global" ingressa na representação do mundo pelo viés da comunicação eletrônica. "War and Peace in the Global Village" de Marshall MacLuhan (1911-1980) e "Between two Ages. America's Role in the Technetronic Era" de Zbigniew Brzezinski (1928-), ambos lançados em 1969, sistematizam esta nova visão [Mattelart e Mattelart, 2003].
- Herbert Schiller, professor da Universidade da Califórnia, lança em 1969 a obra "Mass Communication and American Empire" na qual promove uma vasta denúncia da crescente privatização do espaço público nos Estados Unidos.

• Década de 1970

- Em sua nova obra, "Communication and Cultural Domination", como parte de um movimento de uma perspectiva crítica americana, Schiller define o conceito de "imperialismo cultural": conjunto dos processos pelos quais uma sociedade é introduzida no sistema moderno mundial, e a maneira pela qual sua camada dirigente é levada, por fascínio, pressão, força ou corrupção, a moldar as instituições sociais para que correspondam aos valores e estruturas dominantes do sistema, ou ainda para lhes servir de promotor dos mesmos.
- A perspectiva crítica americana se enriquece com as contribuições de Stuart Ewen que publica "The Captains of Consciousness" (1976), uma história do dispositivo publicitário, ainda um dos raros estudos sobre os fundamentos da ideologia de consumo associada a certa idéia de democracia.
- Na Inglaterra, Peter Golding da Universidade de Leicester, empreende uma crítica radical das teorias da modernização aplicadas à comunicação e Jeremy Tundstall demonstra que a matriz organizacional da mídia no mundo é fundamentalmente americana.
- Na América Latina, região projetada para centro das controvérsias sobre as estratégias de desenvolvimento no confronto Norte/Sul, irá se desenvolver a "teoria da dependência", que conhecerá numerosas variantes. "Pedagogia do

oprimido" (1970) de Paulo Freire (1921-1997) é um marco nesse movimento que tenta romper com um modo de transmissão vertical dos "ideais" de desenvolvimento. Sua pedagogia parte da situação concreta em que vive o aluno, para fazê-la emergir progressivamente como fonte de conhecimentos, numa troca entre educador e educando.

- Em 1977, a partir de uma série de questões levantadas pela noção de uma "comunicação em sentido único" caracterizando as relações Norte/Sul, a Unesco cria uma comissão internacional para estudo dos problemas de comunicação. O relatório publicado 3 anos depois, reconhece e expõe claramente a questão do desequilíbrio do fluxo e interroga-se sobre as estratégias a aplicar para remediar tal situação.
- Blumler, J. e Elihu Katz representando uma corrente de um movimento (*Uses and Gratifications*) que se volta para o receptor, lançam em 1975 "The Uses and Gratifications Approach to Mass Communication Research". Um postulado básico é que a recepção e o indivíduo-consumidor ocupam um lugar central na concepção neoliberal da sociedade - o consumidor torna-se objeto e sujeito das pesquisas que buscam tanto analisar seus movimentos de consumidor quanto sondar suas necessidades e desejos.

• Década de 1980

- Em 1980 Humberto Maturana (1928-) e Francisco Varela (1946-2001) publicam "Autopoiesis and Cognition". Na perspectiva autopoiética, a informação não é estabelecida como ordem intrínseca, mas como ordem que emerge a partir das próprias atividades cognitivas. "A cognição é o advento conjunto de um mundo e de um espírito a partir das diversas ações que realiza um ser no mundo" [Varela 1996]. "Enação" é o termo que os dois biólogos nomeiam essa operação.
- Jurgen Habermas publica em 1981 "Teoria da Ação Comunicativa" no qual identifica a crise da democracia como devida ao fato de os dispositivos sociais, que deveriam facilitar as trocas e o desenvolvimento da racionalidade comunicativa, ganharem autonomia, ao serem administrados como "abstrações reais", fazendo realmente circular a informação, mas entravando as relações comunicativas, isto é, as atividades de interpretação dos indivíduos e grupos sociais.
- No mesmo ano, Everett Rogers lança "Communication Networks: Toward a New Paradigma for Research", enfocando a comunicação como "convergência", "processo no qual os participantes criam e partilham a informação para alcançar

uma compreensão mútua". É proposto um modelo de "analise da rede de comunicação" (communication network analyis), no qual, a rede compõe-se de indivíduos conectados entre si por fluxos estruturados de comunicação.

- Década de 1990

– Pierre Lévy [1999] expressa a esperança do advento de uma "inteligência coletiva" graças à criação das "infovias", que se tornam para ele o suporte de uma derradeira utopia da comunicação, a da "democracia em tempo real".

– Felix Guattari, rejeitando a ideologia da pós-modernidade como "paradigma de todas as submissões, de todos os componentes com o *status quo*", milita por uma reapropriação e uma ressingularização da utilização das máquinas de comunicar, numa perspectiva de experimentação social, de "constituição de complexos de subjetivação: indivíduo-grupo-máquina-trocas múltiplas" [Guattari, 1993].

– Pensadores como Paul Virilio, Gianni Vattimo e Jean Beaudrillard duvidam da possibilidade da utilização da tecnologia "para fins convenientes". Virilio pondera que a aceleração produzida motiva um pensamento situado sob o signo de uma dromologia (de dromos=velocidade). Uma aceleração inversamente proporcional à inércia que se torna o horizonte da atividade humana. O que até então parecia ser signo de deficiência e debilidade (a incapacidade de se mover para agir) torna-se símbolo de progresso e de domínio do meio. A inércia domiciliar, o confinamento doméstico, por intermédio do complexo de telas que permite fazer tudo o que se precisa em casa, são a outra face da busca da ubiqüidade, da instantaneidade e da hiperpercepção. O que se perde é a noção de duração, é o movimento do corpo e também a vida social[Mattelart e Mattelart, 2003].

– Baudrillard vê nas escaladas tecnológicas e no aumento de sua sofisticação, tanto em dimensão planetária, como na intimidade doméstica, o avanço de um sistema de controle que é exaltado em nossa "fantasia de comunicação": a compulsão geral por existir em todas as telas e no interior de todos os programas. "Sou um homem, sou uma máquina? Não há mais resposta para essa questão antropológica" [Baudrillard 1992]

I.1.4.3 Psicanálise e comunicação

Apresento a seguir, de forma destacada, a evolução de algumas idéias em psicanálise estreitamente vinculadas à comunicação. A apresentação em separado se justifica pelo fato do método psicanalítico, em sua origem, ter sido construído, precisamente, para enfrentar questões colocadas pelo trabalho no campo da saúde,

revelando-se uma abordagem capaz de investigar profundamente os vínculos e a comunicação.

A psicanálise, pela natureza de sua tarefa e de seu método, tem sido um campo privilegiado para a observação dos fenômenos de comunicação e suas distorções nas dimensões mais íntimas do processo. Há alguns conceitos-chave que emergiram ao longo de seu percurso que são de extrema relevância para o estudo do processo comunicativo. Estes conceitos, conforme vai ficar evidente na exposição, são amplamente interligados.

I.1.4.3.1- Transferência e contratransferência

Freud descobriu que a percepção da realidade e por conseqüência a comunicação sofria forte influência de fatores projetivos. Às projeções dirigidas ao psicanalista, Freud deu o nome de transferência.

Quanto à contratransferência, foi numa carta a Freud, datada de 22 de novembro de 1908 que Sandor Ferenczi (1873-1933) mencionou pela primeira vez a existência de uma reação do analista aos ditos de seu paciente: "...agora as análises estão indo muito bem. Evidentemente, não sempre: há dias que se vivenciam momentos muito desagradáveis. Continuo assumindo demais o problema do doente como problema meu" [Corresp. Freud-Ferenczi, 1994]. Freud mencionou pela primeira vez o termo contratransferência entre aspas numa correspondência com Jung em 7/6/1909 falando a respeito de problemas que Jung vinha encontrando na relação com uma paciente (Sabina Spielrein): "Embora penosas, tais experiências são difíceis de evitar... Elas nos ajudam a desenvolver a carapaça de que precisamos e a dominar a 'contratransferência' que é afinal para nós um permanente problema" [Corresp. Freud-Jung, 1976].

Em 1913, Freud sublinhava que o problema da contratransferência "é um dos mais difíceis da técnica psicanalítica e que o analista deve sempre se empenhar em reconhecer e ultrapassar a contratransferência para poder estar livre" [Roudinesco e Plon, 1998].

Estas foram as posições finais de Freud a respeito da contratransferência. Ele jamais considerou a possibilidade de utilização da contratransferência de maneira dinâmica no desenrolar do tratamento.

Foi Ferenczi, no período que esteve distanciado de Freud, quem preconizou um emprego da contratransferência do analista. Ele desenvolveu a idéia do emprego, em certas situações, de uma análise mútua, na qual o analista forneceria ao paciente os elementos de sua contratransferência, visando com isso combater o artificialismo da

situação da análise clássica e libertar o paciente da opressão ligada à relação transferencial.

Enquanto Ferenczi tenha sido o precursor a postular alguma utilização da contratransferência, foi D.W. Winnicott (1896-1971), com seu artigo 'Ódio na Contratransferência' (1947) quem antecipou a transição entre contratransferência como 'algo a ser evitado', para 'aquilo com o qual algo deve ser feito' ou explorado. Nesse artigo, ele enfatiza a importância de distinguir quando o ódio evocado pelo paciente é parte da responsividade apropriada do psicanalista (esta modalidade ele denomina como contratransferência verdadeiramente objetiva). Ele postula que, quando o paciente busca o ódio do terapeuta, este deve ser capaz de fazer contato com ele, suportá-lo sem retaliar e contê-lo, compartilhando-o com o paciente somente quando a situação for apropriada, de outra forma, a análise falha. Winnicott faz também um importante assinalamento quanto à contribuição que o psicanalista pode oferecer aos médicos que irão lidar com os pacientes, na medida que ao estudar os estágios primitivos de desenvolvimento, o psicanalista se interesse, também, pelo estudo da natureza da carga emocional que recai sobre o psiquiatra ao fazer o seu trabalho, mesmo aquele profissional cujo trabalho jamais o leva a estabelecer um relacionamento analítico com os seus pacientes [Winnicott, 2000].

Poucos anos depois (1950), Paula Heimann (1899-1982), irá apresentar, de forma mais sistematizada, a tese de que, a resposta emocional do analista ao paciente na situação analítica representa uma das mais importantes ferramentas para seu trabalho, podendo constituir-se num instrumento de pesquisa do inconsciente do paciente. A pressuposição básica é que o inconsciente do analista entende o do paciente e que, a contratransferência do analista não é somente parte ou parcela da relação analítica, mas uma *criação* do paciente; é parte da personalidade do paciente [Heimann, 1950].

Racker foi, ao lado de Heimann, um dos pioneiros na proposição da possibilidade de utilização da contratransferência como instrumento para ampliar a capacidade do terapeuta. Ele considerava a contratransferência tanto como uma expressão patológica, envolvendo a resposta neurótica do terapeuta à transferência neurótica do paciente, em acordo com o critério clássico, quanto como um instrumento útil para a compreensão da dinâmica em jogo. Isto é, o analista pode, utilizar seus sentimentos contratransferenciais conscientes, para detectar, compreender e interpretar o conflito do paciente, obtendo, dessa forma, uma considerável ampliação de sua capacidade terapêutica [Racker, 1957 *apud* Grinberg, 1990].

Roger Money-Kyrle, em seu artigo “Contratransferência normal e alguns de seus desvios” (1956), defende a posição de que a contratransferência tanto pode ser útil, como um

sério impedimento. Ele chama a atenção para a fina textura do processo, pelo qual, alguma coisa é colocada no analista, re-projetado numa interpretação e então introjetado pelo paciente. Se a parte receptora do analista está preservada, o que é reprojetado pode ser útil, mas se a projeção encontra aspectos não resolvidos do inconsciente do analista, uma confusão pode se estabelecer [Money-Kyrle, 1996].

A atitude de Bion em relação à contratransferência aparece, conforme assinala Spillius [2004], algo contraditória. Quando utiliza o termo, ele, usualmente o faz no sentido definido por Freud e Klein (como a transferência do analista no paciente, que é largamente inconsciente). Entretanto, ao mesmo tempo, Bion faz uso da idéia de contratransferência no mesmo sentido preconizado por Heimann e Racker, embora não utilize o termo.

Irma Brenman-Pick leva a normalidade da contratransferência a seus extremos. Ela a considera a base do entendimento através da sessão, assinalando que a projeção constante do paciente no analista é a essência da análise e que o sucesso da análise em lidar com esses elementos depende não somente do que é dito mas "de nossa voz, e outros comportamentos no ato de dar uma interpretação" [Brenman-Pick, 1985].

I.1.4.3.2- Identificação Projetiva

Definida por Melanie Klein em 1946 como o protótipo da relação de objeto agressiva, representando um ataque anal ao objeto (forçando partes do ego para dentro dele para tomar seus conteúdos ou para controlá-lo), que ocorre na posição esquizo-paranóide, desde o nascimento. Consiste numa "fantasia distante da consciência" que molda a crença de certos aspectos do *self* sendo colocados nalgum lugar com o conseqüente esvaziamento e enfraquecimento do senso de *self* e identidade e que, sem uma concomitante introjeção do objeto no qual ocorre a projeção, tentativas cada vez mais forçadas de intrusão são efetuadas [Klein, 1991].

Hinshelwood considera que este é o conceito mais importante formulado por Melanie Klein e que, também, é o mais confuso e confundidor [Hinshelwood, 1991].

1.4.3.2.1- Projeção e identificação projetiva

Qual a relação entre identificação projetiva e projeção? Esta questão não tem uma resposta simples, sendo objeto de controvérsias.

Inicialmente, o superego é o único objeto interno reconhecido por Freud. Em 1924 Karl Abraham (1877-1925) foi o primeiro a associar o conceito de projeção com o conceito de objeto, postulando que nesse mecanismo ocorre a projeção de um objeto interno no mundo externo [Abraham, 1970].

Klein em 1930, acrescenta mais uma particularidade, já sustentando a tese de que, no processo de projeção, partes do ego são projetadas com o objeto interno. Este é o aspecto que ela irá enfatizar em sua definição de identificação projetiva: “junto com estes excrementos danosos expelidos no ódio, partes clivadas do ego também são projetadas” [Klein, 1996].

Com a evolução da investigação da relação entre ego e objeto, verifica-se que tanto o ego como os objetos são construídos por vários graus de mistura e integração do self e do mundo externo. As experiências de quando eles são parte do self ou separados como objetos internalizados ou externalizados são muito fluidas e variam no tempo.

Alguns autores enfatizam esta distinção para delimitar as noções de projeção e identificação projetiva. Wolleim [1969 *apud* Grinberg, 1990] considera que projeção é quando o projetado são idéias, impulsos, emoções e atitudes, enquanto na identificação projetiva são partes concretas do ego e de objetos internos contendo emoções e ansiedade.

Dessa forma, os conteúdos da projeção seriam propriedades ou qualidades (por exemplo, raiva ou curiosidade). Por seu turno, os conteúdos da identificação projetiva consistiriam de substâncias, coisas ou fragmentos de coisas, partes clivadas do self ou dos objetos internos.

Outra diferença que costuma ser enfatizada é o objetivo [Grinberg, 1990]. Na projeção transportamos uma propriedade nossa para o outro. Não estamos nos livrando de nada, nem mesmo da propriedade projetada que permanece em nossa mente. Na identificação projetiva estamos livrando nossa mente evacuando pensamentos ou substâncias que *ficam* no objeto externo.

Figueiredo [2003] entende que a distinção entre os processos estudados por Freud e Ferenczi e denominados de projeção e os estudados pelos kleinianos foi bem explicitada por Kernberg quando contrapõe, por exemplo, a projeção em Freud à identificação projetiva em Melanie Klein. Diz ele: "Clinicamente, a projeção importa em atribuir a outro algo que está profundamente reprimido...A repressão opera e a projeção a complementa. No caso da identificação projetiva, há uma combinação primitiva de projeção, manutenção da empatia com o que é projetado, a necessidade de controlar o objeto e uma tendência inconsciente para induzir o que é projetado sobre o outro ou dentro dele... E isso parece indicar, a meu ver, uma ausência de repressão madura" [Kernberg, 1998 *apud* Figueiredo, 2003].

Ogden [1996] entende que para Klein a principal diferença entre projeção e identificação projetiva é que, na segunda, aspectos do self não são simplesmente projetados sobre a representação psíquica do objeto (projeção), mas “para dentro” do

objeto, “de forma que se tenha a sensação de controlar o objeto desde dentro e o projetor vivencie o objeto como parte dele mesmo”.

Spillius [1990], por seu turno, postula que não é útil distinguir entre projeção e identificação projetiva, pois, na sua visão o que Melanie Klein fez foi adicionar profundidade e significado ao conceito de projeção de Freud, enfatizando que não se pode projetar impulsos sem projetar partes do ego.

I.1.4.3.2.2- A evolução do conceito de identificação projetiva

A evolução mais importante que o conceito de identificação projetiva sofreu, a partir da definição inicial de Melanie Klein, foi a ampliação de sua função, de um mecanismo exclusivamente defensivo e patológico, para incluir, um funcionamento normal, com uma função comunicativa e formativa da tessitura mental.

Hanna Segal descreve identificação projetiva como a ‘primeira forma de empatia’ e ‘a base da primeira forma de formação de símbolos’ [Segal, 1983] Para ela, na identificação projetiva, partes do self e objetos internos são clivados e projetados no objeto externo que então se torna possuído, controlado e identificado com as partes projetadas’ [Segal, 1983].

Bion [1994] é o autor que aprofundou consideravelmente a associação entre identificação projetiva e comunicação colocando este mecanismo como a base do processo comunicativo. Para ele, a comunicação, originariamente, se faz através da identificação projetiva realista. Este primitivo método infantil sofre diversas vicissitudes, inclusive, a desvalorização dada à hipertrofia da fantasia onipotente. Esse método se desenvolve também como parte da capacidade social do indivíduo. Para ele, tal evolução, de grande importância na dinâmica do grupo, virtualmente não tem recebido atenção alguma; sua ausência tornaria impraticável até mesmo a comunicação científica. Sua presença, no entanto, poderá suscitar sentimentos de perseguição nos receptores da comunicação. Para ele, a necessidade de diminuir os sentimentos de perseguição concorre para a tendência à abstração na formulação de comunicações científicas [Bion, 1994].

Grinberg [1990] considera que em condições normais a identificação projetiva determina a relação empática com o objeto, não só porque torna possível se colocar no lugar do outro e entender melhor seus sentimentos, mas pelo que evoca nele.

O sujeito sempre produz algum eco emocional no objeto, pelas atitudes com as quais se apresenta a ele. Grinberg [1990] entende que a identificação projetiva está sempre em ação, fazendo surgir as respostas emocionais correspondentes (simpatia, raiva, dor, hostilidade etc).

Isto ocorre dentro de certos limites em toda relação humana e forma as bases da comunicação. As relações humanas dependem, então, de como agimos em relação aos outros e o que vem de volta. Em cibernética este aspecto do conhecimento e ajustamento à experiência é chamado de “feedback negativo”; modelo do termostato em que liga ou desliga dependendo de se a temperatura ambiente fica acima ou abaixo de um determinado ponto [Wiener, 1950 *apud* Grinberg,1990]. Isto é teoria da informação, análoga ao conceito psicanalítico de teste da realidade.

Para Ogden a identificação projetiva é a própria essência da relação terapêutica; é a unidade básica da relação terapêutica e o processo terapêutico consiste em lidar com ela [Ogden, 1996].

A evolução do conceito tem levado a uma discriminação dos diferentes usos e funções do mecanismo e à diferenciação entre identificação projetiva normal e anormal.

Para Bion [1994], uma diferença fundamental é o grau de violência na execução; assim ele distingue, de acordo com esse critério, identificação projetiva como:

- evacuação de um estado doloroso de mente, levando a uma entrada forçada no objeto (na fantasia) para alívio imediato e freqüentemente com intenção de um controle intimidatório do objeto;
- introdução de um estado de mente no objeto como um meio de se comunicar com ele a respeito deste estado mental.

A diferença entre comunicação e evacuação é crucial, pois, a identificação projetiva como comunicação é que propicia o desenvolvimento do ego através de repetidos ciclos de identificação projetiva e introjetiva.

Rosenfeld (1909-1986) [1988] apresenta uma ampla classificação das diferentes funções e usos do mecanismo:

- identificação projetiva para propósitos defensivos como livrar o self de partes indesejadas:
  a) intrusão onipotente levando a fusão ou confusão com o objeto;
  b) a fantasia concreta de viver passivamente dentro do objeto (parasitismo);
  c) a crença de unidade de sentimentos com o objeto (simbiose);
  d) expulsão de tensão por alguém que tenha sido traumatizado como criança por intrusão violenta.
- Identificação projetiva usada para comunicação:
  a) um método de se aproximar de um objeto que se acredita estar distante;
  b) inversão da relação criança/parente;
  c) identificar-se com o objeto para fins narcísicos;

- Identificação projetiva para reconhecer objetos e identificar-se com eles (empatia)

Grinberg [1990] traça um quadro ainda mais amplo, estabelecendo uma distinção a partir de diferentes peculiaridades, usos e funções da identificação projetiva:

- Por qualidade:
  a) normal ou realística (partes projetadas sem mudança – dissociação normal)
  b) patológica (onipotente, hipertrófica, com múltipla fragmentação, com objetos bizarros, explosiva, tipo hiperbólica)
- Por orientação:
  a) dirigida ao interior de um objeto externo
  b) dirigida à superfície de um objeto externo
  c) dirigida a um objeto interno
  d) dirigida ao corpo
- Por finalidade ou objetivo:
  a) comunicativa
  b) preservativa
  c) reparativa
  d) evacuadora
  e) controladora
  f) destrutiva
- Pelo conteúdo:
  a) identificação projetiva de aspectos do self (ego, superego, ego ideal, órgãos de percepção, idéias, impulsos, emoções etc.)
  b) identificação projetiva de objetos internos.
- Pelo efeito no sujeito:
  a) empatia
  b) alívio
  c) confusão
  d) dependência
  e) claustrofobia
  f) onipotência, onisciência.
- Pelo efeito no objeto:
  a) empatia
  b) reativação de sentimentos contratransferenciais
  c) reação de contraidentificação projetiva..

Um outro tópico que tem sido explorado é a identificação projetiva e comunicação intrapsíquica, que enfatiza a ação intrapsíquica do processo.

Meltzer [1992] é um dos autores que tem tratado de forma sistemática este tópico. Ele expressa sua insatisfação do uso que Melanie Klein continuou fazendo do conceito que ela criou, apegando-se a tratá-lo como um mecanismo psicótico e que operaria com objetos externos, primária ou exclusivamente.

O autor considera a forma intrapsíquica da identificação projetiva, onde ambos os papéis são desempenhados no mundo interno, de extrema importância na qualidade da comunicação intrapsíquica e na construção do espaço mental. Para ele, uma parte importante do espaço mental é "dentro" dos objetos internos. A própria comunicação com o mundo exterior depende de partes do mundo interno vivendo em identificação projetiva. Para ele nossos preconceitos, nossos julgamentos inconsiderados, são conseqüência da atividade dessas partes.

I.1.4.3.3- Comunicação e vínculo

Bion [1994] estabelece uma estreita associação entre identificação projetiva, comunicação e vínculo.

A comunicação é função dos vínculos e, inicialmente, o elo de ligação (vínculo) entre o bebê e o seio é o mecanismo de identificação projetiva. A investigação de suas próprias funções e estados mentais depende inicialmente da possibilidade que o bebê possa investigar seus conteúdos, geralmente, seus próprios sentimentos, vigorosos demais para serem contidos no interior de sua personalidade, através da identificação projetiva. Ela permite que o bebê possa investigar seus próprios sentimentos dentro de uma personalidade vigorosa o bastante para contê-los,

"Caso isto não seja possível, podemos ter um estado mental em que a psique contém um objeto interno que se opõe e é destrutivo para com todo e qualquer elo de ligação, desde o mais primitivo (grau normal de identificação projetiva) às mais sofisticadas formas de comunicação verbal e às artes.

Nesse estado mental a emoção é odiada; é considerada extremamente forte para ser contida na psique imatura, sentindo-se que a emoção liga objetos e empresta existência a objetos que são não-eu, sendo conseqüentemente avessa ao narcisismo primário.

Tais ataques à função de ligação da emoção conduzem a um predomínio exagerado na parte psicótica da personalidade de elos de ligação que parecem lógicos, quase matemáticos, mas jamais razoáveis, sensatos do ponto de vista emocional. Como

conseqüência, os elos de ligação que permanecem são perversos, cruéis e estéreis" [Bion, 1994].

Um autor que também tem uma contribuição significativa neste campo é Enrique Pichon-Rivière (1907-1977). Para ele, o sujeito que se relaciona é, ele próprio, um produto da interação entre os indivíduos, grupos e classes [Pichon-Rivière, 1982].

O vínculo é a estrutura complexa e multidimensional que abriga sistemas de pensamentos, afetos e modelos de ação, maneira de pensar, sentir e fazer com o outro, que constituem as primeiras sustentações do sujeito e as primeiras estruturas identificatórias que darão início à realidade psíquica da criança.

A trama vincular é condição de sobrevida deste ser que nasce prematuro, incapaz de sobreviver sem a assistência do outro social: a trama vincular é a própria base para a confirmação da identidade. Ou seja, sem a presença do outro é impossível constituir a identidade e o reconhecimento do "si-mesmo".

Há um descentramento básico na psicologia social de Pichon-Rivière, na medida que esse sujeito é intersubjetivo, constituído no encontro ou desencontro com o outro.

O sujeito se encontra numa dialética permanente com o mundo e todo esquema referencial é inevitavelmente próprio de uma cultura em um momento histórico-social determinado e qualquer esquema referencial é, ao mesmo tempo, produção social e produção individual. A construção social ocorre sempre através dos vínculos humanos que por sua vez, nos constituem como subjetividades.

I.1.4.3.4- Rêverie

Bion [1962] usou o termo *rêverie* para se referir ao estado psicológico no qual a mãe-Outro é capaz de desempenhar a "função continente" para as projeções de pensamentos impensados e sentimentos não sentidos do bebê/analisando. A capacidade de *rêverie* da mãe é o órgão receptor da colheita de sensações que o bebê, através de seu consciente experimenta em relação a si mesmo.

"Um consciente rudimentar não poderia executar as tarefas que geralmente consideramos próprias da esfera de ação da consciência. Um desenvolvimento normal ocorre se a relação entre o bebê e o seio permitir que o bebê projete na mãe a sensação, digamos de estar morrendo, e que o bebê reintrojete essa sensação após a permanência no seio ter feito com que a mesma se torne suportável para sua psique. Se a projeção não for aceita pela mãe, o bebê sente que se retirou da sensação dele de estar morrendo o significado que esta possui. Conseqüentemente reintrojeta não um medo de morrer, agora tolerável, mas um pavor indefinível, sem nome.

As tarefas que ficaram inconclusas, devido à ruptura na capacidade de *rêverie* da mãe, são impostas à consciência rudimentar; todas elas, em diferentes graus, dizem respeito à função de correlacionar" [Bion, 1994].

A capacidade de *rêverie* como evoluiu nas formulações de Bion [1991] é de extrema relevância para o campo da comunicação. Inicialmente ela é descrita como uma capacidade mental, atributo importante da mãe (*rêverie* materna), cuja situação paradigmática, é a capacidade da mãe de tolerar a identificação projetiva do pânico e do terror sem nome, que o bebê efetua, contendo e transformando estas emoções, de forma que, a criança sinta que está recebendo de volta a sua temida personalidade, de uma maneira que lhe é agora mais tolerável.

Esta capacidade materna é estendida por Bion para a capacidade do analista em seu trabalho com o paciente e ampliada para as situações da vida em geral. Neste sentido, um ponto importante a ser destacado é que esse estado é útil em muitas outras tarefas além da análise; "ele é essencial para eficiência mental apropriada para uma tarefa, seja qual for a tarefa" [Bion, 1992].

I.1.4.3.5- Comunicação, descentramento do sujeito e constituição das subjetividades.

Freud [*apud* DeMarco, 1989] nas conferências introdutórias à psicanálise (Viena, 1916) faz referência aos três grandes golpes desferidos ao orgulho humano: o primeiro, obra de Copérnico, que ao ressuscitar a teoria heliocêntrica, desloca nosso planeta de sua posição central no universo. O segundo é fruto da "revolução darwiniana" que ao preconizar a evolução das espécies nos coloca face-a-face com nossa ancestralidade simiesca. O terceiro golpe, Freud o atribui à psicanálise, que nos apresenta um quadro ainda menos lisonjeiro para o orgulho humano, na medida que demonstra, que dentro de sua própria casa (sua psique) o homem, enquanto *eu* e *subjetividade* está muito longe de ser o patrão. Pelo contrário, ele está à mercê de forças, muitas vezes imperativas, que o fazem de joguete, em geral, de forma totalmente inadvertida.

De tudo o que foi exposto até agora, podemos concluir que na investigação psicanalítica, o golpe tem cada vez mais se aprofundado. Qual é o quadro que a evolução da psicanálise nos apresenta? O quadro é ainda menos lisonjeiro, pois não só "*eu* não sou o dono em minha própria casa" como o conceito da realidade e da estabilidade deste *eu* começa a ser amplamente questionado.

Ogden [1996] é um dos autores que tem dado particular atenção a este aspecto. Para ele, a identificação projetiva, particularmente como formulada por Bion e Rosenfeld, é o conceito que mais fortemente diz respeito ao componente interpessoal da dialética de dispersão e integração, de negação e criação do sujeito na teoria kleiniana.

Nessa vertente, a psicanálise amplia de forma radical a noção constitutiva da comunicação. Não é somente a comunicação que vai se constituindo no processo de comunicar, mas o próprio sujeito. Dessa forma a questão pode ser assim colocada: a comunicação, constituída pelos sujeitos no processo de comunicar, é, ao mesmo tempo, o processo constitutivo das subjetividades.

I.1.4.4- Saúde Mental e comunicação em saúde

No quadro da crescente especialização que caracteriza a atividade no campo médico, o papel do profissional de saúde mental tem incorporado contornos peculiares na evolução de sua atividade nos cenários de ensino e atendimento.

A especialização é um fato e uma necessidade, tendo em vista a evolução e o crescimento exponencial dos conhecimentos. Uma distinção importante que cabe neste cenário é entre o que podemos denominar de uma especialização *integrada*, que se focaliza num campo de conhecimento sem perder de vista a articulação com os demais aspectos e dimensões do ser e dos cuidados e, um fenômeno que tenho denominado de *especialismo*, que consiste num "loteamento rígido" do ser e dos cuidados com uma conseqüente perda da integralidade e da efetividade. Neste cenário as atribuições do profissional de saúde mental têm percorrido uma trajetória que o colocam, de um lado, como mais um especialista a ocupar-se de sua área específica e, de outro, como um dos articuladores privilegiados do processo de integração e integralidade dos cuidados.

Algumas características de seu campo de interesse, qualificam e impõem a este profissional responsabilidade de atuação, como um dos elementos de referência na gestão do interesse e das ações visando a integralidade dos cuidados:

- A Saúde Mental se dedica ao estudo das perturbações do contato com a realidade. Nosso campo envolve de forma muito especial um compromisso com uma epistemologia da observação.
- na medida em que todo transtorno mental, independente de questões etiológicas, acarreta sempre uma perturbação do contato com a realidade, a formação do profissional de saúde está (ou pelo menos deveria estar) voltada à evolução de nossas capacidades para reconhecer e procurar os equacionamentos possíveis para estas distorções.

O *especialismo* é uma distorção da observação e do contato com a realidade que repercute fortemente na qualidade do vínculo e da comunicação profissional-paciente e, conseqüentemente, nos cuidados e na evolução.

Penso que este é um dos fatores que tem motivado e determinado o engajamento dos profissionais de saúde mental, para além da atuação na área específica de sua

especialização, no que podemos denominar de uma “terapia da tarefa” médica em seus diferentes níveis (ensino, assistência e pesquisa) e contextos (relacional, ambiental e institucional).

Uma série de movimentos tem surgido nesta direção. Destaco, ilustrativamente, o movimento que surge a partir do campo da estruturação da Interconsulta (*Consultation-Liaison Psychiatry*), de um lado, e de outro, um movimento nascido mais estreitamente vinculado à psicanálise que são os grupos-Balint.

I.1.4.4.1- A Interconsulta

Na década de 1930 a atividade de interconsulta (*Consultation-Liaison Psychiatry*) surgiu nos Estados Unidos culminando uma aproximação lenta e tardia entre a medicina e a psiquiatria. Para termos uma idéia das resistências a essa aproximação, basta lembrar que até 1867, nenhum curso sistemático de psiquiatria fazia parte integrante da formação médica; a psiquiatria estava confinada aos asilos. A nova atividade nasce com a finalidade de aproximar a Psiquiatria do trabalho clínico, ensino e pesquisa.

Para Lipowski [1996] a interconsulta é uma sub-especialidade da psiquiatria, englobando os planos de trabalho clínico, ensino e pesquisa, na fronteira entre psiquiatria e medicina. No trabalho clínico estaria incluída a disponibilização de “consultoria” aos médicos não psiquiatras, bem como contatos informais com eles, com o objetivo de ampliar seu conhecimento dos problemas psiquiátricos e psicossociais de seus pacientes. É para esta atividade que foi utilizado o termo ligação (*liaison*) por Billings em 1939.

Para Strain [1996] um serviço de consultoria atua como um esquadrão de resgate. Ele responde a pedidos de outros serviços para auxílio com diagnóstico, tratamento e orientações para o paciente. No mínimo, o trabalho de consultoria é uma breve incursão num outro serviço, terminando usualmente com uma nota no prontuário estabelecendo um plano de ação.

A psiquiatria de ligação por outro lado, se foca não somente no paciente, mas no sistema que cuida do paciente. Em conseqüência, a função pedagógica é primária. A psiquiatria de ligação está posicionada na interface entre a psiquiatria e a medicina. Inclui não só a consulta de um paciente individual, mas o profissional vai além desta tarefa essencial para tornar-se um membro *bona fide* da equipe médico-cirúrgica.

Botega [2002] sumariza assim:

- *Consultoria* refere-se à atuação de um profissional de saúde mental que avalia e indica um tratamento para pacientes que estão sob os cuidados de outro especialista. A presença é episódica, responde a uma situação específica.

- *Ligação* implica um contato de forma contínua, com serviços do hospital geral, como uma enfermaria ou unidades especializadas em hemodiálise, transplantes, oncologia etc. O profissional de saúde mental, nesse caso, passa a ser um membro efetivo da equipe médica, participando de reuniões clínicas, atendendo aos pacientes e lidando com aspectos da relação estabelecida entre equipe assistencial, paciente e instituição.

Esse trabalho de lidar com aspectos da relação e da comunicação entre equipe, paciente e instituição tem sido um campo importante de desenvolvimento. O trabalho em nossa instituição (UNIFESP-EPM-HSP) tem sido amplamente orientado nesta direção. Desde a constituição do serviço de Interconsulta em 1977 [Nogueira-Martins e Frenk], temos cada vez mais ampliado e aprofundado esse aspecto. Em nosso trabalho, o que almejamos é capacitar os estudantes e profissionais, teórica e praticamente, para a percepção do ser e do adoecer em sua realidade integral, biopsicossocial. Essa capacitação envolve, de forma privilegiada, o estudo das relações e dos vínculos, bem como do processo de observação e comunicação. Uma boa comunicação depende de uma boa observação. Neste sentido, consideramos uma tarefa essencial contribuir para a evolução da capacidade de observação e o desenvolvimento de um enfoque crítico, epistemológico, do processo observacional e comunicacional.

I.1.4.4.2- Os Grupos Balint

Os grupos Balint estão primordialmente voltados para a relação e a comunicação entre o profissional de saúde e o paciente. Foram implementados na década de 1950 como “Seminários de discussão a respeito dos problemas psicológicos na prática médica”, nos quais o papel do psicanalista era definido como o de um líder de uma equipe de pesquisa [Balint, 1994].

Já em 1932 Michael Balint (1896-1970), criou o primeiro grupo de treinamento e pesquisa com médicos em Budapeste. Ele buscava estudar as possibilidades dos médicos incorporarem as idéias psicanalíticas em seu trabalho prático.

Ele emigrou para a Inglaterra em 1939, em função das crescentes dificuldades que vinham se impondo aos judeus, reiniciando em 1950 seus grupos com médicos, desta feita, em Londres. Sua conhecida hipótese de que a droga mais freqüentemente usada na prática médica era o próprio médico, guiava suas investigações.

Na década de 1960 Balint e sua esposa Enid, percorreram a Europa promovendo seu trabalho com grupos de médicos, que seriam conhecidos como “grupos Balint” e que se disseminaram pelo mundo todo. A primeira Sociedade Balint foi fundada na França em 1967. Em 1972 foi fundada a “International Balint Federation” (IBF).

O grupo se concentra de forma privilegiada na relação e na comunicação, utilizando para tanto a observação a partir de um referencial psicanalítico, e de forma

privilegiada a contratransferência, conceito que Balint utiliza em sua forma ampliada, compreendendo tanto a reação consciente como inconsciente do profissional.
As pesquisas reportam:

- Aumento do senso de efetividade em lidar com situações de atendimento perturbadoras;
- redução de 'burnout', exaustão emocional e perturbação cognitiva.

Grupos Balint podem auxiliar os médicos a maximizar a relação médico-paciente e incrementar as capacidades de entrevista e comunicação (tanto com colegas como com pacientes). Os médicos se tornam mais conscientes de como seu estresse, atitudes e valores podem influenciar o cuidado dos pacientes.

I.1.4.4.3- A experiência na UNIFESP-EPM

Nosso trabalho na Universidade Federal de São Paulo tem privilegiado essa função de lidar com o campo relacional e os aspectos da comunicação no campo da saúde. Não pretendo neste contexto me estender sobre o nosso trabalho mas apenas, a título de ilustração, abordar a questão da utilização de algumas das teorias explicitadas: a observação e utilização da contratransferência ocupa uma atenção central em nossos procedimentos. O que se busca, dentro de uma proposta de "alfabetização emocional" da equipe de saúde é instrumentalizar os nossos profissionais para o reconhecimento e o uso da contratransferência (usamos esse conceito em sua forma ampliada, englobando tanto a resposta emocional inconsciente quanto a consciente). Nosso objetivo é trabalhar a relação profissional no sentido de verificar e tentar equacionar os fatores que interferem no vínculo e na comunicação em prejuízo da tarefa. Neste sentido, consideramos nosso trabalho uma "terapia da tarefa"

Neste campo, Balint [1988] estabelece "um princípio segundo o qual, se o médico sentir alguma coisa enquanto cuidar do paciente, de modo algum deve agir segundo seus sentimentos, mas fazer uma pausa e considerá-los como um possível sintoma da doença do paciente". Em seguida, refina este princípio, estabelecendo uma distinção entre contratransferência privada, que remeteria à área de motivações pessoais que levaram o profissional a reagir de uma dada maneira e, contratransferência pública, que se torna manifesta em seu comportamento profissional. Sua orientação era trabalhar quase exclusivamente a contratransferência pública.

Em nossa experiência, temos dedicado uma atenção constante no sentido de não criar e de desfazer confusões de papéis. Antes de tudo, existe grande cuidado para evitar a utilização de qualquer jargão ou estereótipo, bem como evitar um tipo de confusão que faça o profissional solicitante se sentir objeto de intervenção psicoterápica.

No plano de nossas atividades de interconsulta, costumamos brincar com os interconsultores em treinamento, informando-lhes que existe uma proibição expressa de se perguntar ao profissional solicitante o que ele sentiu. Esta brincadeira tem o sentido de apontar situações que podem mobilizar defesas e que se instalam freqüentemente entre interconsultor e profissional solicitante. O que queremos evitar é a criação de qualquer tipo de situação estereotipada que possa levar o profissional solicitante a sentir que ele, e suas questões pessoais, constituam objeto de intervenção e de terapia; é preciso ficar sempre muito claro que, é o papel profissional que está em questão e, se existe terapia, é uma terapia do campo e da relação profissional.

Uma estratégia que, habitualmente apresenta bons resultados é tentar capacitar o profissional solicitante a reconhecer e tolerar sua própria reação emocional frente ao paciente, através do compartilhamento da reação emocional do interconsultor que, à medida que reconhece e tolera sua própria contratransferência, tentará encontrar situações e formas de poder comunicá-la ao profissional solicitante. Se, por exemplo, no contato com um paciente experimenta aborrecimento ou tristeza ou raiva, ou qualquer outra emoção, ele, tenta criar uma oportunidade, para comunicar sua experiência emocional ao profissional. Isto, habitualmente, favorece de forma muito nítida, a possibilidade de o profissional ampliar a percepção e tolerância de sua própria reação emocional.

Temos associado este aspecto de nossa intervenção, que busca ampliar a capacidade para lidar com a vida emocional, ao conceito de *rêverie* proposto por Bion [Bion, 1991], formulando nossa atividade como tentativa de incrementar a *rêverie* na instituição.

I.1-5 Comunicação E Saúde

1.5.1- Estruturação do campo

A comunicação em saúde era, até recentemente, um dos tópicos abordados por diferentes áreas que surgiram a partir do movimento de reincorporação dos aspectos psicológicos e sociais à área de saúde. Medicina Psicossomática, Interconsulta (Consultation-Liaison Psychiatry), Psicologia Médica, Psicologia da Saúde, são algumas das áreas que incorporam a comunicação como um tópico de interesse. Há algumas décadas, o campo da comunicação em saúde passou a ocupar uma posição de destaque, transformando-se praticamente numa das áreas mais importantes de pesquisa e ação da relação entre os profissionais de saúde e os pacientes (muitas vezes denominados consumidores). Quais as razões deste crescente interesse pela comunicação no campo da saúde? Entre os fatores que levaram a um direcionamento para a comunicação médico-paciente temos:

- De um lado o interesse dos médicos e educadores médicos em melhorar habilidades para explicitar as histórias e as preocupações dos pacientes e informar os pacientes sobre suas condições e necessidades de tratamento. Milhares de análises de consultas foram realizadas desde a década de 1950 para desenvolver métodos para ensinar e aperfeiçoar as habilidades de comunicação dos médicos [Stewart e Roter, 1989];
- um segundo fator, talvez até mais determinante é a ascensão do consumismo que estimulou mais relações de conflito entre médicos e pacientes. Uma população mais conscientizada a respeito de seus direitos de "consumidor" passou a desafiar a autoridade médica e tratar a relação médico-paciente como mais uma relação de consumo e não como uma relação "sagrada" a exigir veneração e deferência [Reeder, 1972; Haug e Lavin, 1983]. Esta mudança provocou grande alarme entre os médicos, particularmente em função do crescimento dos processos por má-prática.
- o terceiro fator foi a mercadologização dos cuidados em saúde. O ímpeto para o estudo da comunicação médico-paciente decorreu aqui da busca de identificar as formas de interação que aumentavam a satisfação do paciente [Grace, 1991; Delbanco, 1992].

Por outro lado, as pesquisas também começaram a demonstrar que diferentes padrões de comunicação tinham efeito na evolução e nos cuidados dos pacientes. [Egbert et al, 1964; Wartman et al, 1983; Greenfield et al, 1985; Greenfield et al, 1988; Roter et al, 1998].

I.1.5.2- Áreas de aplicação

Atualmente é amplamente postulado que a comunicação médico-paciente é um elemento crítico para a alta qualidade dos cuidados em saúde uma vez que ela influencia a habilidade dos pacientes para lembrar as recomendações dos médicos, adquirir satisfação e aderir aos regimes de tratamento, e mesmo alcançar evoluções biomédicas de saúde favoráveis [Tran et al, 2004].

Tem sido verificado que uma comunicação pobre entre médicos e pacientes interfere com a habilidade do paciente para entender suas opções, lidar com a ansiedade causada pela doença, e tomar decisões informadas sobre os próximos passos diagnóstico e terapêuticos a serem tomados para suas doenças [Tran et al, 2004].

Ong et al [2000] verificaram que a satisfação global dos pacientes era mais facilmente predizível em função do fornecimento de informações pelos médicos.

Hall e Dornan [1990] numa metánalise de estudos que investigam satisfação dos pacientes verificaram que pacientes que recebem mais informação estão mais satisfeitos dos os que recebem menos satisfação.

Queixas freqüentes dos pacientes sobre comunicação pobre com médicos, funcionários do hospital e profissionais de saúde, tanto no setor público quanto no privado, são achados universais nas pesquisas sobre a satisfação dos pacientes. Por seu turno, médicos também experimentam frustração com pacientes que têm dificuldades para discutir seus sintomas, expressar suas preocupações e compreender as recomendações [Tran et al, 2004].

Um outro tópico de interesse tem sido a comunicação entre os diferentes profissionais, bem como entre as diferentes instituições prestadoras de cuidados. Com a crescente especialização e a fragmentação dos cuidados, este tem sido considerado um tema de extrema relevância, pois interfere na questão da continuidade dos cuidados. Por exemplo, Hruby et al [2001] destacam a importância do investimento na comunicação entre os profissionais, particularmente a comunicação entre os médicos hospitalistas e os médicos de cuidados primários. Pantilat et al [2001] num estudo com 4.155 médicos membros da "California Academy of Family Physicians" para determinar sua satisfação e preferências com a comunicação com os hospitalistas verificaram que apenas 56% estavam satisfeitos.

Um grupo de estudos demonstrou associação positiva entre aspectos da comunicação médico-paciente e evolução favorável, tanto em aspectos primários (ex., redução de sintomas ou medicação melhora da pressão sanguínea ou níveis de açúcar no sangue; diminuição do tempo de recuperação de cirurgia; melhora de estado geral de saúde) ou secundário (ex., satisfação dos pacientes com os cuidados médicos, paciente lembrança de informações sobre diagnostico e tratamento, paciente aderência to ou cooperação com as prescrições medicas). Stewart [1995], numa revisão de trabalhos do período de 1983-1993 considera que existem dados substanciais para afirmar que boa comunicação influi na evolução [Stewart, 1995].

Baseados nestas ligações estabelecidas empiricamente entre comunicação e evolução mais favorável, esforços substanciais foram empreendidos para desenvolver e avaliar programas de intervenção para melhoras as habilidades de comunicação tanto por parte dos profissionais de saúde quanto dos pacientes [Bartlett et al, 1984; Henwood e Altmaier, 1996; Hulsman et al, 1999; Kruijver et al, 2000].

Roter et al [1995] observaram que o treinamento em habilidades de comunicação auxiliou os profissionais a detectar e lidar com o estresse emocional dos pacientes, melhorando o processo e a evolução dos cuidados, sem alongar o tempo da

consulta. Smith et al [1998] verificaram que o treinamento melhorou as atitudes e a confiança na sensibilidade psicológica, ajudando a lidar com pacientes que apresentavam somatizações.

I.1.5.3- Instrumentos

Toda uma série de instrumentos foram desenvolvidos para acessar diferentes aspectos da comunicação e da relação. Boon e Stewart [1998] realizaram uma revisão e comparação de instrumentos usados para acessar a interação médico-paciente no período compreendido entre 1986 a 1996. Foram obtidos e revisados 44 instrumentos sendo 16 na categoria Educação Médica e 28 na categoria de Pesquisa; 21 foram usados em apenas um estudo publicado na última década e 15 nunca foram validados.

Enquanto muitos instrumentos mostraram ser confiáveis, muito poucos foram diretamente comparados com outros desenhados para acessar a interação médico-paciente. Nos casos em que foi realizada comparação, os instrumentos mostraram baixa correlação na maioria dos casos.

De todos os instrumentos objeto da revisão, o único que mostrou maior correlação com outros instrumentos de avaliação da interação médico-paciente foi o “Roter's Interactional Analysis System” (RIAS) que demonstrou correlação com o “Bale's Interactional Analysis” (do qual é originalmente derivado) e com o “Medical Communication Behaviour System” (MCBS).

Os autores reportaram uma série de dificuldades para a pesquisa e revisão dos tópicos: o grande número de instrumentos; a grande variedade de variáveis e conceitos sendo avaliados; o grande número de variáveis de evolução; as diferentes definições de boa comunicação e os diferentes propósitos dos estudos.

Várias áreas com necessidade de aperfeiçoamento na abordagem da comunicação médico-paciente foram identificadas, entre elas: necessidade de estudos longitudinais que investiguem o desenvolvimento e a manutenção da relação paciente-profissional; mais estudos de intervenção, abordando quão significativamente as estratégias educacionais influenciam os comportamentos do médico e em última instância a evolução do paciente; desenvolvimento para abordar a qualidade da interação interpessoal (em contraste com os que abordam a performance técnica).

A revisão identificou uma outra área para futuras pesquisas: enquanto muitos pesquisadores reconhecem a importância do comportamento não-verbal esta é uma área pouco estudada da comunicação médico-paciente. De todos os instrumentos revisados, apenas o “Profile of Nonverbal Sensitivity” (PONS) foca a investigação do comportamento não-verbal. Outros como “Bales' Interaction Process Analysis”, “Brown University

Interpersonal Skill Evaluation", "Maastricht History-Taking and Advice Checklist", "Medical Communication Behaviour System", "Patient-centred Method", "Physician Behaviour Checklist", "Roter's Interactional Analysis" e "SEGUE framework" são, também, aplicáveis ao comportamento não-verbal, em diferentes graus; no entanto, seu uso para este propósito não é comum. A habilidade dos médicos para expressar emoções não-verbalmente e para decodificar os significados dos sinais não-verbais dos pacientes foram correlacionados com a satisfação dos pacientes e com a adesão às consultas, destacando a importância deste componente da comunicação.

Um ponto que se destaca é que, o crescente interesse no campo da comunicação médico-paciente resultou numa proliferação dos instrumentos para acessar a comunicação. Entretanto, poucos são largamente usados e muitos nunca foram demonstrados como confiáveis ou válidos, tornando difícil comparar os achados dos diferentes estudos.

Neste sentido, Boon e Stewart [1998] sugerem que ao invés de continuar desenvolvendo instrumentos para cada novo projeto de pesquisa, os clínicos e pesquisadores trabalhem juntos para documentar a confiabilidade e validade das escalas existentes, propondo modificações e acréscimos aos instrumentos existentes baseados nos resultados destas investigações [Boon e Stewart, 1998].

Gallagher et al [2001] por seu turno, ponderam que, dada a singular importância do treinamento e avaliação das habilidades de comunicação interpessoal, é surpreendente que a vasta maioria dos instrumentos para mensurar a comunicação médico-paciente nunca tenham sido validados contra outro instrumento e somente um terço tenha sido examinado em termos de confiabilidade. Adicionalmente, dos 44 instrumentos para acessar a comunicação médico-paciente revisados por Boon and Stewart [1998], somente 16 são usados primariamente para avaliação e ensino de habilidades de comunicação, enquanto os 28 restantes são usados primariamente para propósitos de pesquisa.

Outro ponto destacado por estes autores, confirmando os achados de Boon and Stewart [1998] é que os aspectos da comunicação não-verbal são pouco estudados e pouco desenvolvidos com respeito a instrumentos de avaliação. Mesmo quando o canal não verbal é mensurado, é usualmente de modo tangencial ao foco principal do instrumento que tende a mensurar comportamentos específicos das tarefas como, por exemplo, tirar uma história [Gallagher et al, 2001].

I.1.5.4- Avaliação e perspectivas

Interligados com estes esforços empíricos, uma série de modelos conceituais que possam guiar o estudo da comunicação médico-paciente tem sido oferecidos**.** Kiesler e Auerbach [2003] apontam uma série de questões que têm emergido com o amadurecimento da disciplina no sentido de reconhecer as limitações e as fraquezas dos estudos:

- Primeiro, quase universalmente, revisores constataram que a maioria dos sistemas de código e outras aproximações empíricas careciam de estrutura teórico-conceitual orientadora.
- Segundo, parcialmente como resultado desta vácuo conceitual, as pesquisas produzidas se caracterizaram por achados conflitivos e não integráveis.
- Terceiro, um contínuo acréscimo do número de sistemas de códigos foi desenvolvido e aplicado, levando a um número de diversas categorias de código de difícil manuseio.
- Quarto, a análise da interação é caracterizada pela "proliferação de termos sem concordância na definição básica da codificação de categorias e variáveis de comunicação... Poucos estudos endereçam as mesmas questões, da mesma forma ou mesmo subscrevem uma linguagem comum" Roter et al [1988]. Esta proliferação torna difícil sumarizar e integrar achados a respeito comportamento comunicativo de médico ou paciente.
- Quinto, revisores freqüentemente tiram conclusões a respeito de um comportamento comunicativo particular através da integração de achados dos estudos de noções estreitamente relacionadas, mas claramente distintas. Por exemplo, estudos do grau de associatividade (*affiliation*) dos médicos freqüentemente se misturam com medidas de contato, proximidade e empatia do médico. Embora haja sobreposição entre estes conceitos tanto empírica como conceitualmente, se torna difícil saber se as conclusões refletem associatividade (*affiliation*) ou algum outro conceito.
- Sexto, extensas revisões da literatura em comunicação médico-paciente têm sido globais ou gerais em natureza. Miríades de variáveis de comunicação são incluídas, mensuradas por diferentes e múltiplas operacionalizações. Como resultado é extremamente difícil chegar a qualquer coisa que se aproxime de conclusões robustas, muito menos integrações.

A recomendação dos autores é quanto à necessidade, a fim de desenvolver um modelo mínimo da interação médico-paciente, de uma conceitualização da interação

médico-paciente como um processo comunicativo interpessoal. Para eles, a comunicação interpessoal, incluindo a comunicação médico-paciente serve dois propósitos: ela transmite informação (nível de conteúdo) e simultaneamente define a relação entre os interactantes (nível de comando). Esta dupla função ocorre através de mensagens enviadas concomitantemente no canal verbal e não-verbal de comunicação. [Kiesler e Auerbach, 2003].

Por seu turno, Debra Roter que vem realizando pesquisas sistemáticas na comunicação médico-paciente e desenvolveu um método de análise do processo, aplicado a gravações dos encontros médicos (RIAS), também coloca [Roter, 2000] algumas questões relevantes no que tange às investigações no campo:

- O campo foi enriquecido por uma variedade de métodos de exploração da comunicação. Muitos destes sistemas, contudo, são complementares e podem, potencialmente, ser combinados de maneiras potencializadoras e criativas.
- A cisão entre métodos qualitativos e quantitativos continua a obstaculizar o progresso em ambas as frentes. Precisamos desenvolver novos modelos de análise que sejam integrativos ao invés de paralelos ou competitivos.
- É necessário maior atenção à natureza de longo-termo da relação médico-paciente e aos dados longitudinais.
- O campo necessita de mais experiência na análise de relações sob estresse. Muito do que sabemos sobre a comunicação médico-paciente foi descrito no contexto da rotina dos cuidados primários. Existe um importante e crescente corpo de estudos com pacientes com câncer que podem nos ajudar a compreender melhor os cuidados não rotineiros e o gerenciamento (ou administração) de episódios de doenças que ameaçam a vida.
- Integração de teorias e técnicas psicoterápicas na avaliação da comunicação e treinamento em cuidados primários podem ajudar o avanço do campo na aproximação aos desafios do distress psicossomático e psicossocial entre os pacientes de cuidados primários.
- As relações fora dos cuidados primários – incluindo visitas a pronto-socorro e o cuidado provido por sub-especialidades tem sido largamente ignorado.
- Os pesquisadores da comunicação devem confrontar as questões éticas e filosóficas emergentes. Isto inclui os processos de tomada de decisão relacionados a condições de incerteza como o planejamento do fim da vida, inclusão em pesquisas clínicas, tratamento dos cognitivamente afetados e decisões sobre testes genéticos e suas conseqüências.

- É necessário conhecimento do contexto social da relação terapêutica, particularmente para as questões de gênero e etnia, particularmente quando estas características se relacionam com os médicos.
- Conhecimento da psicologia social básica da relação terapêutica continua amadurecendo, mas ainda apresenta vulnerabilidades. Ainda não podemos consistentemente aumentar a compreensão e a memorização do paciente, aumentar uma tomada de decisões participativa ou otimizar a aderência e compromisso com as medidas terapêuticas. Estes são desafios críticos e contínuos para os pesquisadores em comunicação.
- Finalmente, a autora pondera quanto à importância de abraçar o desafio das novas tecnologias computacionais interativas em todos os níveis de nosso trabalho. Na concepção da autora, o uso de CD ROMs interativos, programação em rede e vídeos interativos pré-figuram uma nova fronteira tremendamente excitante para o campo [Roter, 2000].

I.1.5.5- Ensino, Capacitação e Educação Continuada

O campo de interesse da relação médico-paciente e da dimensão psicossocial que permeiam a atividade médica, emerge em sua versão moderna já no século XIX e ganha um maior impulso a partir do início do século XX, englobando alguns campos de interesse entre os quais o campo que se denominou Psicologia Médica. Mais recentemente, conforme já explicitei, há uma concentração do foco no tópico da comunicação. A discussão sobre as implicações, as vantagens e desvantagens de construir este campo separado, bem como das inter-relações que se estabelecem (qual a relação entre esse interesse por comunicação e a psicologia médica? A comunicação e as habilidades no campo da atenção em saúde seriam um dos itens da psicologia médica?) está ainda para ser feita. Entretanto, embora considere o tema particularmente interessante, não é minha intenção me dedicar a essa discussão. O que pretendo é apenas apresentar um breve histórico para ajudar a situar a questão.

I.1.5.5.1- A psicologia médica

Embora Zilboorg, em seu History of Medical Psychology (1941), remeta a origem da psicologia médica aos albores dos tempos, reconhecendo sua presença nas diferentes práticas de cura, os seus inícios, como disciplina diferenciada, podem ser situados no século XIX. De fato, o termo psicologia médica foi cunhado na metade do século XIX por Ernst Freiherr von Feuchtersleben (1806-1849) [DeMarco, 2003].

Psiquiatra e homem de letras, o barão Feuchtersleben publicou em 1845 um livro onde descreve a psicologia médica em seu aspecto de conteúdo e de didática. Ele insiste na idéia de que o conhecimento das relações entre a mente e o corpo é indispensável não somente para aqueles que praticam a psiquiatria, mas para todos os médicos em geral.

A justificativa para a existência de uma nova disciplina é em função de que, o conjunto das manifestações somáticas da atividade humana na enfermidade atraem de forma tão poderosa os médicos que os fatos psicológicos ficam como que obscurecidos e em segundo plano, resultando a necessidade de clarificar e insistir na importância destes fatos para a saúde humana global, ensinando o médico a valorizá-los e atuar sobre eles. [Rivera y Revuelta, 1999 *apud* DeMarco, 2003].

A psicologia médica é descrita como uma forma de psicologia cuidadosamente planejada para os propósitos médicos, sendo sua finalidade o treinamento das aptidões psicológicas dos médicos, independente da sua especialização.

Na França, em 1918 Maurice de Fleury (1860-1936), especialista em psiquiatria e criminologia, publica o importante tratado “Introduction a la Médicine de L’Esprit” e insiste na necessidade de inclusão da psicologia médica como disciplina regular do curso médico. Na mesma época, na Alemanha, Ernest Kretschmer (1888-1964) lança o “Tratado de Psicologia Médica”, que teria uma enorme influência, impulsionando sobremaneira o estudo e desenvolvimento da matéria [DeMarco, 2003].

Kretschmer entendia que o estudo da psicologia tem um interesse óbvio para o psiquiatra, mas que seria necessário conscientizar os médicos que esse interesse deve ser estendido para a medicina em geral.

Nos Estados Unidos, em 1911 John Broadus Watson (1878-1958) considerado o fundador do movimento *Behaviorista* na América e Shepard Ivory Franz (1874-1933) propuseram que o ensino de psicologia era tão essencial para o ensino dos estudantes de medicina quanto anatomia, farmacologia, cirurgia e outras ciências básicas e clínicas. Em 1957, a “University of Oregon Medical School” foi a primeira escola médica a criar um departamento de psicologia médica.

Por outro lado, Freud, em 1919 chamava a atenção para o conteúdo e objetivo desses cursos, que começavam a ser incorporados ao ensino médico. Para ele, na medida que “o conteúdo desses cursos fosse determinado pela psicologia acadêmica ou pela exame detalhado da psicologia experimental, ele seriam impróprios para atender seu propósito e, portanto, insuficientes para conduzir os estudantes à compreensão dos problemas humanos em geral e aqueles de seus futuros pacientes” [Freud *apud* DeMarco, 2003].

Na Europa, já no século XIX, tivemos a introdução da psicologia médica no currículo. Na Prússia (entre 1825 e 1861) o ensino de psicologia médica era tema obrigatório no treinamento médico. Contudo, a reinserção da matéria nos currículos ocorreu só muito recentemente. [Rossmanith, 1990 *apud* DeMarco 2003].

Conceito atual

É claro que, ainda hoje está em discussão o que vem a ser a psicologia médica, pois, evidentemente, várias respostas e definições são possíveis, dependendo de orientações e tendências. Apresento alguns mais relevantes para este contexto:

Para Jeammet et al [1982], a psicologia médica é o campo da medicina que tem como tarefa "informar e formar o médico para melhor realizar seu trabalho em geral, proporcionando-lhes uma conceitualização ampla do contexto psicobiológico e psicossocial da saúde e da enfermidade e, facilitando-lhes o desenvolvimento de suas habilidades de interação interpessoal".

Na visão destes autores, dois tipos de acontecimentos se conjugam que tornam o surgimento da psicologia médica possível e até mesmo necessário:

- Os progressos realizados nas ciências psicológicas e as descobertas daí decorrentes.
- Os próprios sucessos da medicina do órgão e do método anatomoclínico, que permitiram perceber os limites desse enfoque e assim melhor perceber o lugar ocupado pelos outros fatores – genéticos, sócio-econômicos, ambientais e mais particularmente psicológicos, isto é, de inter-relação

Eles consideram que, como todo ato médico implica o homem em sua totalidade, o impacto psicológico que nele se desenvolva dependerá profundamente da personalidade dos participantes e da qualidade de sua interação. Mais ainda, a própria questão da medicina fica colocada, uma vez que, "entorpecida simultaneamente pelas experiências burocráticas e pela progressiva tecnificação, a medicina toda necessita de uma revisão profunda que modifique nosso conceito da enfermidade, do enfermo, do médico e do contexto em que tem lugar a interação de tal maneira que, sem perder nenhum de seus avanços, cumpra sua vocação de ciência centrada no ser humano" [Jeammet et al, 1982].

Dessa forma, embora considerem que o objeto e os métodos da psicologia médica não sejam facilmente delimitáveis, numa primeira abordagem, a psicologia médica seria a consideração na relação médica do papel de tudo o que está no âmbito da psique, ou seja, o funcionamento mental do médico e do paciente ou de forma mais ampliada, de todos os que ocupam uma relação terapêutica [Jeammet et al,1982].

Para Schneider [1986] a psicologia médica é uma disciplina que se pode ensinar, dando ao médico informações e conhecimentos suficientes para que possa compreender seu enfermo como ser humano que padece de uma enfermidade e mesmo assim, tratá-lo melhor, segundo os dados científicos habituais, porém, levando em consideração esses dados psicológicos.

Ele tece considerações quanto às relações da psicologia médica com os campos afins. Em relação à medicina psicossomática entende que estes dois campos não se superpõem, pois, mesmo quando eles se tocam, apresentando domínios comuns, não são idênticos, uma vez que, a medicina psicossomática tem um objeto de estudo bem preciso que é a relação etiopatogênica entre a vida psíquica (conflitos emocionais) e os transtornos somáticos funcionais, orgânicos (incluindo os lesionais). A psicologia médica, por seu lado, tende a formar, melhor psicologicamente, o médico para que possa compreender melhor o paciente a quem trata, qualquer que seja sua afecção, as considerações teóricas e a etiologia da enfermidade.

Quanto à relação com a psiquiatria, entende que, também, existem territórios limítrofes, mas, a diferença é que a psicologia médica é uma disciplina fundamental nova e não uma especialidade como a psiquiatria que pelo caminho da psicopatologia estuda as enfermidades mentais, as reações psíquicas anormais e as evoluções psíquicas mórbidas. A psicologia médica se interessa pelas reações psicológicas de todo enfermo acometido por uma ou outra afecção e, sobretudo tende a fornecer ao clínico ou a qualquer especialista esclarecimentos quanto ao que ocorre entre ele e seu paciente.

Em relação à psicologia clínica ligada à saúde, entende que este campo não poderia se definir como um novo campo de conhecimento ou prática, ou mesmo, de uma nova disciplina de investigação. Para ele, a questão passa muito mais por saber o lugar que o psicólogo ocupa no seio do mundo médico no exercício de sua profissão. Antes de tudo, afirma, se trata de uma questão profissional, talvez deontológica [Schneider, 1986].

Eksterman [1996] pondera que, definir a Psicologia Médica como o estudo sistemático da relação médico-paciente, por um lado fornece as bases conceituais de uma disciplina do currículo médico, mas, por outro, ainda mantém pouco clara a elucidação de seus elementos essenciais. (Propõe, então, a necessidade de responder às seguintes perguntas: 1º) Qual seu campo epistêmico específico; 2º) Como estão articuladas a Medicina Psicossomática e a Psicologia Médica; 3º) Qual a importância do estudo da relação médico-paciente; 4º) Sob que forma participa do ato assistencial e 5º) Como pode contribuir para a Medicina da Pessoa.

Ele entende, também, que a situação da Psicologia Médica diante do ato clínico é a de se uma “Teoria do Observador” pois, nesse caso, melhor do que em nenhum outro,

o objeto da observação está em evidente transação com o observador, sendo impossível, a rigor, separar-se o fato clínico do contexto interacional.

Situação no Brasil

No Brasil, a psicologia médica aparece como curso pela primeira vez em 1956, na Escola Paulista de Medicina e na Faculdade de Ribeirão Preto.

Contudo, é somente na década de 60 que os programas de psicologia médica serão implantados de forma mais ampla e efetiva, propagando-se significativamente e atingindo atualmente quase uma universalização [DeMarco, 2003].

Em 1981 em pesquisa efetuada através do envio de questionários, Giglio [1983] verificou que 73% das escolas médicas que responderam ao questionário mantinham um curso de Psicologia Médica.

Botega [1994] em levantamento realizado através de uma enquête postal verificou que 93% das respostas (73% das 78 escolas de medicina consultadas responderam o questionário) foram positivas quanto à existência da disciplina no currículo, sendo que a carga horária variava entre 30 e 300 h (média 95h). A disciplina, geralmente, estava sendo oferecida nos 3 primeiros anos do curso, sendo em 12 escolas no 1º ano. O referencial teórico predominante é psicodinâmico e a equipe docente formada majoritariamente por psiquiatras.

Não encontrei dados na literatura quanto à forma de estruturação dos serviços e a composição das equipes de professores [DeMarco, 2003].

Várias tentativas para conhecer e organizar o campo têm sido realizadas. A mais recente ocorreu no encontro realizado em Goiânia em Junho de 2004 que produziu um relatório final com as “Diretrizes Para O Ensino da Psicologia Médica No Brasil”. Pela sua importância e pela abrangência do encontro que contou com profissionais de todo o Brasil e um amplo apoio da Associação Brasileira de Psiquiatria, reproduzo o documento elaborado nessa ocasião:

Diretrizes para o Ensino da Psicologia Médica no Brasil

I- Introdução

Os professores de Psicologia Médica do Brasil, reunidos durante o IV ENCONTRO NACIONAL DE PROFESSORES DE PSICOLOGIA MÉDICA, que teve como tema central: “Diretrizes para o ensino de Psicologia Médica - inserção nos currículos das escolas médicas”; ao final de dois dias de discussões, elaboraram o presente documento, denominado CARTA DE GOIÂNIA, no qual são apresentadas propostas de “como” e “onde” o ensino deste campo do conhecimento deve ser inserido nas novas propostas de Projetos Pedagógicos, ora em andamento em todo o nosso país, por determinação das

Diretrizes Curriculares para o Curso de Graduação em Medicina, publicadas em 2001, pelo Ministério da Educação.

Ficou ainda decidido que a Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP, torna-se a representante oficial do corpo de Professores de Psicologia Médica das Escolas de Medicina do Brasil, assumindo o compromisso de encampar e enviar estas "Diretrizes" aos órgãos competentes ligados ao ensino médico no país, às Faculdades de Medicina públicas e privadas, à CAPES e ao Conselho Federal de Medicina, objetivando contribuir para uma rápida inserção das "Diretrizes" nos currículos escolares. A Associação Brasileira de Psiquiatria –ABP compromete-se ainda com a continuidade bianual dos Encontros de Professores de Psicologia Médica, sob sua égide, durante os Congressos Brasileiros de Psiquiatria. Foi constituída Comissão Provisória para representar os Professores de Psicologia Médica até o Congresso da ABP em Belo Horizonte, composta pelos Professores José Givaldo M. de Medeiros (Universidade Federal da Paraíba - UFPB), Marco Antonio Alves Brasil (Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ e Associação Brasileira de Psiquiatria -ABP), Geraldo Francisco do Amaral (Universidade Federal de Goiás - UFG) e Eugênio Paes Campos (Fundação Universitária Serra dos Órgãos – FESO).

II- O campo da Psicologia Médica

A Psicologia Médica, enquanto campo do conhecimento, nas dimensões da produção, transmissão e aplicação, dedica-se ao estudo dos aspectos subjetivos da prática médica, incluindo-se: a Relação Médico-Paciente, a entrevista clínica, os aspectos psicossociais do processo saúde-doença, o apoio aos estudantes (apoio psicopedagógico / tutoria) e às equipes, e o trabalho com as famílias e comunidades.

III- Objetivo

Contribuir, dentro do Curso médico, para a formação de um profissional ético, crítico e reflexivo, capacitado a identificar e saber lidar com a dimensão psicológica presente no relacionamento humano inerente ao processo saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, nas ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, numa perspectiva interdisciplinar e biopsicossocial, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

IV- Competências

Dotar o profissional para o exercício das seguintes competências:

Ser capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos;

Realizar seu trabalho dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética / bioética tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se

encerra com o ato técnico, mas com a resolução do problema de saúde, tanto no nível individual quanto coletivo;

Exercitar a comunicação com outros profissionais de saúde e o público em geral de forma clara, precisa e transparente;

Ser capaz de trabalhar em equipe multiprofissional;

Promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos pacientes quanto às das comunidades, atuando como agente de transformação social.

Informar e educar os pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação;

Realizar com proficiência a anamnese e a conseqüente construção da história clínica, integrando as dimensões psicológicas e sociais do paciente, considerado no contexto da sua família e do seu ambiente;

Dominar os conhecimentos científicos básicos de natureza biológica, psicológica e socioambiental subjacentes à prática médica e ter raciocínio crítico e integrador na interpretação dos dados colhidos e na sua resolução;

Reconhecer suas limitações e encaminhar, adequadamente, pacientes portadores de problemas que fujam ao alcance da sua formação geral;

Reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

Conhecer os princípios da metodologia científica, possibilitando-lhe a leitura crítica de artigos técnico-científicos e a participação na produção de conhecimentos;

Ter postura crítica com relação ao mercado de trabalho e às políticas de saúde;

Atuar no sistema hierarquizado de saúde, obedecendo aos princípios técnicos e éticos de referência e contra-referência;

Cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como médico;

Considerar a relação custo/benefício nas decisões médicas, levando em conta as reais necessidades da população;

Ter visão do papel social do médico e disposição para atuar em atividades de política e de planejamento em saúde, bem como se manter atualizado com a legislação pertinente à saúde.

V- Conteúdos

Os conteúdos para o ensino da psicologia médica devem contemplar:

Conhecimento das bases de estruturação da vida psíquica, da personalidade e compreensão e domínio dos aspectos psicológicos que permeiam as diversas fases do desenvolvimento humano desde a gestação, nascimento, crescimento, maturidade, envelhecimento e morte;

Compreensão dos determinantes socioculturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença.

Abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção;

Compreensão e domínio da propedêutica médica de maneira integral e integrada nas dimensões biológica, psicológica, social e ambiental;

Capacidade reflexiva, compreensão e domínio ético, psicológico e humanístico da relação médico-paciente;

Compreensão e domínio da comunicação em saúde.

VI- Metodologia

Adotar metodologia ativa centrada no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiada no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem;

Ter como eixo de desenvolvimento da disciplina as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações, problematizando as situações a serem estudadas;

Privilegiar os vários cenários de prática profissional como campo para o processo ensino-aprendizagem. Articular teoria com prática;

Incluir espaços de reflexão/supervisão sobre as atividades práticas enquanto educação permanente;

Trabalhar, na teoria e na prática, com pequenos grupos de alunos em torno de um professor facilitador;

Estimular a interdisciplinaridade e a integração entre as dimensões biológica, psicológica, social e ambiental;

Estimular a atitude investigativa e a articulação com as atividades de extensão como parte integrante da metodologia de ensino.

VII- Avaliação

Deve ser formativa, baseada nos objetivos e competências definidas para o ensino de Psicologia Médica e coerente com a metodologia utilizada;

Deve lançar mão do registro das atividades desenvolvidas pelo aluno no decorrer do curso e de toda a sua produção.

VIII- Operacionalização

Trabalhar com pequenos grupos;

Inserir a disciplina junto às atividades práticas do aluno, desde o início do curso;

Inserir a atividade de grupos de reflexão sobre a formação e a prática médicas;
Utilizar filmes, dramatizações e outras estratégias de interatividade com os alunos;
Utilizar estratégias objetivas e rápidas, tais como genograma e treinamento de entrevista clínica, adequados ao perfil médico;
Estimular a realização de entrevistas pelos alunos com discussão posterior;
Interagir com as disciplinas do Curso, na construção de módulos integrados, distribuídos horizontalmente em todo o Curso Médico;
Ter a participação de professores dos diversos campos do conhecimento médico no ensino da Psicologia Médica;
Ampliar a participação do aluno na avaliação das atividades didáticas da Psicologia Médica.

IX- Conclusão

No entendimento de que o Encontro Nacional de Professores de Psicologia Médica constitui-se, hoje, no fórum que representa esse segmento de docentes e, dada a sua representatividade, recomendam que essas Diretrizes sejam discutidas em todas as comissões que elaboram projetos pedagógicos ou propõem reformulações curriculares, para que, respeitadas as particularidades de cada escola, possam, os Professores de Psicologia Médica do Brasil, implantá-las, executando seus programas de ensino a partir deste consenso nacional.

I.1.5.5.2- As habilidades de comunicação

Mais recentemente, conforme já explicitei, particularmente nos Estados Unidos, tem surgido, nas dimensões de ensino, investigação e práticas no campo da saúde, uma ênfase especial no tema da comunicação. No campo do ensino, isto resultou na criação de uma série de programas de treinamento e avaliação das habilidades de comunicação (*communication skills*).

Desta forma, há uma tendência para que aquilo que era englobado anteriormente na designação mais genérica de estudo da relação médico-paciente, tenda a ser concentrado no foco da comunicação e das habilidades comunicacionais.

A concentração neste foco propõe uma série de questões:

Qual o vínculo entre profissionalismo e comunicação? As capacidades de comunicação dependem do que? De aspectos da personalidade? De experiência? De treinamento? É possível ensinar habilidades de comunicação?

Há, ainda, questões mais amplas, que se mantém, independente da forma de denominação do campo: quais os objetivos da medicina e quais os conteúdos dos

programas de educação médica necessários para atingir estes objetivos? Que médicos queremos formar? Para que propósitos? Como defini-los?

Whitcomb [2000] fala de sua experiência à frente da Divisão de Educação Médica da “Association of American Medical Colleges” (AAMC) que quando ele assumiu a diretoria (1995) estava engajada num processo de planejamento estratégico no qual um dos compromissos era estimular mudanças na educação médica para criar um melhor alinhamento dos conteúdos e objetivos dos programas com as necessidades sociais, padrões de práticas e desenvolvimento científico. A AAMC é uma entidade sem fins lucrativos fundada em 1876 para trabalhar na reforma da educação médica. Originalmente representando somente as escolas médicas, hoje em dia a AAMC representa as 126 escolas médicas acreditadas nos Estados Unidos, 16 escolas médicas acreditadas do Canadá, cerca de 400 hospitais de ensino.

Tentando buscar uma resposta para o que era importante na formação do profissional de medicina Whitcomb, lançou mão das reflexões e da experiência do Hasting Centers. O Hastings Center é um instituto de pesquisa em bioética fundado em 1969 para explorar questões fundamentais e emergentes relacionadas a cuidados em saúde, biotecnologia e meio ambiente. Ele é independente, apartidário e não-lucrativo. O trabalho é desenvolvido por equipes interdisciplinares que se dedicam, entre outras, a examinar e formatar as práticas profissionais.

No campo da medicina, o projeto do Hastings Center estabeleceu quatro objetivos fundamentais:

- A prevenção de doenças e lesões e promoção e manutenção da saúde.
- O alívio da dor e sofrimento causado pelas doenças.
- O cuidado e a cura daqueles com uma doença e o cuidado daqueles que não podem ser curados.
- A evitação de morte prematura e a busca de uma “morte em paz” [Whitcomb, 2000].

Para Whitcomb, a ausência de boas habilidades de comunicação impede que se atinjam adequadamente estes objetivos da medicina — o alívio do sofrimento, o cuidado dos pacientes e uma morte em paz. O médico que não é capaz de atingir estes objetivos dificilmente poderia ser considerado um profissional médico. Mais ainda, uma consideração cuidadosa dos objetivos da medicina definidos pelo Hastings Center permitem vincular comunicação e profissionalismo. De forma que, fica patente que a habilidade de comunicação deve ser considerada essencial para que o médico seja capaz de cumprir suas responsabilidades com o paciente individual e com a sociedade em geral.

Uma outra questão importante é como promover uma incorporação real destas habilidades. Habitualmente a aproximação aos conteúdos e práticas deste aspecto ocorre de forma dissociada, isto é, em momentos demarcados e específicos, separados do restante das outras práticas.

Cushing [1996] tenta sistematizar a questão do ensino das habilidades de comunicação na forma de 5 indagações:

- *Por quê?*

Esta pergunta está endereçada aos que se apegam ao que a autora considera os mitos comuns sobre habilidades de comunicação, quais sejam, de que as habilidades de comunicação são inerentes à pessoa e portanto não dependem de aprendizado ou que elas são um atributo da personalidade ou que elas simplesmente vão sendo adquiridas através da experiência ou ainda que elas não são nada mais do que senso comum.

Para contradizer os mitos são apresentados os seguintes argumentos: a prática clínica por si só não desenvolve as habilidades apropriadas; os profissionais expressam o desejo de que houvesse ocorrido algum ensino na graduação; as queixas dos pacientes estão mais evidentes; habilidades de comunicação ajudam os médicos a serem clínicos mais efetivos, com melhor evolução para seus pacientes.

- *O que?*

Aqui, a intenção é fornecer uma estrutura conceitual que possa prover os meios pelos quais o processo de comunicação pode ser observado e oferecer vocabulário para descrevê-lo. É necessária a identificação dos componentes que constituem um currículo de habilidades de comunicação. Eles podem incluir: habilidades básicas de entrevista médica, consentimento informado, comunicação de más-notícias, educação em saúde, motivação para mudanças de comportamento, lidar com violência, saúde sexual, assertividade, comunicação transcultural, comunicação com crianças, com pessoas com distúrbios de aprendizado, manejo de queixas e comunicação interprofissional.

- *Quando?*

Esta é uma questão importante, quando se considera que não estamos lidando com o aprendizado de conhecimentos, mas com a integração de conhecimento e experiência. As habilidades se expressam e evoluem no fazer, dessa forma, aprender precisa estar ancorado no fazer.

Ensinar fora do contexto, sem levar em conta o estágio dos estudantes no currículo, e por professores que não estão envolvidos no ensino clínico, reduz a

relevância e a utilidade para os estudantes. Entretanto, a esperança que os tutores clínicos irão automaticamente incorporá-lo ao ensino quando ensinando no contexto clínico pode ser irrealista e, mesmo quando os professores acreditam que ensinam comunicação no cenário clínico o estudante pode não estar consciente disso.

Quando ensinar, é uma importante questão. A falta de experiência clínica pode ser uma considerável desvantagem. Estudantes no começo de seu curso clínico que estão às voltas com uma série de conteúdos e processos podem estar sobrecarregados e com pouca disposição e capacidade para aproveitar o ensino de habilidades de comunicação. Contudo, esperar até que o estudante tenha se estabilizado no curso clínico pode resultar em estudantes que já adotaram determinados padrões. Cursos precoces de entrevistas médicas são apropriados; ao contrário, situações desafiadoras como a comunicação de más-notícias são menos relevantes nos primeiros anos do que quando os estudantes estão mais próximos de ter de lidar com isso. A tentativa de uma experiência envolvendo os tutores clínicos desde o começo faz parte do que é proposto por Cushing [1996] e que temos adotado também aqui entre nós através dos programas de Aproximação à Prática Médica que envolvem, desde o início do curso, um contato com a prática clínica coordenada por professores de diferentes áreas (básicas, clínicas, cirúrgicas). O importante é estar em consonância com o nível e estágio da experiência clínica e oferecer revisão e exposição repetida.

- *Como?*

Aprendizado experiencial pode ocorrer na Comunidade, onde habilidades básicas de entrevistas e trabalho em grupo podem ser desenvolvidas, na Clínica onde observação e feedback são essenciais para desenvolver as habilidades na entrevista médica e em classe onde as habilidades básicas podem ser reforçadas e situações desafiadoras podem ser praticadas usando pacientes simulados. A interação do médico com o paciente depende muito das atitudes.

Contudo, atitudes são complexas e servem ao indivíduo de muitas formas e por vezes são fundamentais e resistentes à mudança. O educador tem a responsabilidade de oferecer aos estudantes a oportunidade de refletir e discutir como suas atitudes podem influenciar positivamente ou negativamente o cuidado com o paciente. O objetivo é que os estudantes desenvolvam responsabilidade quanto ao impacto de suas próprias atitudes.

- *Por quem?*

Tradicionalmente a clínica geral, psicologia e psiquiatria. Contudo todas as especialidades deveriam estar envolvidas. Envolver os médicos que estão nos cenários

contribui para ressaltar a relevância e a importância colocada pelos estudantes neste aprendizado.

A autora coloca, ainda, como essencial o estabelecimento de programas de desenvolvimento do corpo de professores que pode ser feito em sessões formais ou estratégias mais informais como o pareamento de professores.

I.1.5.6- Comunicação e programas de ensino

Makoul [2003a] refere que nos Estados Unidos as habilidades de comunicação interpessoal já foram explicitamente identificadas como prioridade através do continuum da educação e prática médica. Por outro lado, o desenvolvimento de teoria e pesquisa no campo têm fornecido evidências e sugestões de como o comportamento comunicacional afeta a evolução, provendo arcabouço conceitual para o aprendizado de habilidades.

Realmente é um fato digno de atenção a incorporação efetiva e oficial deste campo na educação médica, com mais evidência em alguns países onde passa a fazer parte das habilidades clínicas requeridas na formação do profissional.

Nos Estados Unidos, “The National Board of Medical Examiners”, “The Federation of State Medical Boards”, e “The Educational Commission for Foreign Medical Graduates” estão trabalhando juntos para implementar um exame de habilidades clínicas utilizando pacientes estandardizados a ser aplicado entre o terceiro e quarto ano da escola médica como parte da “United States Medical Licensing Examination” (USMLE). Este exame deverá requerer os estudantes a demonstrar que conseguem coletar informações dos pacientes, realizar o exame físico e comunicar os seus achados a pacientes e colegas. O foco nas habilidades de comunicação se estende para a residência e a prática clínica e está agora especialmente vinculado à acreditação dos programas de residência e manutenção da certificação para os médicos em prática. Em 1999, o “Accreditation Council for Graduate Medical Education”, que supervisiona os programas de residência e o “American Board of Medical Specialties”, a organização “guarda-chuva” para os conselhos de especialidades que certificam os médicos, estabeleceu "habilidades interpessoais e de comunicação que resultem em intercâmbio efetivo de informações e vinculação com os pacientes, suas famílias e outros profissionais de saúde” como uma área nuclear de competência.

O que se observa é que a idéia da comunicação como postura do médico em relação ao paciente ou colheita de história deu lugar para a reconceitualização da comunicação como uma habilidade clínica mensurável [Makoul, 2003b].

Quanto à inclusão do tema nos programas curriculares, em 1995, as duas instituições que acreditam os programas Norte-americanos para o grau de MD adotaram

uma resolução estabelecendo que “deve haver instrução e avaliação específica das habilidades de comunicação na forma em que se relacionam com as responsabilidades dos médicos, incluindo comunicação com os pacientes, famílias, colegas e outros profissionais de saúde”. Estima-se que esta resolução venha a produzir um efeito significativo nos currículos das escolas médicas nos Estados Unidos, em função de seu vínculo com o programa de acreditação. Contudo, é importante notar que a resolução requer somente a presença de instrução e avaliação; nada é considerado quanto aos tempos específicos, qualidade ou quantidade de educação [Makoul, 2003b].

Neste sentido, o que se verifica é que existe uma tremenda variação entre as escolas médicas na forma e extensão na qual as habilidades de comunicação são dadas e avaliadas. A mais recente e abrangente pesquisa em educação de habilidades comunicacionais nas escolas médicas norte-americanas foi conduzida pela “Association of American Medical Colleges” (AAMC), e publicada em 1999. Oitenta e nove das 144 escolas medicas responderam às questões relacionadas ao ensino das práticas. Destas, 85% relataram que usam uma combinação de discussão, observação e prática no ensino dessas habilidades. Os métodos de ensino eram pequenos grupos de discussão e seminários (91%), conferências e apresentações (82%), entrevistas dos estudantes com pacientes simulados (79%), observação dos professores com pacientes reais (74%), e entrevistas dos estudantes com pacientes reais (72%). Quase metade das escolas (45%) reportou o uso das passagens de visita para o ensino das habilidades de comunicação. Para Makoul [2003b], todas estas formas têm valor, mas, sem um modelo para auxiliar a estruturar e focar a atenção na comunicação há menores possibilidades do ensino ser consistente e efetivo.

Noventa e duas escolas responderam às questões da pesquisa da AAMC relacionadas à avaliação das habilidades de comunicação. A maioria destas escolas (92%) reportou que avaliam as habilidades de comunicação informalmente, através do feedback dos professores aos estudantes durante as sessões de ensino. A outra forma mais freqüentemente citada de avaliação foi a observação e feedback formal dos professores (78%). Métodos de avaliação mais objetivos como o uso de pacientes estandardizados foram menos prevalentes (70%). Menos de um terço (32%) das escolas médicas utilizavam um modelo estruturado para organizar o ensino e avaliação das habilidades de comunicação [Makoul, 2003-2].

Num levantamento recente da “Association of American Medical Colleges” (AAMC) para coletar informações sobre a organização e o gerenciamento dos programas de educação, ficou claro que as escolas médicas estão realizando grandes mudanças na estrutura e organização de seus currículos, adotando estratégias pedagógicas inovadoras

bem como aperfeiçoando os métodos para avaliar o desempenho dos estudantes. Grande atenção está sendo dirigida, também, para o desenvolvimento profissional dos professores e educadores.

Apesar da importância destas mudanças, os levantamentos mostram que essas mudanças curriculares atingiram basicamente os dois primeiros anos dos cursos. A falta de inovação nos outros anos do currículo é quase seguramente devida ao fato de que muitos membros das disciplinas clínicas não acreditam que mudanças são necessárias [Makoul, 2003b].

I.2- Revisão de Campos de discussão e investigação

I.2.1- Modelos de medicina

Um tópico amplo que tem sido objeto de discussão e investigação é a classificação da comunicação e das ações quanto ao modelo de medicina adotado. A partir do século vinte, a proposta de uma necessidade de transição de uma medicina apoiada num modelo biomédico para uma medicina apoiada num modelo biopsicossocial tem progressivamente se consolidado.

Foi George Engel (1913-1999) figura de grande destaque no movimento psicossomático quem desenvolveu um conceito unificado de saúde e doença que chamou de modelo biopsicossocial. Ele realizou estudos psicossomáticos influentes sobre diversas doenças e condições patológicas e ajudou a expandir a pesquisa psicossomática para além do estreito foco inicial dos assim chamados distúrbios psicossomáticos. Ele considerava impróprio e desorientador a aplicação de termos como “desordens psicossomáticas”, por implicar a ausência de interface psicossomática nas outras doenças. Neste sentido, foi um dos primeiros a estimular os investigadores em psicossomática a ampliar o espectro das doenças e incluir, por exemplo, câncer que usualmente não era considerado ‘psicossomático’, assim como os concomitantes fisiológicos de pesar e depressão, isto é emoções, que até então eram largamente ignoradas.

A aplicabilidade de seu conceito foi amplamente demonstrada em suas investigações, particularmente no acompanhamento de uma paciente cujo caso ficaria famoso pelas observações que permitiu: o “caso Mônica”:

Mônica era um bebê que havia nascido com uma atresia de esôfago que tornou necessário se fizessem duas fístulas: uma no pescoço para drenar tudo o que ingerisse por boca e outra no estômago para alimentá-la.

Em função dessa situação, era possível acompanhar a atividade gástrica de Mônica nas diversas situações do cotidiano, que permitiu verificar como a atividade

gástrica dependia fortemente de componentes psicossociais, acompanhando nitidamente as variações emocionais: quando Mônica era, por exemplo, exposta à presença de estranhos ela apresentava diminuição dos movimentos e inatividade, ficando largada no leito, com os músculos flácidos; por outro lado, quando estava na presença de pessoas familiares apresentava rapidamente reações de prazer.

Acompanhando essas reações, era possível observar que as funções gástricas seguiam um padrão para cada uma das situações, e eram totalmente integradas com seu comportamento global: na primeira situação, a produção de ácido hidroclorídrico estava grandemente reduzida ou até ausente, enquanto no segundo caso estava elevada.

Engel, através dessa verificação, trouxe um apoio inquestionável a todo movimento que advogava a importância dos fatores psicossociais para o ser e o adoecer, consolidando a base para a sua proposta quanto à necessidade de uma abordagem biopsicossocial em medicina, em contraposição ao modelo biomédico [DeMarco, 2003].

Ao longo das últimas décadas, muitos estudos têm se dedicado a definir e a verificar as diferenças de observação e ação que decorrem em função do modelo adotado. Geralmente são definidos, quanto a essa perspectiva, três modelos:

Modelo biomédico: o discurso e a ação da medicina, apoiam suas observações e formulações, predominantemente na perspectiva biomédica, refletindo o referencial técnico-instrumental das biociências e excluindo o contexto psicossocial dos significados. Supõe-se que isto obstaculiza uma compreensão plena e adequada dos pacientes e suas doenças e uma efetividade mais abrangente da prática que depende desta compreensão. No plano do ensino e da formação dos profissionais, guiados por esta perspectiva, são enfatizados os aspectos técnicos e pouca ou nenhuma atenção é dada aos aspectos relacionais.

Modelo biopsicossocial: o discurso e a ação se fundamentam numa visão integral do ser e do adoecer que compreende as dimensões física, psicológica e social. Quando incorporada ao modelo de formação do médico coloca a necessidade de que o profissional, além do aprendizado e evolução das habilidades técnico-instrumentais, evolua, também, as capacidades relacionais que permitem o estabelecimento de um vínculo adequado e uma comunicação efetiva. O modelo biopsicossocial exige que o médico evolua, além das capacidades técnico-instrumentais, suas capacidades de contato e comunicação. A adoção deste modelo tem implicações tanto para a prática médica quanto para os programas de graduação e educação continuada.

Modelo psicossocial: o discurso e a ação se voltam predominantemente para os aspectos psicossociais. A preocupação predominante é com a relação e com o vínculo.

Roter [2000], por seu turno, propõe cinco padrões de relacionamento: ela subdivide o modelo biomédico em biomédico restrito, biomédico (em transição), e acrescenta um quinto tipo de padrão que ela denomina de consumerista. Associa, além disso, os padrões a uma outra classificação que propõe, baseada na qualidade do vínculo e no interjogo de poder: modelo paternalista, centrado na relação e consumerista.

No vínculo paternalista, os profissionais de saúde dominam a agenda, objetivos e tomada de decisões a respeito tanto das informações quanto dos serviços. O pressuposto básico é que o profissional de saúde é o guardião, agindo no melhor interesse do paciente, a despeito das preferências deste (este costuma ser o modelo de vínculo mais típico e prevalente).

No vínculo mutualista existe um balanceamento do poder, respeitadas as peculiaridades de cada papel. Os objetivos, agenda e decisões relacionadas à consulta são resultado de negociação entre parceiros; paciente e profissional de saúde trabalham em associação e o diálogo é o veículo através do qual os valores do paciente são explicitamente articulados e explorados. Através deste processo o profissional de saúde atua como conselheiro ou orientador.

No vínculo consumerista o modelo mais típico de relação de poder entre profissional de saúde e paciente está invertido. O paciente é que dita a agenda e os objetivos e assume a responsabilidade pela tomada das decisões. Há poucas questões formuladas pelo médico e um número relativamente grande de questões formuladas pelo paciente e há pouca exploração psicossocial**.** Este tipo de vínculo redefine o encontro como uma transação de mercado.

Roter [2000] considera que o modelo biomédico, tanto restrito como em transição são expressões de um modelo paternalista. O modelo biopsicossocial e psicossocial são variações de um modelo centrado na relação e o consumerista é considerado à parte, representando uma postura consumista, em que o poder de escolha e de decisão está deslocado para o usuário ou (nessa perspectiva, mais propriamente denominado) consumidor.

Em relação às preferências Detmar e cols. [2000] encontraram que ao se comunicar com pacientes com câncer em tratamento paliativo, os médicos devotavam 64% de sua conversação a questões biomédicas e somente 23% a questões psicossociais. A comunicação dos pacientes estava dividida mais igualmente entre estes tópicos.

Deveugele et al [2002], numa pesquisa realizada com clínicos gerais (GPs), encontraram alguns importantes padrões no comportamento de comunicação de médicos e pacientes. Os médicos são orientados para a tarefa; fazer um bom trabalho médico é

seu principal objetivo. No encontro entre GP e paciente, o comportamento comunicativo de ambos era muito similar: pacientes e médicos se focavam em questões médicas. Entretanto, 30% das informações eram de natureza afetiva.

Dulmen [2002] verificou que, enquanto quase todos os pacientes queriam discutir o impacto de suas doenças e tratamentos na sua vida diária e na sua condição emocional, aproximadamente um quarto dos pacientes considerava adequado fazê-lo se esses assuntos fossem abordados pelos seus médicos. Uma porcentagem maior ainda de pacientes (entre 29 e 37%) indicou que eles querem geralmente esperar algum sinal de seus médicos antes de discutir temas abordando suas relações com os parceiros ou família e seu funcionamento social.

Aproximadamente 20% dos pacientes indicaram não ter nenhum interesse em discutir estes assuntos com seus médicos.

O autor encontrou indicações que o balanceamento dos conteúdos das visitas médicas revelam diferenças entre o que médicos e pacientes consideram importante a respeito do problema apresentado. Contudo, ele pondera que devemos considerar se é necessário resolver esta diferença. A principal razão para fazê-lo, segundo o autor, é que perspectivas diferentes podem causar uma série de problemas. Um paciente cujas questões não foram respondidas irá mais provavelmente ficar insatisfeito, procurar uma segunda opinião ou usar a medicação incorretamente.

I.2.2- Centramento

Estreitamente associado com a questão do modelo adotado, um tema amplamente abordado e investigado na literatura é a questão do centramento.

Historicamente, um centramento mais pronunciado nas doenças ocorre particularmente a partir da segunda metade do século XVII. No campo da medicina, há nessa época todo um movimento de emancipação em relação à medicina galênica, especulativa que imperava. Thomas Sydenham (1624-1689) que foi cognominado “Hipócrates inglês” e “pai da medicina inglesa” foi uma das figuras importantes desta mudança. Ele reviveu o método hipocrático da observação e experiência, em contraste com a medicina galênica, mais especulativa e fundada na autoridade, que ainda imperava. Ele é reconhecido como um fundador da medicina clínica e da epidemiologia e responsável pela descrição de uma série de doenças: gota, febre malárica, escarlatina, sarampo, desinteria, histeria e a dança de São Vito (que em sua homenagem recebeu o nome de Corea de Sydenham). Seu livro “Observationes medicae” (1676) foi um livro de referência por dois séculos. Ele postulava que na produção das doenças, a natureza é uniforme e consistente, de forma que, para a mesma doença, em diferentes pessoas, os

sintomas são praticamente os mesmos, defendendo, desta forma a realidade das doenças, como entidades naturais, reais como as plantas e, como estas, passíveis de serem organizadas em um sistema de classificação [Enc. Britannica].

Mais tarde, Carl Linnaeus (1707-1778) seguiria seu exemplo ao propor, ao lado do "Systema Naturae", que ordenava minerais, plantas e animais em categorias hierárquicas, o seu "Systema morborum" ou "Genera morborum" (1763), onde discutia as bases da classificação das entidades patológicas.

Esta classificação se estabeleceu e com muito sucesso contribuiu para uma considerável ampliação do conhecimento das doenças. Por outro lado serviu como base para construção do modelo biomédico, que em sua evolução e cristalização acabou trazendo como conseqüência um distanciamento entre o conhecimento da pessoa doente e da doença que a acomete. Para a comunicação efetiva entre médico e paciente esta distinção é fundamental, mas é raramente explicitada ou bem compreendida. O médico, por sua vez, busca encontrar os sinais e sintomas diagnósticos, isto é, aqueles que lhe permitem enquadrar o caso em uma das categorias virtuais, coletivas, e assim identificar a doença**.** O paciente por seu turno pode estar interessado em seu caso e preocupado com os seus sintomas.

Outra confusão importante que tem sido apontada é quanto à utilização de dados epidemiológicos. Uma perspectiva epidemiologicamente centrada válida estatisticamente, isto é, no nível populacional ou social, é muitas vezes aplicada na clínica de maneira reducionista a pacientes, portanto, no nível individual.

A necessidade de enfoques que privilegiem a perspectiva centrada no paciente tem sido sugerida para corrigir estas distorções.

I.2.2.1- O centramento no paciente

O modelo paciente-centrado tem sido postulado amplamente, com repercussões importantes.

Delbanco [2001] um dos que tem liderado a criação de um modelo paciente-centrado nos cuidados primários defende a importância desse enfoque. A medicina, segundo sua percepção, está entre os últimos prestadores de serviços a se voltar de forma rotineira para aqueles a quem serve, procurando aprender da sua experiência. Tributa esta situação a uma arrogância coletiva que impede perguntar sistematicamente a nossos pacientes o que lhes interessa, o que esperam e o que experienciaram.

Dulmen [2002] observa como, até recentemente, os médicos eram considerados como os únicos *experts* na matéria médica, cujas orientações eram seguidas sem questionamento. Nessa época o trabalho dos médicos era centrado na doença; o

paciente por trás da doença era menos importante. Nas últimas décadas isto parece estar mudando e, um dos fatores a que se pode atribuir essas mudanças é o amplo acesso a várias fontes de informações médicas que os pacientes têm disponíveis. Um outro fator que merece ser considerado são as novas legislações que tem cada vez mais ressaltado a questão dos direitos dos pacientes e que cada vez mais têm se sofisticado e estendido a diferentes países. Na Holanda, por exemplo, uma nova legislação dita o direito de o paciente receber informação compreensível [Dulmen 2002].

Bensing et al [2000] acrescentam mais um fator: a mudança dos padrões de morbidade nas sociedades ocidentais que produziram mudanças nos respectivos papéis de médicos e pacientes. Em muitas doenças crônicas a influência direta do médico no curso da doença é restrita. Muito depende das capacidades de adaptação e enfrentamento do próprio paciente.

A responsabilidade, então, se desloca para o paciente e o papel do médico nos cuidados em saúde fica mais voltado para fortalecer as capacidades do paciente para lidar com esta responsabilidade.

Há, contudo, pouca concordância em definir os parâmetros do que é uma relação paciente-centrada. As pesquisas geralmente usam alguns critérios que estão longe de serem uniformes. O que é uma relação centrada no paciente? É atender as demandas e desejos do paciente? Que critérios adotar para verificar se uma relação é paciente centrada? Os médicos a praticam? Os pacientes a querem? Quais são os benefícios?

Little et al [2001] se focam nas duas últimas questões e concluem que os pacientes querem cuidados centrados no paciente que, (a) exploram as principais razões para a consulta, preocupações e necessidade de informação; b) buscam uma compreensão integrada do mundo do paciente – isto é, sua pessoa inteira, necessidades emocionais e questões da vida; c) encontram uma concordância quanto ao problema e quanto ao modo de lidar com ele; d) favorecem a prevenção e a promoção de saúde; e) favorecem a continuidade da relação entre médico e paciente.

Stewart [2001] entende que a melhor forma de definir e mensurar o centramento no paciente depende da avaliação do próprio paciente.

Para ela, o conceito de centramento no paciente é mais compreendido a partir da definição do que ele não é: centrado na tecnologia, centrado no médico, centrado no hospital ou centrado na doença.

A autora propõe que o significado e efeitos do centramento no paciente podem, talvez, somente ser acessíveis inquirindo sobre as necessidades individuais de cada paciente, expectativas e nível preferido de ativação e participação nas decisões antes de

iniciar um tratamento médico e subseqüentemente avaliando as visitas e a evolução em relação a estas medidas acessadas inicialmente.

Da mesma forma, Delbanco [2001] propõe que os médicos não devem assumir que entendem as prioridades dos pacientes como um primeiro passo para uma atitude paciente-centrada. Neste sentido, trabalhos têm tentado verificar o grau de concordância entre as expectativas e percepções de médicos e pacientes. Laine et al [1996] num estudo realizado com 814 pacientes, atendidos por 74 profissionais em sua prática de consultório, verificaram divergências entre as visões dos médicos e seus pacientes. Na investigação, foi solicitado aos médicos que pensassem como pacientes e então ambos os grupos responderam a uma série de questões desenhadas para classificar a importância dos diferentes elementos da prática do consultório. Enquanto havia concordância quanto à importância da competência clínica e confiança mútua, médicos e pacientes diferiram significativamente em muitas de suas prioridades. Por exemplo, os médicos consideravam terrivelmente importante respeitar a privacidade do paciente, mas, os pacientes colocavam este aspecto no final de sua lista de prioridades. Os médicos se preocupavam em não embaraçar o paciente e exigiam polidez de seu pessoal de suporte; os pacientes estavam pouco preocupados com este aspecto da prática.

Por outro lado, na avaliação dos pacientes era considerado crítico que os médicos explicassem o impacto e o perigo potencial das medicações prescritas, enquanto os médicos colocavam este aspecto no final de suas listas. Os pacientes davam alta pontuação a explicações sobre os diagnósticos; os médicos não. Em contraste com seus médicos, os pacientes consideravam extremamente importante aprender sobre os riscos e benefícios dos diferentes tratamentos que lhe eram oferecidos. Os pacientes desejavam fortemente que os médicos respondessem às questões; os médicos colocavam este aspecto no meio da lista [Laine et al, 1996; Delbanco, 2001].

Um outro tópico importante é o que considera que as melhores testemunhas dos cuidados podem ser família e amigos, não o paciente ou o médico. “Nos hospitais de cuidados agudos de hoje, os pacientes estão acamados, freqüentemente criticamente doentes. Aterrorizados, confusos ou perplexos, sua maior preocupação é se e quando verão seus lares novamente. O médico, em contraste mantém distância em função de razões complexas que vão desde necessidades pessoais até sistemas inadvertidamente desenhados para manter esta separação” [Delbanco, 2001].

Dados importantes emergiram, também, de investigações realizadas através de grupos focados e entrevistas individuais. Invariavelmente uma série de surpresas têm resultado dos achados dessas investigações. “Quando o Picker Institute, uma organização sem fins lucrativos dedicada a aprender dos pacientes de uma maneira

organizada desenhou a primeira investigação para pacientes internados, ficou evidente para os administradores, que tiveram oportunidade de aprender com isso, que os pacientes não estavam interessados na comida ou no estacionamento do hospital. Eles estavam muito mais preocupados quanto a controle da dor, informação e planejamento de alta" [Delbanco, 2001].

De uma forma mais ampla, os estudos têm buscado definir uma série de parâmetros, que possam ser utilizados tanto para a definição e verificação de uma atitude paciente-centrada quanto de suas conseqüências e desdobramentos.

Há, por exemplo, estudos que tentam avaliar a perfomance na entrevista utilizando a contagem da freqüência com que os médicos utilizam questões ou afirmações médico ou paciente-centradas. Neste campo, um dado bem documentado é que a maioria das entrevistas médicas são caracterizadas pela escassez de questões abertas e de checagem, clarificação e proposições voltadas para a construção da relação [Wolraich et al, 1986; Roter, Hall e Katz, 1988; Roter, 1993; Roter e Frankel, 1992; Street, 1992].

Há outros, relacionando a freqüência de comportamentos paciente-centrados e médico-centrados em relação a características de médicos e pacientes como gênero, [Stewart, 1984; Hall, Roter, e Katz, 1988; Roter e Hall, 2001; Brink-Muinen, 2002], idade [Hooper, Comstock, Goodwin, e Goodwin, 1982], severidade e tipo de doenças médicas [Roter e Ewart, 1992; Hall, Roter, Milburn e Daltroy, 1996] e atitude dos médicos em relação a temas psicossociais [Levinson e Roter, 1995]. Pesquisas tentam verificar a repercussão das atitudes paciente-centradas com a qualidade de vida e a satisfação dos pacientes [Roter, 1977; Roter et al, 1987; Weinman e Dale, 1998].

As pesquisas, de uma forma geral têm demonstrado que os pacientes preferem um enfoque paciente-centrado [Little et al, 2001] e que a satisfação do paciente está positivamente relacionada a centramento no paciente, particularmente em consultas com conteúdo psicossocial [Clifford et al, 1995; Little et al, 2001; Winefield et al, 1995] e que a falta de atitudes paciente-centradas, está inversamente relacionado à satisfação do paciente [Roter, 1977; Williams, Weinman e Dale, 1998].

Pesquisas pós-alta pedem que os pacientes sirvam como testemunhas privilegiadas de seus cuidados. Delbanco [2001] pondera que nessas pesquisas *respostas-relato* costumam ser muito mais úteis que *pontuações.* Por exemplo, uma questão como: "o médico alertou sobre os efeitos secundários dos medicamentos que você poderia sentir quando fosse para casa?", quando respondida negativamente produz uma informação ao mesmo tempo clara e acionável.

Em contraste, perguntas como: "a equipe fez um bom trabalho ao preparar você para a alta?" gera dados menos discretos e acionáveis. Saber que 25% dos pacientes julgam esta preparação "não muito boa" produz menos informação para potenciais melhorias [Delbanco, 2001].

Por exemplo, no início de seus esforços para validar seus questionários, o Picker Institute encontrou que 1 de 64 hospitais participantes na primeira investigação nacional de pacientes hospitalizados se mostrou particularmente adequado no preparo dos pacientes para alta. Quando foi indagado se o hospital fazia algo de especial, verificou-se que a equipe solicitava que os pacientes e suas famílias escrevessem qualquer questão que tivessem. A alta só ocorria depois que todas as perguntas tivessem sido respondidas [Delbanco, 2001].

Há uma série de trabalhos que tentam verificar a influência de atitude paciente-centrada na evolução.

Little et al [2001] em seu estudo verificaram que componentes da percepção dos pacientes podem ser mensurados confiavelmente e predizer diferentes evoluções e que, se os médicos não provêem um contato ‘paciente-centrado’ positivo, os pacientes ficarão menos satisfeitos, menos habilitados e terão maior eclosão de sintomas e maiores taxas de encaminhamento.

Seu estudo detecta cinco componentes distintos da percepção do paciente que podem ser mensurados confiavelmente: comunicação e parceria; relacionamento pessoal; promoção de saúde; aproximação positiva a diagnóstico, prognóstico e interesse quanto ao efeito na vida e, percepção que cada componente prediz diferentes evoluções da consulta [Little et al, 2001].

Em relação ao preparo dos profissionais, várias pesquisas têm demonstrado que a utilização de intervenções paciente-centradas aumenta significativamente após um treinamento em habilidades de comunicação [Inui, Carter, Kukull, e Haigh, 1982; Roter e Hall, 1992; Roter e Frankel, 1992].

Ong et al [2000] por seu turno, verificam a importância do tom, da qualidade afetiva da consulta com pacientes oncológicos no sentido de predizer a evolução. Ressaltam a importância de prestar atenção aos aspectos não verbais da comunicação, particularmente a expressão de “emoções negativas” como raiva ou irritação que quando observados na consulta predizem evolução mais desfavorável.

Surpreendentemente, em seu estudo encontraram uma relação negativa entre centramento no paciente e satisfação global dos pacientes.

Por outro lado, alguns estudos têm abordado a relação entre a medicina baseada em evidência e medicina centrada no paciente, tentando articular essas visões fundadas

em paradigmas distintos: o conceito de medicina baseada em evidência é um conceito novo (começo da década de 1990) e é basicamente articulado a partir de uma perspectiva positivista, biomédica.

Medicina centrada no paciente decorre da incorporação ao modelo biomédico da perspectiva psicossocial e, embora não seja um fenômeno novo, atraiu recentemente uma atenção renovada. Bensing [2000] sugere que para uma articulação destas duas visões, é necessário que:

(a) medicina baseada em evidência se torne mais paciente-centrada, por exemplo, incorporando preferências dos pacientes nos desenhos dos ensaios clínicos randomizados e,

(b) medicina centrada no paciente se torne mais baseada em evidência através de desenhos de estudo mais focados em pesquisa em comunicação e mais meta-análises sintetizadoras.

Trevena e Barratt [2003], por seu turno, propõem uma abordagem integradora que denominam de tomada integrada de decisões (*integrated decision making*) definida como decisões em cuidados de saúde que incorporam as seguintes dimensões:

- Natureza das questões em saúde;
- preferências, valores e crenças dos pacientes;
- recomendações e responsabilidades do profissional com a comunidade;
- evidências de pesquisa;
- evidência clínica (incluindo história, exame, fatores sociais, comorbidade etc.)

I.2.2.2- Questões e perspectivas

Del Piccolo et al [2002] chamam a atenção para a falta de estudos considerando as diferenças de estilo de entrevista entre médicos e do próprio médico e dos fatores que contribuem para esta variação. Eles encontraram apenas um estudo [Ford et al, 1994; Ford et al, 1996] comparando o comportamento em entrevista de cinco oncologistas. No estudo foram encontradas diferenças significativas entre os médicos no uso de suas habilidades centradas na emoção, na verificação de opiniões/compreensão, nos comentários psicossociais e no fornecimento de informações biomédicas. Mais ainda, cada um dos médicos mudou seu comportamento na entrevista de acordo com algumas características determinadas dos pacientes como prognóstico e idade de uma forma imprevisível e idiossincrática.

Para Epstein et al [2002] a questão do contexto também precisa ser considerada e mais plenamente integrada na metodologia de pesquisa. Suas indagações se voltam para

a consideração de como o centramento no paciente pode se manifestar diferentemente em diferentes contextos, por exemplo, a visita pré-operatória, a consulta ortopédica, a sala de emergência, o divã psicanalítico.

Há, enfim, uma série de ressalvas à metodologia de conceituação e pesquisa. Mead e Bower [2002] fizeram uma revisão dos trabalhos de 1969 a 2000 tentando verificar: 1) como foi definida e mensurada a consulta centrada no paciente em estudos que exploram a relação com a evolução dos pacientes, 2) que medidas de evolução foram usadas para examinar os efeitos das consultas 'paciente-centradas' e 3) se as consultas paciente-centradas estão associadas com melhor evolução nos cuidados primários. Sua conclusão é de que a evidência que a consulta paciente centrada leva a melhores evoluções nos cuidados primários é ambígua, uma vez que a qualidade metodológica dos estudos não tem grande uniformidade e o padrão de associações é inconsistente.

Numa tentativa de organizar o campo, Mead e Bower [2002] descrevem o que consideram cinco distintas dimensões dos cuidados 'centrados no paciente':

- A perspectiva biopsicossocial —uma perspectiva da doença que inclui considerações dos fatores sociais e psicológicos (ao lado dos biomédicos);
- o 'paciente como pessoa' – a compreensão do significado pessoal para cada paciente individual;
- compartilhar poder e responsabilidade – sensitividade às preferências do paciente por informação e tomada compartilhada de responsabilidade, respondendo apropriadamente a elas;
- aliança terapêutica – desenvolver objetivos terapêuticos comuns e favorecer o vínculo pessoal entre médico e paciente;
- o 'médico-como-pessoa' – consciência da influência das qualidades pessoais e subjetividade do médico na prática da medicina.

O que fica evidente é que ainda existe necessidade de ampliar a clareza quanto à definição, abrangência e efetividade.

Algumas questões adicionais, entretanto, remetem ao próprio modelo e sua aplicação.

Ogden et al [2002] a partir de estudos em que verificam diferenças de percepções entre médicos e pacientes quanto às necessidades dos pacientes, ponderam que alguns aspectos do centramento podem ser preferidos pelo médico, enquanto outros são preferidos pelo paciente e que para alcançar um centramento no paciente completo, os médicos precisam se precaver de enfatizar a importância dos componentes interativos em detrimento de fornecer as informações que o paciente quer.

Little et al [2001], por seu turno, questionam se seria sábio estender o enfoque paciente-centrado a todo atendimento e indagam: e se o paciente não desejar um enfoque paciente centrado? E se quiser só alguns componentes do enfoque paciente centrado?

Stewart [2001] a esse respeito, comenta sobre um mal-entendido que supõe que paciente-centrado implica compartilhar toda informação e toda decisão. Para ela, ser paciente-centrado significa levar em conta os desejos do paciente de informação e compartilhamento de decisões e responder apropriadamente. Entretanto, quanto a se os pacientes querem todos os componentes do enfoque, ela questiona se o enfoque pode ser dividido em partes, uma vez que este é um conceito holístico em que os componentes se unem e interagem de forma única em cada encontro, sendo componentes separados apenas para fins didáticos.

Talvez essas questões sejam, ainda decorrências da falta de um consenso a respeito do que significa adotar um enfoque paciente-centrado.

O que caracteriza um enfoque centrado no paciente? Atender às demandas do paciente? Quais demandas? As manifestas? As latentes? Como verificar? E caso se conclua que o atendimento às demandas é uma questão importante, como proceder se as demandas do paciente forem irrealistas? Há pacientes, por exemplo que têm demandas de cura. Há os que têm demandas de exames, de tratamentos, e de medicamentos considerados desnecessários do ponto de vista diagnóstico e terapêutico.

Outro indicador advogado é o grau de satisfação do paciente, que também merece ser encarado com certa reserva, no sentido de não cairmos numa postura reativa (o médico sempre tem razão para o paciente sempre tem razão). Um paciente pode estar satisfeito com um atendimento e uma relação inadequada quando considerados os objetivos da tarefa.

Penso que não podemos abraçar nenhuma postura ingênua ou simplista. É preciso considerar toda a complexidade presente na relação entre seres humanos empenhados na consecução de uma tarefa ou objetivo comum. Seria desejável que os profissionais de saúde e os pacientes tivessem perspectivas semelhantes ou subordinadas em relação à natureza da tarefa e quanto à forma de ser conduzida, mas, os fatos não obedecem nossos desejos.

Na realidade, em cada um dos componentes da relação encontramos a convivência de diferentes perspectivas. Além disso, há perspectivas mais explícitas e mais implícitas ou para adotar uma outra linguagem, manifestas e latentes. A valorização dada a cada uma vai determinar qual ou quais perspectivas são centrais e acessórias. Por exemplo, o profissional pode ter como perspectiva principal a execução de sua tarefa

voltada para a cura e/ou cuidado das condições e da pessoa do paciente. Por outro lado há sempre uma série de perspectivas acessórias que decorrem de outras necessidades dos profissionais, como por exemplo, a necessidade de ganhar dinheiro, de ficar famoso, de produzir trabalhos científicos. O comportamento do profissional vai depender do peso e da relevância que cada uma das perspectivas adquire. Se por exemplo, de forma mais manifesta ou latente, a perspectiva "ganhar dinheiro" for a mais importante, isso evidentemente vai repercutir no comportamento e nas ações do profissional. O mesmo, pode ser afirmado quanto às perspectivas do paciente.

Os psicanalistas estão mais habituados a este tipo de impasse e seus desdobramentos pois na execução de sua tarefa, estas dimensões se tornam muito mais explicitadas.

Penso que não se pode perder de vista que antes de mais nada há uma tarefa que precisa ser tornada comum e que depende da construção de uma concordância explicita a respeito dos objetivos e da tarefa comum. Só assim, será possível poder abrir espaço para observar e trabalhar as resistências que podem surgir de outras perspectivas implícitas ou latentes presentes tanto no profissional como no paciente.

O que se espera de um profissional de saúde é que, por exemplo, sua perspectiva principal não seja ganhar dinheiro. Embora quanto a isto pode haver alguma concordância (pelo menos explícita), há outros tópicos nos quais isto pode não ser tão claro. Por exemplo a questão da cura e do cuidado: a opção do profissional de saúde por ações de cura e de cuidado, procurando conciliar e harmonizar, junto com o paciente, ambas as perspectivas, presentes em cada procedimento e em certos momentos específicos colocar-se de acordo quanto ao momento em que é necessário abrir mão das tentativas de cura em favor de ações paliativas voltadas ao melhor bem-estar possível do paciente e à qualidade de vida.

Se a preocupação do profissional, é buscar estabelecer um campo de cooperação e parceria para a execução da tarefa é importante a percepção das diferentes perspectivas e a procura por um terreno comum de interesses e objetivos. Neste sentido, talvez seja mais apropriado colocar a natureza do trabalho como centrado na tarefa e na relação.

I.2.2.3- Centrado no paciente ou centrado na relação?

Debra Roter [2000] aborda este tema, incluindo o ponto de vista semântico. Ela considera que, embora o conceito de centramento no paciente já possa conter, em si, um cuidado com a relação, a semântica tem um papel poderoso na delimitação e focalização dos debates, pois é mais que um simples uso de palavras, podendo guiar o como a

realidade social é interpretada, compreendida e abordada. Por esta razão, cuidado *centrado na relação* é utilizado por ela para conotar a forma ótima da relação médico-paciente. A proposta de centramento na relação obedece a uma intenção de superar o dilema semântico apresentado pelo termo paciente-centrado. O termo mais abrangente 'medicina centrada na relação' foi sugerido pelo "The Pew-Fetzer Task Force on Advancing Psychosocial Health Education" como reconhecimento do papel da reciprocidade relacional na otimização da integração e síntese das perspectivas biomédica e vivencial.

Para Roter [2000] as consultas centradas na relação podem ser caracterizadas por serem:

- Funcionais do ponto de vista médico – a extensão na qual a relação preenche as funções de gerenciamento da consulta nos limites de um determinado sistema de saúde. Cumprimento das demandas de qualidade na realização das tarefas médicas básicas (estruturação das consultas, uso eficiente de tempo e recursos, tarefas técnicas relacionadas a exame físico, diagnóstico e tratamento, entre outras). O modelo de relação está falho se inibe a realização destas tarefas;
- facilitativas – explicitar o espectro completo das preocupações e motivos da consulta. A habilidade de o paciente contar sua história é a chave para o estabelecimento e integração da perspectiva do paciente. Através da história o sentido da enfermidade e da doença são integrados e interpretados por médico e paciente. É importante particularmente a explicitação no campo psicossocial da experiencia, pois a experiência da enfermidade é freqüentemente refletida no modo como afeta sua qualidade de vida e funcionamento cotidiano, a família e o funcionamento social e profissional;
- responsivas – as preocupações e o estado emocional do paciente precisam encontrar suporte, empatia e legitimação. A legitimição se estende a deixar evidente que sentimentos e emoções são elementos importantes para a construção da relação;
- informativas – do ponto de vista das informações técnicas e recomendações comportamentais num modo que seja compreensível, útil e motivador;
- participativas – os médicos têm a responsabilidade e obrigação de ajudar os pacientes a assumir um papel autêntico e responsável no diálogo médico e na tomada de decisões.

A importância relativa de cada uma destas características irá variar, dependendo do cenário, estado de saúde do paciente, natureza e extensão prévia da relação, entre outras.

I.2.3- Canais de comunicação

Conforme já explicitei, um campo de discussão e investigação que tem sido pouco explorado é o dos canais de comunicação, mais especificamente há pouca exploração da comunicação não-verbal.

I.2.3.1- O canal não-verbal de comunicação

O canal não-verbal de comunicação compreende todo o processo de enviar e receber mensagens sem palavras ou como parte da "textura" das palavras *(paralinguagem)*. Inclui: expressões faciais, olhar, gestos, posturas e tons de voz. Também, hábitos de se cuidar (por exemplo, estilo pessoal de cuidados com as roupas e o corpo) ou de cuidar do ambiente (por exemplo, a escolha e a forma de decorar e dispor os objetos no consultório), posição do corpo no espaço e *design* de produtos de consumo.

As mensagens não-verbais são poderosas e compulsórias devido ao fato de que em grande extensão são processadas de forma inconsciente. Neurologicamente, estão relacionadas a centros muito mais antigos que aqueles ligados aos centros verbais (paleocircuitos na medula, tronco, gânglios basais e sistema límbico).

Uma consideração importante é que, embora a linguagem verbal seja uma evolução de nossa capacidade de comunicação, não podemos cometer o equivoco de imaginar que venha substituir ou tornar a linguagem não-verbal obsoleta. A linguagem não-verbal também tem sua própria evolução, como assinalou Gregory Bateson: "Se . . . a linguagem não verbal é em algum sentido uma substituição evolucionária da comunicação pelos modos cinésicos e de paralinguagem seria esperado que a forma antiga, predominantemente icônica sofresse um decaimento progressivo. Claramente não é o que ocorre. Pelo contrário, ela ficou mais rica e complexa e tem evoluído, lado a lado com a linguagem verbal [Bateson, 1968].

A comunicação não-verbal depende, em muitos aspectos, da influência de fatores culturais. Expressões e gestos podem ter sentidos e significados distintos, dependendo da inserção cultural [Morris, 1994]:

- Piscar pode ter conotações de um convite romântico ou sexual em algumas culturas (inclusive no Brasil). Para os chineses é um gesto rude;

- o sinal que nos Estados Unidos é utilizado para OK, no Japão é símbolo de dinheiro, porque a forma circular sugere a forma de uma moeda; em alguns paises do Leste Europeu e outros países incluindo o Brasil, o gesto indica um orifício corporal e é altamente ofensivo;
- em algumas culturas o beijo no rosto é muito comum, inclusive entre pessoas que se encontram; em outras (por exemplo, culturas asiáticas) o contato físico é em geral evitado;
- mesmo o aperto de mão, em algumas culturas, dependendo da situação pode ser ofensivo ou desrespeitoso;
- o contato visual direto é sinal de desrespeito em algumas culturas (por exemplo entre os chineses), enquanto em outras recusar-se a mantê-lo é que é desrespeitoso;

Há uma ampla discussão quanto à universalidade ou à determinação cultural das expressões corporais, particularmente as expressões faciais.

Várias áreas de investigação têm contribuído significativamente para o aprofundamento do conhecimento no campo da comunicação não-verbal, além da área da psicanálise que apresentei de forma um pouco mais extensa. Este é um campo importante e promissor mas, não pretendo neste contexto ampliar sua discussão. O foco será mais dirigido para algumas investigações específicas no campo da saúde.

I.2.3.2- Comunicação não-verbal na comunicação em saúde

Está se tornando um pouco mais presente que a comunicação não verbal não é um detalhe a mais da comunicação mas que ele permeia a essência de toda a comunicação. Gallagher et al [2001], chamam a atenção para o fato que, o componente de conteúdo carrega a matéria que é sujeito da expressão em linguagem verbal. Por exemplo, o reporte dos sintomas pelo paciente pode ser parte do conteúdo do relacionamento. O componente relacional, por outro lado, indica como o médico e o paciente vêem um ao outro no relacionamento, fornecendo assim, a base com o qual interpretar o conteúdo. Por exemplo, a quantidade de interesse expressada pelo médico no relato dos sintomas do paciente molda a interpretação deste conteúdo e pode afetar se e como o paciente relata os sintomas no futuro. Pelo fato da maior parte do componente relacional ser manuseado através de canais não verbais ele é freqüentemente erroneamente considerado como tendo um papel meramente suportivo ou auxiliar [Gallagher et al, 2001].

Contudo, dada a natureza sensível do conteúdo da troca de informações médico-paciente, refletindo o estado de saúde ou doença do paciente, “as expressões não-verbais se tornam uma parte central do conteúdo e conseqüentemente não devem ser vistas como simplesmente aumentando o aporte verbal mas como fazendo proposições significativas por seu próprio direito” [Gallagher et al, 2001].

Barnett [2001], reconhece que no encontro clínico, a comunicação não verbal demonstrou ser crucial e que muitos aspectos da comunicação não verbal são particularmente importantes.

Quando, por exemplo, se verificam inconsistências entre o conteúdo do discurso verbal e os gestos não-verbais que os acompanham, as informações não-verbais costumam ser mais confiáveis. Se um paciente insiste que tudo está bem enquanto seus olhos vão ficando marejados, qual a informação mais confiável?

Ele chama a atenção quanto à necessidade de distinguir entre os padrões culturalmente mediados e a forma como eles afetam a relação. Alguns aspectos podem ser problemáticos: o significado do contato visual, do toque e da proximidade física varia e pode ser fonte de mal-entendidos. As ferramentas críticas, segundo ele, são observação, respeito, paciência e curiosidade. Barnett propõe que “para evitar mal-entendidos o melhor é ser mais explícito e perguntar diretamente ao paciente: se você estivesse em seu lugar de origem, como um médico de sua cultura lidaria com esta situação?" [Barnett**,** 2001]. Nos Estados Unidos pela característica multicultural esta é uma questão muito mais importante.

Dugan e Parrot [2001] estudaram o impacto da comunicação não-verbal na auto-abertura dos pacientes, relacionando a associação entre o componente não-verbal da construção da relação e a disponibilização de informações concernentes a componentes subjetivos da doença pelos pacientes. Eles verificaram que o uso pelos médicos de reforços faciais emergiu como diretamente relacionado a esta fala, enquanto o uso de comportamentos faciais negativos como interromper o contato visual enquanto está falando ou usar contato visual indireto foi negativamente associado com fornecimento de informações [Duggan e Parrot, 2001].

No geral, a pesquisa tem demonstrado que os aspectos não verbais da comunicação do médico estão relacionados a resultados como: satisfação do paciente, compreensão do paciente e coleta de informações médicas, acordo quanto a consultas e regime de tratamento, estresse emocional e resolução dos sintomas.

Um ponto que tem sido destacado, sobre o qual é importante insistir é a escassez de investigações na área. Gallagher et al [2001] chamam a atenção para o fato de que, o único instrumento mais amplo, desenvolvido explicitamente para mensurar os aspectos

da comunicação relacional da interação médico-paciente é a escala de comunicação relacional de 34 itens construída por Burgoon e colaboradores. O instrumento contempla seis dimensões: (1) *proximidade*/*afeto* — o grau em que proximidade ou distância é expresso, (2) *similaridade*/*profundidade* — o grau que os interactantes se sentem semelhantes ou diferentes, (3) *receptividade*/*confiança* — o grau com que interesse e preocupação ou falta de interesse e desatenção são expressos, (4) *equanimidade* — o grau de calma ou ansiedade, (5) *formalidade* — o grau em que a interação é formal ou relaxada e (6) *dominância* — o grau em que o poder é compartilhado ou desigual [Gallagher et al, 2001].

I.2.4- Capacitação e educação continuada de pacientes e familiares

I.2.4.1- Justificativa

Este é um ponto importante, pois, tradicionalmente, as intervenções para melhorar a comunicação tem se concentrado nos profissionais e particularmente nos médicos. As evidências no entanto mostram que o comportamento comunicativo dos pacientes exerce forte influência nas respostas dos médicos [Tran et al, 2004].

Uma série de esforços têm sido dirigidos à capacitação dos profissionais de saúde, com certa tendência a negligenciar a outra metade da relação. No entanto, tem sido verificada (aquilo que salta à vista) a enorme importância da contribuição do paciente na consulta, inclusive no que tange à evolução: pacientes que são mais ativos durante as consultas (em termos de formular questões, oferecer informação e expressar opiniões) estão mais propensos a entender as razões do tratamento e das recomendações e há crescentes evidências sugerindo que pacientes verbalmente mais ativos podem experienciar uma melhor evolução [Harrington et al, 2004].

Outro fator que tem sido cogitado, envolvendo inclusive questões de priorização e custo-benefício é que, enquanto é difícil ensinar aos médicos novos estilos de comunicação interpessoal, as pesquisas mostram que intervenções simples e breves podem efetivamente ensinar os pacientes a se comunicar melhor com seus médicos [Tran et al, 2004].

Apesar da evidência sugerindo que a participação ativa é benéfica, na prática os pacientes freqüentemente contribuem pouco para a consulta. Por exemplo, "perguntas formuladas pelos pacientes" foi a categoria menos freqüente de comportamento verbal observada na consulta médica [Harrington et al, 2004].

I.2.4.2- Ações

Algumas iniciativas têm tentado capacitar os pacientes e ampliar sua participação na consulta. Nos Estados Unidos há vários programas denominados "How to Talk to Your Doctor". Tran e cols., [2004], por exemplo, relatam que, num esforço para melhorar a interação médico-paciente a partir da posição do paciente, pesquisadores de serviços de saúde e educadores do "Houston Center for Quality of Care and Utilization Studies" criaram o programa público inovador de educação dirigido à comunidade. Este programa dirigido à comunidade é baseado em técnicas comprovadas para efetivamente ensinar os pacientes a como influenciar a forma como ele e seus médicos se comunicam. O programa aspira ensinar os pacientes a fornecer informações sobre sua saúde mais efetivamente e a participar mais ativamente nas decisões sobre seus cuidados, ensejando cuidados que reflitam mais acuradamente seus valores pessoais e preferências. O programa é estruturado de forma a ajudar os participantes a reconhecer as barreiras à boa comunicação médico-paciente, aprender boas técnicas de comunicação e praticar estas novas habilidades [Tran et al, 2004].

Na Inglaterra há desde abril de 2002 um programa de nível nacional promovido pelo NHS é o programa "The Expert Patients Programme" (EPP). O programa envolve treinamento destinado a prover pessoas que vivem com condições crônicas de saúde, oportunidades de desenvolver novas habilidades que propiciem um aumento do controle sobre estas condições, levando a uma melhor qualidade de vida.

Entre os principais benefícios que o programa pretende proporcionar estão os seguintes:

- Sentir-se confiante e em controle de suas vidas;
- lidar com suas condições e tratamento em parceria com os profissionais de saúde;
- comunicar-se efetivamente com os profissionais e estar preparado para dividir responsabilidade no tratamento;
- ser realista sobre o impacto de suas doenças em si próprio e em suas famílias.

O curso tem as seguintes características:

- Seis sessões semanais consecutivas de 2:30 horas;
- dois tutores, ambos portadores de condição de doença crônica, dirigem o curso;
- grupos de 8-16 pessoas;
- liberdade de participar no grupo o quanto queira;
- fornecimento de um livro, de forma a tornar desnecessário fazer anotações;
- tudo o que é discutido no grupo é confidencial.

O programa do paciente *expert* funciona desde 2001 e em 2003 mais de 2000 pessoas já haviam participado do curso de seis semanas.

Comentando sobre a questão dos pacientes *experts* (expert patient) Shaw e Baker [2004] colocam uma questão interessante: os profissionais querem pacientes mais bem informados? A questão surge a partir de uma percepção de que na Inglaterra têm surgido resistências, na verdade, certa antipatia por parte dos profissionais em relação ao programa implantado e de forma mais particular em relação à denominação paciente *expert*.

Na verdade, segundo as autoras, é necessário verificar o que cada um ouve com essa denominação. Tanto pode ouvir, "pacientes com confiança, habilidades, informação e conhecimento para manejar seu convívio com uma doença crônica" como pode ouvir "aquele paciente chato que vem com toda uma série de informações que buscou na rede e que faz uma série de pedidos ou exigências e compete com o conhecimento do profissional".

Uma investigação mais recente com os profissionais de saúde encontrou que 63% dos médicos pensavam que no longo prazo pacientes mais bem informados irão requerer mais do seu tempo – uma proporção um pouco maior que dos profissionais de enfermagem (48%), mas menor que os farmacêuticos (76%). Para estes médicos ansiosos e sobrecarregados, o paciente *expert* é o paciente que faz demandas, o paciente não razoável, o paciente que consome tempo ou o paciente que sabe tudo [Shaw e Baker, 2004].

Talvez paciente *expert* seja realmente algo diferente deste estereótipo do consumidor insatisfeito de classe média. O objetivo do programa do paciente *expert* não é de tornar, por exemplo, pessoas com doença de Parkinson em neurologistas amadores ou pessoas com artrite em reumatologistas por hobbie, deixando-os preparados para desafiar e competir com seus médicos.

Estes programas e outros de autogerenciamento colocam mais ênfase em desenvolver a confiança e habilidades para melhorar a qualidade de vida e o trabalho em parceria com os profissionais de saúde.

Há ainda programas muito mais simples que também têm revelado resultados satisfatórios. Por exemplo, Cegala et al [2001] numa pesquisa com pacientes idosos utilizaram uma estratégia na qual forneciam um folheto com treinamento em habilidades de comunicação que recebiam três dias antes da consulta. Esta intervenção simples revelou-se como um meio efetivo de melhorar a participação dos pacientes, sem aumentar a média de duração da consulta.

I.2.4.3- Internet

A utilização da Internet para ensino e programas de educação continuada tem ganho considerável impulso nos últimos anos e é um tema que começa a ser discutido e avaliado com mais profundidade.

Em seu número de maio de 2004 o editorial do "British Medical Journal" informava que a divulgação do tema Comunicação Eletrônica e Cuidados em Saúde a ser abordado pela revista, resultou na submissão de 100 artigos, mais do para qualquer outro tema já anunciado. Esse surpreendente aporte de submissão de artigos sobre o tema, deixa claro o interesse que o campo vem recebendo. Os editores expressam, neste sentido, sua percepção de que, nesse campo, "estamos arranhando a superfície das possibilidades criadas pelas comunicações eletrônicas" [Jadad e Delamothe, 2004].

Cerca de 137 milhões de americanos são usuários da internet e 110 milhões reportaram se conectar ao menos três vezes por mês para acessar informações em saúde, sendo que 92% referem ter encontrado informação útil. Destes, 47% dizem que o material afetou suas decisões sobre tratamento e cuidado [Blumenthal, 2002].

Em 2001 numa pesquisa interativa com 400 médicos, 89% disseram que usam a internet, sendo que, 90% disseram utilizá-la para encontrar informação, 26% relataram comunicação on-line e 11% praticavam prescrições por rede. De acordo com Yahoo, existiam, em maio de 2001, mais de 19.000 saites relacionados à saúde [Blumenthal, 2002].

Numa revisão da literatura publicada entre 1990 e 1999 [Duffy et al, 2003], foi examinado um total de 119 artigos, sendo o primeiro de 1995. Os artigos foram detectados a partir dos temas abordados e agrupados em quatro categorias: desenvolvimento de recursos de saúde *on-line*, usos potenciais e oportunidades, barreiras e métodos para reduzir barreiras. A maioria apareceu em revistas médicas e originadas nos Estados Unidos.

As principais barreiras identificadas são tempo e habilidades insuficientes [Farmer e Richardson, 1997], dúvidas quanto à qualidade e confiabilidade [McLeod, 1998; Impiccatore et al*,* 1997], e choque de informações [Eachus, 1999]. Para superar as barreiras, alguns artigos discutem estratégias para busca efetiva [Lewis, 1998], critérios de qualidade [Silberg et al, 1997; McKay e Sutton-Curr, 1997; Welsh, 1998] e guias de avaliação [Eng et al, 1999].

Os críticos, em geral, questionam a qualidade das informações de saúde. Pesquisas limitadas indicam que muito é inacurado e que a maior parte é caracterizada como especulativa e constituída de apresentações básicas de "como fazer" [Cline e Haynes, 2001].

Alguns visualizam uma relação mais forte resultando de uma melhor educação dos consumidores, melhor preparados para interagir com os provedores [Cline, 2003].

Das várias ferramentas desenvolvidas para avaliação dos conteúdos, nenhuma demonstrou confiabilidade e validade [Ademiluyi, 2003].

Em relação ao julgamento pelos usuários, verificou-se que a fonte é julgada mais confiável quando a informação é completa quando comparada com instâncias onde a informação é incompleta. A presença de jargão científico na versão incompleta não tem impacto na credibilidade da fonte, sugerindo que o receptor da mensagem está atento ao conteúdo da mensagem, assegurando-se que os elementos relevantes da mensagem estejam presentes [Dutta-Bergman, 2004].

A utilização para grupos fechados para discussão também tem sido avaliada. Lorig et al [2002] realizaram estudo para determinar se a internet pode ser usada para promover melhora do estado de saúde e da utilização dos cuidados em saúde. O estudo foi conduzido com pacientes portadores de lombalgia crônica (580 pessoas de 49 Estados), que também recebiam um livro e um vídeo. No resultado, verificou-se que, após um ano, comparado com os controles, os pacientes apresentaram melhora significativa nas dores, na incapacitação, nas funções sociais e no estresse relacionado à saúde. As consultas ao médico e as internações declinaram.

A conclusão do estudo é que um grupo de discussão por e-mail pode afetar positivamente o estado de saúde e a utilização dos cuidados em saúde.

I.2.4.4- Avaliação das formas de intervenção

De uma forma geral, o que as pesquisas sobre essas e outras intervenções mostram é que quando pacientes e/ou familiares são mais bem informados e preparados fazem menos e melhor uso do tempo do profissional de saúde e não o oposto.

Por exemplo, estudos randomizados do “Arthritis Self-Management Programme” (ASMP) mostram que estes pacientes fazem um menor e melhor uso do tempo do profissional de saúde ao invés da situação oposta, tão temida pelos profissionais [Barlow et al, 2000**;** Lorig et al, 2002]. Shaw e Baker [2004] encontraram nestes pacientes uma redução de 42-44% de visita aos médicos.

Anderson e Sharpe [1991] numa revisão de seis intervenções para treinamento dos pacientes para se comunicar mais efetivamente com seus médicos verificaram que as várias formas de intervenções foram benéficas, mas que havia poucos estudos para fazer comparações entre as diferentes formas de intervenções.

Roter et al [1998] numa metanálise revisando 153 estudos realizados entre 1979 e 1994 procuraram determinar a efetividade de diferentes estratégias de intervenções que

visavam ampliar a aderência às prescrições médicas. As estratégias em geral se mostraram úteis, mas não foi possível estabelecer diferenças significativas na efetividade das várias estratégias adotadas.

Harrington et al [2004] realizaram uma revisão sistemática da literatura [1966–2001] examinando estudos de intervenções destinadas a aumentar a participação dos pacientes nas consultas. Vinte e cinco artigos descrevendo vinte estudos preencheram os critérios de inclusão.

Os estudos foram predominantemente conduzidos em pacientes ambulatoriais de cuidados primários e, metade das intervenções resultaram numa participação aumentada dos pacientes. No entanto, apenas duas reportaram um aumento significante na formulação de questões. A satisfação dos pacientes foi o resultado mais freqüentemente mensurado mas, pouca melhora significativa foi verificada. Entretanto, houve significativa melhora em outros quesitos, como percepção do controle sobre a saúde, preferências por um papel ativo nos cuidados em saúde, fixação das informações, aderência às recomendações e evolução clínica. Poucos estudos examinaram a ligação entre as características dos pacientes e o sucesso das intervenções.

Como conclusão, ponderam que no presente, parcialmente devido à diversidade das intervenções, existem evidências insuficientes para conclusões sobre que formas de intervenção têm mais sucesso e em quais contextos, embora haja evidências que intervenções face-a-face sejam mais efetivas do que intervenções escritas. Isto coloca a questão quanto ao que é prático, comparado com o que é efetivo, que é importante se o objetivo final é a busca de intervenções para serem usadas rotineiramente. Questões financeiras e de outros recursos, implicados no desenvolvimento e implementação das intervenções precisam ser considerados e mais ênfase precisa ser colocada na comparação da efetividade de diferentes formas de obter uma evolução particular.

Como sugestões, propõem que:

- Precisa ser determinado se respostas às intervenções são moderadas pelas características dos pacientes e indentificar quais pacientes podem obter maior benefícios de uma intervenção em comunicação;
- embora difícil e custoso, o impacto das intervenções em evoluções clínicas de longo prazo precisam ser acessadas [Harrington et al, 2004].

Para finalizar este tópico, é importante ressaltar que há todo um movimento mundial voltado para a questão dos direitos e da educação dos pacientes.

Um fórum importante foi a conferência do Futuro Paciente que teve lugar em 14-15 Novembro, 2002 em Bruxelas, Bélgica, e reuniu pacientes e cidadãos representativos, provedores de saúde, formuladores de política, representantes da indústria e

pesquisadores, para discutir uma ampla gama de questões relacionadas a fortalecimento do poder dos pacientes e maior envolvimento na formulação das decisões em saúde.;

Foi organizada conjuntamente por "Active Citizenship Network, "the Institute for Public Policy Research" (IPPR), "the International Alliance of Patients Organizations" (IAPO), "the Picker Institute Europe", e "Merck Sharp & Dohme" (MSD) [Coulter e Magee, 2003].

A conferência produziu uma Carta de direito dos pacientes, bem como os fatores-chave para envolvê-los nas políticas e decisões em saúde.

Carta Européia de direito dos pacientes

• O direito a um serviço apropriado para prevenir doença;
• O direito a acessar os serviços de saúde que sua saúde requeira;
• O direito a acessar informação;
• O direito a consentir;
• O direito à livre escolha;
• O direito a privacidade e confidencialidade;
• O direito ao respeito pelo seu tempo;
• O direito à observância dos padrões de qualidade;
• O direito a segurança;
• O direito a acessar procedimentos inovadores;
• O direito a evitar sofrimento e dor desnecessários;
• O direito a tratamento personalizado;
• O direito a reclamar e,
• O direito a compensação.

Fatores-chave para encorajar maior envolvimento público em políticas e decisões em saúde

• O público em sentido amplo precisa ser envolvido em influenciar as tomadas de decisão sobre políticas de saúde e campos prioritários.
• Grupos de pacientes devem ter um papel a desempenhar, mas existe o risco que os grupos com mais voz tenha maior influência; os interesses de todos os pacientes devem ser levados em conta.
• Mecanismos genuínos de consulta devem existir – isto deve ser mais que simplesmente um exercício de "assinar em baixo" depois que as decisões reais já tenham sido tomadas pelas autoridades.
• Todo governo e agências médicas devem ter pessoas leigas envolvidas nos organismos de tomada de decisões, pois os valores sociais são também uma parte da equação.

• Códigos e legislação sobre os direitos dos pacientes são de grande valia e devem ser amplamente promovidos. Eles devem ter sanções e levar a ações claras que possam ser monitoradas e mensuradas.
• Política de saúde deve ser mais amplamente definida para incluir não só os serviços de saúde, mas, também, cuidados preventivos e educação, assim como, determinados fatores como pobreza.

I.2.5- Fatores ou características dos pacientes (e profissionais) que interferem na comunicação e no vínculo

Diversos estudos têm se voltado para a determinação de certas características dos participantes do encontro médico que podem interferir no vínculo e na comunicação. Vou focalizar alguns tópicos que tem merecido, pela sua relevância, uma atenção especial: consultas pediátricas, gênero, alfabetização em saúde e pacientes "difíceis de ajudar".

I.2.5.1- Consultas Pediátricas

A consulta pediátrica difere de outras pelo fato que há três pessoas envolvidas, isto é, um encontro entre dois adultos, usualmente o médico e a mãe e uma criança (paciente).

O que se verifica é que usualmente, as crianças participam minimamente nos encontros. Neste sentido podem ser considerados como um grupo marginalizado, com características em comum com os idosos e aqueles que falam uma língua diferente do médico [Epstein et al, 2002].

I.2.5.1.1- Investigações

Os estudos mostram que na conversação com uma criança enquanto paciente, esta é freqüentemente ignorada tanto pelo médico como pelo genitor [van Dulmen, 2002] e que, pais, independente da idade da criança tendem a tentar controlar a situação, interferindo na interação médico-crianca. Por outro lado, os médicos estão mais inclinados a envolver crianças mais velhas mais diretamente na interação médica [Tates et al, 2002].

Embora os primeiros estudos da comunicação médico-paciente tiveram lugar num cenário pediátrico [Korsch et al, 1968], é surpreendente que o papel específico da criança no diálogo médico não tenha sido considerado ponto de interesse. As pesquisas se focaram principalmente na interação diádica entre adultos. Mesmo no caso da tríade médico-parente-criança, a contribuição da criança é freqüentemente ignorada.

"Em pediatria paciente se refere ao familiar do paciente, mais comumente à mãe. Conseqüentemente o paciente e o parente podem ser referidos intercambiadamente.. Estudos de revisão conferem pouca importância à comunicação médico-criança ou à influência do terceiro participante" [Korsch et al, 1985 *apud* Tates e Meeuwesen, 2001].

Existem, entretanto indicações tanto teóricas como clínicas que o papel da criança no diálogo merece uma atenção especial. Crianças parecem estar aptas a entender mais sobre conceitos de saúde e doença do que geralmente é assumido [Lewis e Colland, 1990; Holtzheimer e Hosli, 1998 *apud* Tates e Meeuwesen, 2001]. Já foi repetidamente demonstrado que uma comunicação mais direta entre o médico e a criança contribui para uma melhor relação em termos de satisfação com os cuidados, aderência ao tratamento e melhor evolução [Pantell; Colland, 1990 e Holtzheimer *apud* Tates e Meeuwesen, 2001] Estudos tem demonstrado que as crianças desempenham um papel muito mais ativo na interação com os adultos do que tem sido assumido [Elbers e Hoogsteder, 1995 *apud* Tates e Meeuwesen, 2001]. Conseqüentemente o papel da criança na consulta médica deve ser tão importante quanto o do genitor e tem sido cada vez mais percebido que a própria criança deve ser envolvida em decisões sobre seus próprios cuidados em saúde [Alderson; Rylance e Hart *apud* Tates e Meeuwesen, 2001].

O papel da criança na comunicação médica foi pouco estudado. As pesquisas se focam geralmente na interação médico-genitor ao invés da comunicação médico-criança e pouca atenção é dada ao papel específico da criança. Quando os estudos revistos lidam com a contribuição específica da criança, retratam o estereótipo da participação da criança, sendo restrito à provisão de informação médica e à manutenção de uma "relação brincalhona" com o médico...Mesmo que o médico dirija uma quantidade considerável de fala à criança, raramente discute questões de condutas e cuidados com as crianças, mesmo crianças mais velhas ou mesmo adolescentes [Tates e Meeuwesen, 2001].

Tates e Meeuwesen [2001] fizeram uma revisão para verificar a situação da pesquisa em comunicação médico-parente-criança e explorar o papel da criança na interação médica. Uma das conclusões é de que o tema foi insuficientemente estudado e outra, adicional, é que a maioria dos estudos revisados ignora as conseqüências da presença da criança na consulta médica assim como a necessidade de análise triádica. Por exemplo, uma grande correlação entre a satisfação dos pais e o comportamento afetivo em relação a pais preocupados foi verificada, contudo, surpreendentemente, o tema da satisfação e aderência da criança em relação ao processo da comunicação médica não é um tópico de interesse.

I.2.5.1.2- Recomendações

Um ponto importante, ressaltado por Tates et al [2002] é o aspecto pedagógico da interação médico-genitor-criança, que deve ser entendida tanto em termos de relação provedor-paciente quanto em termos de relação pedagógica. As crianças devem aprender a lidar com sua própria doença e, sendo assim, parte do objetivo da interação médica é criar um ambiente de desenvolvimento que ofereça à criança a oportunidade de aprender como participar dos encontros médicos e como aprender a lidar com sua própria doença [Tates et al, 2002].

A criança precisa ser tomada a sério e precisa ser considerada como um participante inteligente, capaz e cooperativo, com suas próprias necessidades cognitivas e emocionais.

As consultas pediátricas são particularmente desafiadoras em requerer que o médico esteja engajado numa dança com não um, mas ao menos dois parceiros – e o médico precisa ser hábil para às vezes conduzir e às vezes seguir os outros [Tates e Meeuwesen, 2001].

Do ponto de vista da pesquisa, análises triádicas são indispensáveis para expor a dinâmica da comunicação médica triádica. Futura pesquisa precisa focar nas implicações da presença de um terceiro participante na metodologia usada e tentar desenvolver um terreno conceitual para análise das comunicações médicas triádicas como a relação médico-genitor-criança. Da mesma forma é necessário combinação de pesquisa quantitativa e qualitativa. Muito recomendada também pesquisa em comportamento não-verbal, área que está ainda muito pouco desenvolvida na comunicação médico-genitor-criança [Tates e Meeuwesen, 2001].

I.2.5.2- Gênero

As diferenças de gênero têm merecido crescente atenção nas investigações em diferentes campos de estudo. Esta é uma questão complexa abordada a partir de diferentes perspectivas. Quais as diferenças ligadas à construção sócio-cultural dos papéis e quais têm implicações em características constitucionais? As mudanças nos papéis observadas ao longo das últimas décadas aumentam ainda mais as dúvidas e interrogações. Estas mudanças têm se refletido no campo da saúde

I.2.5.2.1- Gênero e medicina

Os profissionais

Brink-Muinen [2002] considera que gênero é um dos fatores que exerce uma influência importante na comunicação, além de idade, educação, etnicidade e tipo dos

problemas de saúde, especialmente problemas de saúde mental. Diferenças de gênero se refletiram, tradicionalmente, nas hierarquias profissionais (médicos=homens, enfermeiros=mulheres) [Foss e Sundby 2003].

O panorama tem sofrido algumas mudanças e, com a contínua feminização dos cuidados médicos no mundo ocidental, torna-se ainda mais importante conhecer como médicos e médicas se comunicam com seus pacientes homens e mulheres. Brink-Muinen [2002] pondera que, especialmente, consultas de médicas e pacientes homens serão muito mais comuns no futuro.

Conseqüentemente, segundo este autor, gênero deve ser sistematicamente incluído na pesquisa em cuidados de saúde. Além da pesquisa e do conhecimento, é importante que este conhecimento seja aplicado na educação médica, práticas e políticas médicas que possam resultar em uma atenção aos cuidados em saúde sensível ao gênero.

Não há razão para acreditar que as implicações de gênero são menos importantes nos cenários de atendimento que no resto da sociedade. Foss e Sundby [2003] consideram que o impacto do gênero em determinar a qualidade dos cuidados em saúde tem sido significativamente negligenciado

Um debate que tem se travado nesse campo é sobre se médicas provêem um campo mais intensamente terapêutico a seus pacientes do que médicos. A natureza do debate está ancorada numa suposição de que as mulheres parecem ser um tipo diferente de estímulo do que são os homens nas interações sociais e isto pode aplicar-se também na situação clínica.

Roter et al [2002] consideram que dada a relevância do tema, há ainda poucos trabalhos abordando o assunto. Numa revisão da literatura do período de 1965-2001 que realizaram, abordando o tema, identificaram 22 estudos que tratavam do efeito do sexo do médico na comunicação.

Numa metanálise de estudos levantados no período de 1967-2000 que investigavam a relação entre o gênero do médico e a comunicação do paciente nas consultas médicas, Hall e Roter [2002] levantaram sete estudos observacionais (em cinco dos estudos, os médicos atuavam na clínica geral ou como médicos de família e em dois dos estudos, atuavam em obstetrícia/ginecologia).

No principal, segundo avaliação de Hall e Roter [2002], as diferenças dos estilos de comunicação de médicos e médicas correspondem bem com as diferenças de comunicação que são extensivamente documentadas na população geral. Comparadas com homens, as mulheres aparecem como mais emocionalmente expressivas tanto em comunicação verbal como não verbal.

Contudo, um achado curioso é que as obstetras-ginecologistas não diferem de seus colegas homens em um número de comportamentos e em algumas situações, o comportamento está mesmo invertido quanto ao observado nas outras situações clínicas [Roter e Hall, 2001; Roter, 2002].

De uma forma mais geral, as conclusões que predominam nos diferentes trabalhos é que profissionais de saúde do sexo feminino em relação aos do sexo masculino geralmente tendem a:

- Conduzir consultas mais longas [Hall e Roter 2002; Street Jr, 2002];
- colher e fornecer mais informação [Roter 2002; Hall e Roter 2002];
- se engajar de forma mais ativa na construção da parceria [Street Jr, 2002 Hall e Roter, 2002];
- ser menos diretivas [Street Jr, 2002];
- expressar mais interesse nos aspectos psicossociais da saúde (por exemplo, emoções, estilo de vida, família) [Street Jr, 2002; Brink-Muinen et al, 2002];
- fornecer mais informação psicossocial a seus pacientes. [Brink-Muinen et al, 2002; Hall e Roter, 2002];
- ser mais explicitamente reasseguradoras e encorajadoras [Street Jr, 2002; Roter e Hall, 2001];
- ser mais eficientes para detectar os sentimentos dos pacientes, incluindo conteúdos não expressos e conflitos [Brink-Muinen et al, 2002];
- mais afetivas e neste sentido mais sensíveis às necessidades dos pacientes [Roter et al, 2002; Roter e Hall, 2001; Meewesen et al, 2002];
- afirmar com mais freqüência que gostam de seus pacientes mais que os médicos [Hall et al, 2002];
- produzir mais fala emocionalmente focada [Hall e Roter, 2002];
- exibir mais comportamento não verbal positivo [Hall e Roter, 2002].

Os pacientes

A variação do comportamento dos pacientes em relação ao contato com profissionais do sexo masculino ou feminino, também tem sido objeto de estudo. Os dados de uma forma geral têm apontado que:

- Pacientes em geral falam mais às médicas do que aos médicos [Street Jr, 2002; Roter e Hall, 2001];
- fornecem mais informação biomédica e psicossocial [Brink-Muinen et al, 2002; Hall e Roter, 2002];
- fazem mais afirmações positivas [Brink-Muinen et al, 2002; Hall e Roter, 2002];

- são mais assertivos com as médicas e tendem a interrompê-las mais [Hall et al, 2002];
- gostam mais de médicas do que dos médicos [Hall et al, 2002];
- os pacientes de médicas pontuam suas médicas como gostando deles mais que pacientes de médicos [Hall et al, 2002];

Meeuwesen et al [2002] reportam que na Holanda, os achados sugerem que se os pacientes podem escolher entre médicos e médicas, um número substancial prefere as médicas.

Hall e Roter [2002] ponderam que o principio da reciprocidade leva a esperar que pacientes tratem seus médicos da mesma forma que são tratados por eles. Vale dizer, que o comportamento dos pacientes para com o médico e a médica correrá paralelo a como cada um destes profissionais se comporta.

Todos estes dados, entretanto, não encontram confirmação geral. Foss e Sundby [2003] não encontraram diferença significativa no comportamento de médicos e médicas.

Em relação aos pacientes, Detmar et al [2000] em pesquisa que tentaram averiguar o interesse dos pacientes em abordar temas psicossociais, encontraram em relação ao gênero um dado curioso: as mulheres estavam menos interessadas que os homens em discutir sua vida social ou familiar com seus médicos. Uma possível explicação que os autores tentam dar para este dado inesperado é que as mulheres podem estar mais inclinadas a discutir estes assuntos com suas redes sociais informais (as mulheres com câncer têm redes sociais de suporte muito maiores que os homens).

Da mesma forma, conforme já foi citado, Roter et al [2002] encontraram que, ao contrário do que ocorre em consultas de outras especialidades, durante as visitas pré-natais, as médicas realmente gastavam menos tempo com suas pacientes, se engajavam menos em comunicação facilitativa e apresentavam menos expressões de preocupação do que os médicos

Observações da interação de médicos com pacientes esperando cirurgia mostram que os médicos estão menos disponíveis a responder perguntas, fornecer informações técnicas e oferecer alternativas de tratamento a pacientes do sexo feminino [Foss e Sundby 2003].

Há trabalhos relatando comportamento semelhante por parte das enfermeiras. McDonald e Bridge [1991] descrevem um experimento no qual foi solicitado a enfermeiras que formulassem um plano de cuidados na base de descrições de caso, apresentando o mesmo paciente, alternadamente como homem e mulher. Pacientes mulheres recebiam menos analgésicos e as enfermeiras disponibilizavam menos tempo para elas para suporte emocional.

Outros estudos mostram que pacientes homens recebem, no pós-operatório, mais analgésicos e que as mulheres são consideradas mais queixosas.

Vários estudos indicam que enfermeiras descrevem pacientes mulheres menos positivamente que pacientes homens [Foss e Sundby, 2003].

Em relação à forma dos pacientes reagirem à doença, Enzlin et al [2002] em trabalho verificando o ajustamento de pacientes com diabetes tipo I verificaram que homens e mulheres diferem nas estratégias de enfrentamento: os homens usam mais enfrentamento ativo, menos evitação, menor procura de suporte social e menos enfrentamento depressivo. Apesar destas diferenças o controle glicêmico não é significativamente melhor nos homens que nas mulheres.

I.2.5.2.1.1- Gênero e equipe de saúde

Roter [2003] considera a existência de uma miopia que volta o foco das investigações quase exclusivamente para os médicos, estudados mais freqüentemente que qualquer outro profissional de saúde. Os familiares e os amigos, presentes nas visitas médicas também são amplamente ignorados nos estudos em comunicação, como se não tivessem qualquer importância. A maioria dos estudos em comunicação centra-se na figura do médico e geralmente um médico homem, branco, e lidando com pacientes ambulatoriais. Sobre os familiares, parentes e amigos, não consegui de fato localizar trabalhos que tratassem do tema. Quanto à equipe de saúde, um trabalho realizado na Suécia, traz alguns dados interessantes que levantam alguns questionamentos em relação ao que tem sido descrito tanto em relação a pacientes como em relação aos profissionais de saúde.

O trabalho foi realizado com entrevistas não estruturadas aplicadas a profissionais de medicina, enfermagem e auxiliares de enfermagem de ambos os sexos.

Um dado curioso é que, apesar de algumas diferenças entre as categorias profissionais, todos descrevem as pacientes como mais solicitantes que os pacientes.

Médicos (de ambos os sexos) descrevem as pacientes mais idosas como mais difíceis. Os profissionais médicos descrevem pacientes mulheres como difusas na apresentação de seus sintomas. Referem conversas sobre coisas não relacionadas à tarefa ocorrendo durante a consulta, desta forma gastando mais do tempo do médico, como observamos neste relato:

> "É incrível como as mulheres falam sobre coisas não essenciais e assim consomem tempo...Os pacientes com dores inespecíficas são seguramente principalmente mulheres. Os homens mesmo quando têm problemas difusos não lhes dão tanta importância…

> Estou falando particularmente de um grupo de mulheres mais velhas, acima dos 60. Elas tomam muito tempo porque trazem muitas coisas difusas, irrelevantes…" (surpreendentemente, este relato á de uma médica)

Perda de tempo foi descrito como um problema que os médicos experienciam com pacientes mulheres, especialmente com mulheres idosas, principalmente porque elas usam muito tempo falando sobre coisas consideradas não-essenciais e irrelevantes.

Da mesma forma que com os profissionais médicos, os profissionais de enfermagem consideram os homens mais fáceis e também se referem à idade das pacientes como um fator importante, mas aqui a frustração é dirigida para as paciente jovens que são descritas como menos dispostas a ouvir a equipe de enfermagem.

Um tema recorrente é que os pacientes homens fazem as enfermeiras se sentirem importantes e mostram gratidão.

A interação entre paciente homem e enfermeira já foi descrita como um tipo de flerte. Embora os enfermeiros homens, obviamente não descrevem nenhum tom de flerte com os pacientes homens eles também descrevem as enfermarias masculinas como tendo um 'tom mais leve'.

No entanto, mesmo se as pacientes são descritas como consumidoras de tempo, elas são ao mesmo tempo descritas (por todas as categorias) como mais fáceis de se comunicar que os homens quanto a questões difíceis como um sério diagnóstico. Por outro lado, pacientes mulheres jovens são descritas como mais capazes para formular questões e mais conscientes de seu direito a ser ouvidas, enquanto homens, independente da idade são comumente descritos como preferindo ficar sob controle e deixar a equipe tomar as decisões.

Os autores demonstram surpresa pelo fato do sexo da equipe fazer tão pouca diferença e tentam adiantar uma possível explicação. Sugerem que, um mecanismo subjacente a este achado seja que a mudanças de papel e status convertem o poder em novas formas não mais ligadas a gênero. Dessa forma, mesmo se o numero de médicas cresceu, são ainda os valores e a racionalidade masculinos que determinam os padrões dos hospitais (pelo menos dos hospitais escandinavos, objeto da pesquisa). O que se coloca, então, é que duas diferentes concepções de realidade colidem quando o papel tradicional das mulheres encontra o moderno e eficiente papel do médico. Aos olhos do médico as pacientes mulheres se comportam "fora-do-contexto".

Hospitais são organizados por homens, como pontuou um dos médicos da pesquisa:

> "Nosso sistema - e estas rápidas visitas, são desenhados para que nós médicos possamos fornecer informação rápida e firme. Eles foram planejados por homens e eles não são compatíveis com sentar-se e ficar envolvido, e isto realmente significa que não há tempo para comunicação feminina".

Uma questão adicional parece ser que, os profissionais de saúde aceitam mais facilmente o paciente com papel de mais poder quando exercido por homens do que quando por mulheres. Por outro lado, as enfermeiras discriminam entre médicos e médicas. As médicas são vistas com menos respeito e menos ajudadas do que os médicos.

Entretanto, o que se observa é que tem havido uma mudança geral no papel de paciente de passivo e subordinado a ativo e participante. Pacientes jovens especialmente estão mais conscientes de seus direitos e esperam participar nas decisões relacionadas a tratamento e cuidado [Foss e Sundby, 2003].

I.2.5.3- Alfabetização em Saúde

Alfabetização em saúde (Health Literacy) é definida pelo "National Health Education Standards" [Joint Committee on National Health Education Standards, 1995] como a "capacidade de um indivíduo obter, interpretar e compreender informações e serviços básicos em saúde e utilizar esta informação e serviços de forma que sejam favoráveis para sua saúde" isto inclui a habilidade de compreender instruções em embalagens de medicamentos, marcação de consultas, folhetos de educação médica, orientação do médico e consentimento informado e a habilidade para negociar as complexidades do sistema de saúde. Evidentemente, não é simplesmente a habilidade de ler. Requer um grupo complexo de habilidades de leitura, escuta, análise e tomada de decisões e a capacidade de aplicar estas habilidades às situações de saúde. Ela não é necessariamente relacionada com os anos de educação ou as habilidades de leitura em geral.

Uma pessoa que funciona adequadamente em casa ou no trabalho pode ter uma literacia inadequada ou marginal em ambientes de cuidados em saúde.

Os pacientes são freqüentemente confrontados com informações e decisões de tratamento complexas. Algumas das tarefas básicas requeridas dos pacientes incluem avaliar informações de credibilidade e qualidade, analisar riscos e benefícios relativos, calcular doses, interpretar resultados de exames ou localizar informações em saúde (o que hoje em dia pode também incluir a habilidade para a busca na Internet e a avaliação dos saites da rede).

I.2.5.3.1- Investigações no campo

As pesquisas que têm sido realizadas dão conta da magnitude e da extensão do problema que muitas vezes é desconsiderado:

William et al [1995] chamam a atenção para o fato de que muitos pacientes em nossas instituições não conseguem desempenhar as tarefas de leitura básica requeridas para funcionar num cenário de cuidados em saúde. Alfabetização em saúde inadequada pode ser uma importante barreira para que os pacientes compreendam seus diagnósticos e tratamentos e para que recebam cuidados de alta qualidade.

Essa conclusão está apoiada em pesquisa que realizaram para determinar as habilidades dos pacientes para completar com sucesso a leitura básica e enumeração das tarefas requeridas para funcionar adequadamente nos cenários de atenção em saúde. O estudo examinou 2659 pacientes, predominantemente indigentes e de minorias (1892 de fala inglesa e 767 de fala hispânica) que buscavam cuidados para condições agudas. A alfabetização funcional em saúde foi mensurada pelo "Test of Functional Health Literacy in Adults" (TOFHLA), um instrumento que mede a habilidade para ler e compreender instruções médicas e informações de cuidados em saúde.

Uma alta proporção de pacientes era inábil para ler e compreender instruções médicas básicas escritas.

Dos 2659 pacientes, 1106 (41.6%) eram incapazes de compreender orientações de tomada de medicações com estômago vazio, 691 (26%) eram incapazes de entender informações a respeito de quando uma próxima consulta estava agendada e, 1582 (59.5%) não compreendiam um documento estandardizado de consentimento informado. Um total de 665 (35.1%) de 1892 pacientes de fala inglesa e 473 (61.7%) de 767 de fala hispânica tinha alfabetização funcional em saúde inadequada ou marginal. A prevalência de alfabetização funcional em saúde inadequada ou marginal entre os idosos (idade >ou= 60 anos) era de 81.3% (187/230) para pacientes de fala inglesa e de 82.6% (57/69) para pacientes de fala hispânica e era significativamente mais alta que nos mais jovens.

Gazmarian et al [1999] partindo da hipótese de que pacientes idosos podem ter uma habilidade limitada de ler e compreender educação médica pertinente testaram com o "Short Test of Functional Health Literacy in Adults" 3260 pacientes com 65 anos ou mais. 33,9% dos pacientes de fala inglesa e 53,9% de fala hispânica apresentaram alfabetização funcional em saúde marginal ou inadequada.

Baker et al [2002] analisando se uma alfabetização em saúde funcionalmente marginal ou inadequada era um fator independente para o risco de internação, encontraram, após ajustamento para outros fatores, que ela aparece como responsável por aumentar o risco de admissão no hospital em 50%.

Schillinger et al [2004] reportam que a alfabetização em saúde está independentemente associada com problemas no controle glicêmico e complicações do diabetes numa população de pacientes de hospital público.

I.2.5.3.2- Revisão Geral e Recomendações

Numa ampla revisão no campo, para examinar as razões e as conseqüências da alfabetização insuficiente em saúde, caracterizar suas implicações para pacientes e médicos e identificar questões de política e pesquisa, o "Committee on Health Literacy" da "American Medical Association Council on Scientific Affairs" constituiu uma comissão de 12 membros selecionados como *experts* no campo, ligados às diversas áreas: medicina clínica, serviços de pesquisa em medicina e saúde, educação médica, psicologia, alfabetização de adultos, enfermagem e educação em saúde. Foi realizada uma revisão extensa da literatura (1966-1998) na área [Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association, 1999].

O consenso entre os membros do comitê foi alcançado através da revisão de 216 artigos publicados e manuscritos adicionais não publicados e conferências por internet e telefone. As conclusões, aprovadas por todos os membros do comitê foram: pacientes com alfabetização inadequada em saúde têm um conjunto de dificuldades de comunicação que podem interagir para influenciar a evolução em saúde. Estes pacientes reportam pior estado de saúde e têm menor compreensão sobre suas condições médicas e tratamentos. Estudos preliminares indicam que alfabetização em saúde inadequada pode aumentar o risco de hospitalização. A recomendação formulada pela comissão é que a conscientização dos profissionais e do público a respeito da questão precisa ser ampliada, começando com a educação dos estudantes e profissionais de medicina e a promoção de programas que aperfeiçoem as habilidades de comunicação médico-paciente.

Quanto à direção das futuras pesquisas, a recomendação é que o foco deveria estar dirigido para a otimização dos métodos para identificação dos pacientes com alfabetização em saúde insuficiente, técnicas efetivas de educação em saúde, evolução e custos associados com alfabetização em saúde deficiente e a identificação dos mecanismos através dos quais a alfabetização em saúde insuficiente influencia a saúde.

I.2.5.4- Pacientes "difíceis de ajudar"

O campo da comunicação médico-paciente tem sido amplamente estudado tentando detectar quais fatores ligados a características da doença ou da personalidade do paciente e do médico interferem na comunicação e conseqüentemente na relação. As

relações médico-paciente, em geral são vulneráveis a problemas de comunicação que podem se acentuar particularmente quando médicos e pacientes estão envolvidos em situações emocionalmente dolorosas e desafiadoras.

Steven R. Hahn [2001] considera que ao lado destas situações "difíceis" situadas no campo dos desafios esperados e aceitos como relacionados à prática da medicina, existem situações que estima em 10% a 20% que provocam um nível de estresse no médico que transcende os níveis esperados e aceitos de dificuldade. Os médicos, na clínica geral, têm dificuldade de cuidar de aproximadamente um entre seis pacientes. Além de produzir disforia em seus médicos, estes pacientes estão menos satisfeitos com o cuidado que recebem e são grandes utilizadores dos serviços médicos. Utilizando o "Difficult Doctor Patient Relationship Questionnaire" (DDPRQ-10) criado por ele e validado nos Estados Unidos e na Holanda, estudos demonstraram que a característica mais importante da dificuldade experienciada pelos médicos é que ela é evocada por pacientes que possuem três características: transtornos mentais, estilo abrasivo de personalidade e múltiplos sintomas físicos (freqüentemente somatoformes).

Comparados com pacientes não-difíceis, os pacientes difíceis têm:

- o dobro da prevalência de desordens psicopatológicas significativas (67% vs. 35%);
- 90% dos pacientes difíceis têm um estilo abrasivo de personalidade ou uma desordem patológica da personalidade e,
- maior incidência de sintomas físicos múltiplos.

Em contraste com estas três características, que estão fortemente associadas com a dificuldade experienciada pelos médicos, as características demográficas, as doenças físicas não distinguem pacientes que são experienciados como difíceis.

Sharpe et al [1994] comentando estudos nos quais são examinadas as características dos pacientes sobre os quais os profissionais se sentem "perturbados" [Crutcher; Bass, 1980 *apud* Sharpe et al, 1994], "frustrados" [Lin, et al, 1991], "desesperançados" [O'Dowd, 1988 *apud* Sharpe et al, 1994] ou mesmo "enraivecidos" [Groves, 1978 *apud* Sharpe et al, 1994], sugerem que para melhorar efetivamente o cuidado dos pacientes uma visão mais ampla e construtiva dessas dificuldades é requerida. Propõem, então, a partir de sua experiência, o conceito de pacientes percebidos pelo médico como *difíceis de ajudar*. Esta nova aproximação, em seu entender, deslocaria o foco do problema das emoções negativas do médico para os problemas da prática clínica e seu gerenciamento.

Num estudo em que aplicam o conceito de *difícil de ajudar* em três clínicas ambulatoriais, tentam estabelecer como três principais objetivos:

- a proporção dos atendimentos que o consultante considera *difícil de ajudar* e determinar, através de investigação com questionário os fatores dos pacientes associados;
- investigar as causas das dificuldades tanto com os médicos como com os pacientes, perguntando, através de entrevista estandardizada, sobre a doença e seu gerenciamento e,
- diferenças entre pacientes *difíceis de ajudar* e pacientes controles "não difíceis" investigados num desenho caso-controle.

Uma questão que é útil seja examinada, a partir destes dados é essa nova categorização que passa a ser sugerida: *pacientes difíceis* ou *pacientes difíceis de ajudar*. Quais as vantagens e desvantagens da utilização dessa categorização que tem sido sugerida por diversos autores?

Embora Steven R. Hahn [2001] reconheça que as expressões "paciente experienciado como difícil" e "dificuldade experienciada pelo médico" são mais adequadas para categorizar estas situações, na medida em que situam a dificuldade na relação entre o médico e o paciente, contemplando desta forma as evidências que indicam que as características dos médicos influenciam as dificuldades, ele considera que a categoria *paciente difícil* legitima a experiência subjetiva dos médicos que cuidam de pacientes com estas características, sendo também reconhecível e compreensível intuitivamente. Conseqüentemente, utiliza a expressão *paciente difícil* ao lado das expressões *paciente experienciado como difícil* e *dificuldade experienciada pelo médico*. Apresenta para isto três razões:

- as características dos pacientes determinam significativamente quais pacientes são experimentados como difíceis e quais não;
- a expressão *paciente difícil* é comumente usada e prontamente reconhecida e portanto dispensa exploração;
- a legitimação da experiência de dificuldade do médico é o primeiro passo para facilitar respostas terapêuticas apropriadas a estas dificuldades.

Sharpe et al [1994], por outro lado, ponderam que a expressão *pacientes que o médico percebe como 'difíceis de ajudar'* seria de utilidade, na medida em que deslocaria o foco do problema das emoções negativas do médico (confusão, angústia, frustração, ódio etc) para os problemas da prática clínica e seu gerenciamento

Os argumentos apresentados por Hahn [2001] quanto às vantagens da utilização da categoria "paciente difícil" merecem uma análise cuidadosa: inicialmente é colocado que a expressão "paciente difícil" é legitimada pelo fato de que "as características dos pacientes determinam significativamente quais pacientes são experimentados como difíceis e quais não". Esta é uma conclusão bastante discutível, na medida em que poderia, da mesma forma, ser postulado que, as características dos médicos determinam significativamente quais pacientes são experimentados como difíceis. Poderíamos ir além e avançar a hipótese que as próprias características da medicina, da forma como é ensinada e praticada podem contribuir para determinar esse resultado.

Quanto ao ponto de que a expressão *paciente difícil* legitima a experiência dos médicos, podemos indagar o quanto isto é desejável. O que estamos legitimando ao denominar a experiência vivenciada no vínculo como sendo a de um *paciente difícil*? Não estamos na realidade afirmando que a dificuldade se localiza no paciente e não na relação?

A denominação de fato vai ao encontro da vivência subjetiva do profissional, que fica legitimada, mas não como vivência subjetiva e sim no sentido de conferir-lhe uma objetividade que embora possa trazer algum grau de satisfação ao profissional, pode fortalecer a confusão sujeito-objeto que é uma questão importante no campo da medicina. Nesse caso, o médico poderá confundir a sua vivência subjetiva com um dado objetivo e isto tem importantes implicações, na medida em que legitima uma distorção já fortemente cristalizada.

Há uma tendência geral na medicina construída com base no modelo biomédico a desconsiderar ou mesmo desprezar de forma ampla as vivências subjetivas, tentando transformá-las em vivências objetivas. Não há nada mais irritante para os médicos em geral do que, por exemplo, um paciente que apresente dores que não tem uma correspondência fisiopatológica estabelecida. A título de ilustração apresento o depoimento de um aluno do segundo ano de medicina que estava realizando um treinamento inicial de anamnese destinado a introduzi-lo às técnicas de entrevista e observação dos aspectos da comunicação médico-paciente. Ele considerava totalmente sem sentido e inútil realizar anamnese que contemplasse vivências e experiências do paciente, pois, para ele, "ao invés de se conhecer a realidade da pessoa se conhece a ideologia e a imaginação que para o aspecto clínico e de tratamento fisiológico não é de muita utilidade". O aluno ponderava: "P'ra que ficar interrogando a pessoa sobre as suas vivências? Mesmo em relação às dores e sintomas que a pessoa descreve, como saber se ela está mentindo?". O aluno afirma, então, que "só quando eu tiver acesso aos conhecimentos técnicos e puder realizar os exames necessários vou poder saber se a

pessoa está mentindo através da verificação pelo exame". Como vemos, esse aluno já alimenta a esperança de poder através de métodos objetivos desqualificar não só as vivências subjetivas do paciente, mas o próprio relato dos sintomas por parte do paciente, ao considerar que qualquer relato é pouco digno de confiança e as únicas certezas são as que podem advir de testes e exames "objetivos".

Este é um exemplo em que aparece de forma contundente o descrédito e a desconsideração aos aspectos subjetivos e uma idealização que almeja uma objetivação absoluta. É uma demonstração mais clara de uma postura que, freqüentemente, de formas mais sutis, está incorporada na prática médica. Desta forma, fica colocada a questão: emprestar às vivências subjetivas dos médicos um caráter de objetividade não resultaria numa desqualificação da subjetividade do médico e por extensão do paciente?

Quanto à questão da expressão *paciente difícil* ser reconhecível e compreensível intuitivamente, devemos nos perguntar se esse próprio reconhecimento e facilidade de aceitação não merecem um escrutínio mais cuidadoso. Não é mais fácil ser aceita porque corrobora uma visão já cristalizada? Essa visão deve ser alimentada? Ou, embora mais conflitivo e trabalhoso, seria de utilidade tentar formular a questão de uma forma que cooperasse para uma mudança de mentalidade?

Na prática, verificamos que é muito fácil se deslocar para a rotulação do paciente, mesmo quando alguns cuidados iniciais são tomados. Sharpe e cols. [1994] por exemplo, utilizam a expressão *pacientes "difíceis de ajudar"*, tomando um cuidado inicial de introduzir uma explicitação da vivência subjetiva através da formulação *percebidos como*. No entanto, ao longo do artigo, verificamos que a tendência é gradualmente omitir a questão da percepção e tender para uma rotulação do paciente; o que era inicialmente colocado como a *dificuldade do médico em ajudar os pacientes* se transforma no conceito *dificuldade para ajudar* e em seguida em *paciente "difícil de ajudar"*, passando a definir a pessoa e não a percepção ou a ação.

Só para ilustrar como a tendência é gradualmente deslocar a situação para uma rotulação, podemos observar no artigo que em oito situações a expressão *difícil de ajudar* é utilizada acompanhada de *consideram, percebem como* ou *vêem como* ao lado de 15 situações em que o paciente é simplesmente rotulado, através das expressões *pacientes difíceis*, e *pacientes "difíceis de ajudar"* desacompanhadas de qualquer alusão à experiência subjetiva do profissional.

Isto sugere a presença de tendência a uma inclinação gradual a expressões que omitam a subjetividade, frustrando as intenções e os cuidados inicialmente explicitados pelos autores. Estes cuidados podem ser observados quando Sharpe et al [1994], ressaltam que os conflitos remetem a um choque de subjetividades, e que as dificuldades

dos médicos podem estar associadas a diferenças de opinião entre médicos e pacientes sobre a natureza e etiologia da doença e metas e expectativas do tratamento (a diferença mais comum encontrada foi entre a crença do paciente numa causa orgânica para sua doença e a opinião dos médicos de que fatores psicossociais eram predominantes).

Neste sentido, é assinalado que diferentes metas de gerenciamento são significativamente mais comuns entre pacientes percebidos como *difíceis de ajudar* e seus médicos. A discordância mais comum foi encontrada entre as esperanças de cura dos pacientes e a habilidade dos médicos de fornecer somente cuidado suportivo, bem como, entre o desejo do paciente por mais informações sobre suas doenças e a intenção do médico de oferecer simples reasseguramento [Sharpe et al, 1994].

Como vemos, esse campo de investigação é sem dúvida importante e pode trazer contribuições essenciais para o aprofundamento de aspectos da relação e da comunicação na área da saúde. Contudo, para que essas contribuições possam ser utilizadas, aproveitando-se todo o potencial transformador que elas podem proporcionar, tanto no plano do campo relacional, quanto no plano do campo institucional, é necessário que uma série de cuidados sejam observados.

Há vários outros trabalhos que colocam o foco no encontro e na relação. Jackson e Kroenke [1999] se referem a *encontros difíceis*, o que pode trazer uma nítida vantagem, na medida em que, dá menos margem a uma rotulação, seja do profissional, seja do paciente. Em sua pesquisa 15% dos encontros foram classificados como difíceis. Eles exploram, em sua investigação, tanto características dos pacientes quanto dos médicos que contribuíram para tornar o encontro difícil: pacientes dos encontros considerados difíceis tinham maior probabilidade de apresentar transtornos mentais, sintomas somáticos e sintomas mais severos. Por seu turno os profissionais com atitudes psicossociais pobres estavam mais propensos a experimentar estes encontros como difíceis.

Schwenk et al [1989] também colocam de uma forma mais abrangente, na medida em que investigam os fatores determinantes da relação considerada como difícil. Numa pesquisa com 22 profissionais, houve a identificação de 205 pacientes considerados como difíceis pelos profissionais. A análise dos dados encontrou dois fatores subjacentes à percepção dos médicos de pacientes considerados difíceis: incerteza médica, pacientes que descrevem de forma vaga problemas médicos indiferenciados e dificuldade interpessoal refletida na percepção de um estilo comportamental abrasivo.

Adicionalmente os médicos autopontuaram a importância das várias motivações para praticar medicina. Os seis motivos mais pontuados indicam que as motivações principais eram a satisfação derivada de resolver problemas médicos e o desejo de ajudar pessoas.

Os autores oferecem a interação destas características de médicos e pacientes como uma explicação parcial para o desenvolvimento de uma relação médico-paciente difícil.

Katz [1996] através de um questionário de 32 itens construído por ele encontrou que mais de 80% dos médicos estavam frustrados por pacientes que esperavam 'curar' e que no último momento apareciam com novos sintomas, pareciam ser não cooperativos ou recusavam tomar responsabilidade pela sua saúde. Os porcentuais dos médicos não estavam relacionados com seus anos de experiência.

Steinmetz e Tabenkin [2001] embora adotem a expressão *pacientes difíceis*, tentam através de uma pesquisa qualitativa entender em profundidade a experiência dos médicos de família confrontados com pacientes que percebem como "difíceis". Para eles os pacientes difíceis são os que se apresentam violentos, rudes, agressivos ou os que procuram ganhos secundários. Além desses, também os que apresentam queixas não específicas e problemas psicossomáticos. Eles sugerem para lidar com estas situações um uso apropriado das habilidades de comunicação e um esforço para melhorar a relação com o paciente através da empatia, tolerância e uma escuta não julgadora. Em conclusão, os médicos de família percebem sua responsabilidade e procuram maneiras criativas e inovadoras de enfrentamento dos encontros difíceis. Uma das conclusões apresentadas é que quanto mais experiente é o medico, menos ele percebe pacientes como "difíceis", uma vez que aprende a aceitar maior diversidade de comportamentos em seus pacientes.

Schafer e Nowlis [1998] também mantêm a expressão "pacientes difíceis", no entanto, explicitam como essa categorização é decorrência do desconhecimento do profissional, da real condição do paciente. Em sua investigação eles procuraram determinar a associação entre o status de *pacientes difíceis* e as desordens de personalidade. Sete dos 21 pacientes difíceis e um de 22 do grupo controle apresentavam ao menos um transtorno de personalidade. O ponto importante que é ressaltado é que nenhum dos profissionais se dera conta do transtorno dos pacientes. Sugerem então, que transtornos de personalidade não reconhecidos podem tornar a relação difícil e que, o incremento do conhecimento dos transtornos de personalidade pelos médicos pode levar a uma compreensão e tratamento mais efetivo de alguns pacientes considerados difíceis.

Esta observação é útil para ilustrar a complementaridade entre o problema do paciente e do profissional, na medida em que a reação deste, depende da interpretação particular que faz da atitude e do comportamento do paciente. Se estivesse instrumentalizado para reconhecer o transtorno do paciente, possivelmente sua reação

seria diferente. Nossa experiência tem mostrado que esse é um fator muito importante, pois, o fato do profissional desconhecer a natureza da perturbação do paciente pode dar ensejo a uma série de mal-entendidos que vão desde uma interpretação da situação carregada de conteúdos valorativos e morais até o profissional tomar de forma pessoal as reações e/ou dificuldades do paciente. Temos verificado que quando ajudamos o médico a identificar o comportamento do paciente como ligado a uma característica ou a transtorno da personalidade ou a outros transtornos e reações relacionados à situação e ao estado do paciente, há grande possibilidade de mudança no comportamento do profissional. Da mesma forma o conhecimento de algumas reações como naturais e não especificamente voltadas para ele, ajuda o profissional a ter uma atitude mais destacada e objetiva. Por exemplo, um paciente que está revoltado em função de ter tomado conhecimento da gravidade de sua condição pode expressar esta revolta de muitas formas, inclusive dirigida ao médico e à medicina. Se o profissional não está preparado para perceber esse comportamento como uma reação do paciente e tomar de forma pessoal, a relação estará seriamente comprometida. Em nossa atividade temos abortado muitas crises na relação através da ajuda ao médico a identificar a problemática do paciente.

Estas considerações falam a favor da importância de situar, claramente, as questões na relação, no vínculo e não num dos componentes da relação. O perigo de situar no paciente ou no médico não pode ser desconsiderado; dizer que um paciente é difícil ou que o médico é difícil pode levar a muitas confusões, trazendo o perigo, que não pode ser subestimado, de um deslocamento de uma perspectiva científica para uma perspectiva moral. Mesmo a atenuação com as expressões *percebidos* ou *sentidos*, conforme já ponderamos, não nos afasta do perigo. O importante, em nosso entender, é uma mudança da expressão, retirando a condição de *difícil* como um rótulo ou uma característica da pessoa, seja ela o paciente ou o profissional, e colocando-a como característica de uma relação ou de uma ação. Sugerimos, dessa forma, que seria sempre preferível a referência ao fenômeno (dificuldade) e a fatores e não a pessoas. Numa perspectiva baseada no vínculo consideramos mais apropriado na investigação desse campo nos remetermos a fatores que perturbam o vínculo e a comunicação médico-paciente. Estes fatores podem ser investigados na relação e em cada um dos integrantes da relação.

I.2.5.4.1- Fatores e complementaridade

O comportamento e as atitudes são funções dos vínculos e do que é colocado nos vínculos. Não existe algo difícil de maneira absoluta; existe algo difícil para alguém. Esta perspectiva, além de ser mais fiel à realidade dos fatos, é útil, na medida em que abre a

possibilidades para a investigação dos fatores e seus complementos, tanto no nível *micro* (campo dos relacionamentos pessoais) quanto no nível *macro* (campo institucional). Por exemplo, a dificuldade do profissional e do paciente lidarem com uma situação na qual as possibilidades de cura estão esgotadas, podem configurar no nível *micro*, várias situações de pareamento, cada qual trazendo suas próprias vantagens e problemas. Assim, temos:

- profissional e paciente não aceitam este fato – paciente e profissional se engajam numa busca insana da cura impossível,
- profissional e paciente aceitam o fato – não há conflito e paciente e profissional abrem mão da perspectiva de cura, concentrando-se na busca das medidas de cuidado.
- profissional aceita e paciente não aceita – há conflito, que pode ou não ser equacionado, dependendo das capacidades da dupla. Quando não equacionado, teremos várias possibilidades de desdobramento – paciente acusando o profissional, procurando outros profissionais, procurando uma série de métodos alternativos etc.
- profissional não aceita e paciente aceita – se o conflito não é equacionado, o profissional tenta impor uma série de procedimentos desnecessários em busca da cura impossível, em detrimento das medidas de cuidado.

No relacionamento com o nível macro, podemos ter também as mais variadas composições, dependendo do relacionamento do profissional com a instituição, do paciente com a instituição, de uma instituição com outra instituição, instituições cuidadoras com instituições de ensino etc., trazendo as mais diversas possibilidades de interação e pareamento.

As possibilidades que esta perspectiva descortina são muito amplas e dão ensejo a investigações e ações muito mais abrangentes tanto em termos da mentalidade individual quanto em termos da mentalidade institucional, podendo cooperar para transformações nesses diferentes níveis.

II- OBJETIVOS

II.1-Fatores que perturbam o vínculo e a comunicação na relação médico-paciente - A experiência subjetiva do profissional e a dificuldade de ajudar o paciente

Neste trabalho nos propomos a investigar:

- situações que o profissional experimenta dificuldade para ajudar o paciente relacionadas aos seguintes fatores:
  - Co-morbidade psiquiátrica (quadro confusional, sintomas de ansiedade, sintomas depressivos);
  - grau elevado de dependência física;
  - percepção pelo profissional de uma co-morbidade psiquiátrica;
  - percepção pelo profissional que o adoecer teve grande impacto no paciente;
  - percepção pelo profissional de que os aspectos psicossociais afetam substancialmente o adoecer do paciente;
  - percepção pelo profissional de que o paciente tem pouco conhecimento quanto à doença e ao tratamento;
  - percepção pelo profissional quanto ao paciente estar conseguindo seguir as recomendações.

Face à importância da percepção subjetiva do médico sobre como o paciente experimenta e lida com a situação de doença e hospitalização, uma das hipóteses deste trabalho é:

- O médico encontra maior dificuldade em ajudar o paciente se na sua percepção:
  - o paciente apresenta uma alteração ou co-morbidade psiquiátrica;
  - o paciente sofre um grande impacto em função do adoecer;
  - o adoecer foi afetado substancialmente por fatores psicossociais;
  - o paciente tem pouco conhecimento sobre a doença e o tratamento;
  - o paciente não está conseguindo seguir as recomendações.

Por outro lado, face a algumas condições do paciente objetivadas na pesquisa, uma hipótese complementar é:

- O médico encontra maior dificuldade em ajudar o paciente se este apresentar:
  - quadro clínico mais grave;
  - co-morbidade psiquiátrica (quadro confusional, sintomas de ansiedade, sintomas depressivos);

II.2-Objetivos:

Geral:

- Avaliar o grau de dificuldade experimentado pelo médico, num hospital geral, em estabelecer uma relação de ajuda apropriada ao paciente, em função dos fatores descritos.

Específicos:

- Identificar qual o perfil clínico e psicopatológico do paciente internado num hospital universitário público e qual o perfil profissional do médico que atua nesta mesma instituição;
- Avaliar o nível de dificuldade do médico para ajudar o paciente em função da gravidade do quadro clínico do paciente;
- Avaliar o nível de dificuldade do médico para ajudar o paciente em função de características psicopatológicas (quadro confusional, sintomas de ansiedade, sintomas depressivos) do paciente;
- Avaliar o nível de dificuldade do médico frente a pacientes que ele percebe como não tendo uma compreensão apropriada da doença e do tratamento;
- Avaliar o nível de dificuldade do médico frente a pacientes que ele percebe que os fatores psicossociais influenciaram seu adoecer;
- Avaliar o nível de dificuldade do médico para ajudar o paciente em função das suas percepções quanto a características psicopatológicas do paciente;
- Avaliar o nível de dificuldade do médico para ajudar o paciente em função das percepções quanto ao impacto da doença para o paciente.

III- METODOLOGIA

III.1- Desenho

Estudo de corte transversal em amostra randomizada de leitos no complexo Hospital São Paulo (HSP).

III.2- Amostra

Um arrolamento dos leitos ativos do hospital precedeu o sorteio. A amostra foi composta pelo conglomerado representado pelo paciente e o médico, tomando como referência o leito sorteado. Para inclusão na amostra os pacientes deveriam ter 18 anos ou mais e estarem internados pelo menos há 24 horas no momento da entrevista. Os pacientes com alguma incapacidade funcional para se comunicar, não foram incluídos, mas tiveram seus dados demográficos e clínicos registrados para controle estatístico das perdas. Se, no dia definido para a entrevista, o leito estivesse vazio, ou o paciente entrasse nos critérios de exclusão, ele não seria substituído. O cálculo da amostra considerou a presença de co-morbidade psiquiátrica em hospital geral, cuja prevalência mínima é estimada em 30% [Strain JJ, 1996].

O HSP é um hospital escola, possui 667 leitos para pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) e 57 para pacientes particulares ou conveniados/assegurados de planos de saúde (36 no Anexo C do HSP e 21 na ala particular do Hospital do Rim e Hipertensão, que faz parte do complexo HSP). O número de internações ultrapassa a taxa de 30.000 ao ano, com tempo médio de internação de 6,55 dias e taxa média de ocupação dos leitos durante o ano de 78% [CAIDI, 2000]. Para o sorteio da amostra, as seguintes considerações foram feitas:

1. Enquanto a ala particular inclui pacientes com todo o tipo de doença, a ala SUS tem as internações direcionadas para enfermarias de especialidades. Afim de construirmos uma amostra heterogênea de patologias e nível de gravidade (como ocorre na ala particular), escolhemos sortear os leitos da ala SUS sobre todos os leitos para pacientes maiores de 18 anos (188) pertencentes às seguintes unidades: enfermarias e unidades intensivas de gastrocirurgia, ortopedia, clínica médica, cirurgia vascular, cardiologia, cirurgia cardiovascular e neurocirurgia;
2. a variabilidade socioeconômica dos pacientes é um fator de interesse na avaliação dos dados deste estudo, portanto, garantir a presença expressiva de leitos da ala particular era importante. Assim, optamos em sortear separadamente 2 sub-amostras: uma sobre os 188 leitos da ala SUS e outra sobre os 57 leitos da ala particular;

3. a presença de pacientes com transtornos psiquiátricos também se constitui uma variável de interesse na avaliação dos dados deste estudo, portanto, garantir a presença de pelo menos 20 pacientes com co-morbidade psiquiátrica é um fator importante a ser considerado no cálculo da amostra. Devido a proporção de leitos entre as 2 alas (3:1), definimos ter 15 pacientes com co-morbidade psiquiátrica na ala SUS e 5 na ala particular;
4. como não faríamos a substituição de leitos sorteados, não poderíamos permitir uma grande perda de leitos durante a coleta devido aos critérios de exclusão. Assim, consideramos que o número ideal de leitos em cada sub-amostra deveria ser acrescido de 22%, que é a taxa média de leitos não ocupados. Pela mesma justificativa, a sub-amostra de leitos da ala particular deveria ser acrescida de mais 22%, que é a taxa de leitos com pacientes menores de 18 anos internados. Nesta ala, os leitos pediátricos não são previamente definidos nas unidades de internação como ocorre na ala SUS.

Diante destas considerações, o cálculo das sub-amostras foi realizado da seguinte forma:

- ala SUS (188 leitos): para termos 15 pacientes com co-morbidade psiquiátrica precisamos de 50 leitos mais 12 leitos (22% de leitos desocupados), obtendo-se uma sub-amostra da ala SUS de 62 leitos;
- ala particular (57 leitos): para termos 5 pacientes com co-morbidade psiquiátrica precisamos de 17 leitos mais 4 leitos (22% de leitos desocupados) mais 4 leitos (22% de leitos pediátricos), obtendo-se uma sub-amostra da ala particular de 25 leitos.

Assim, a amostra total deste estudo é de 87 leitos (62 mais 25).

III.3- Instrumentos

Questionários desenvolvidos para este estudo

1. sócio-demográfico e clínico do paciente - QP (anexo 1)
2. sócio-demográfico e profissional do médico - QM (anexo 2)

Instrumentos para avaliação das medidas de controle

1. Escala de Performance de Karnofsky - *Karnofsky Performance Status*- KPS (anexo 3): desenvolvido em 1948 para estimar o grau de dependência física que o câncer gera no paciente em quimioterapia, tornou-se um instrumento de uso freqüente na

clínica para avaliar o nível de gravidade de qualquer doença física, tanto em pacientes ambulatoriais como internados. A variável de performance é categórica, variando de 0 a 100 em 6 intervalos [Karnofsky, Abelmann, e col, 1948] [Schaafsma e Osoba, 1994]. O KPS foi respondido pelo enfermeiro do paciente.

2. Escala de Medida de Ansiedade e Depressão - *Hospital Anxiety and Depression Scale* - HADS: avalia sintomas psicopatológicos de pacientes internados em hospital geral. São 14 questões auto-aplicáveis, sete avaliam depressão (HADS-D) e sete ansiedade (HADS-A), com quatro níveis de respostas. É avaliado o escore total de ansiedade e de depressão, em separado (soma dos pontos obtidos nas sete questões sobre ansiedade e nas sete questões de depressão, respectivamente). A aglutinação dos escores em categorias segue o padrão da versão brasileira desenvolvido por Botega, Bio, Zomignani, et al, (1995): presente (escore de 8 a 21) e ausente (escore de 0 a 7). O HADS foi respondido pelo paciente (anexo 4)
3. Método de Avaliação de Quadro Confusional - *Confusion Assessment Method* – CAM [Fabbri, Moreira, et al. 2001 #6490]: avalia sintomas relacionados a quadros confusionais em pacientes com doença orgânica. São 9 itens presentes no exame psíquico, estruturados a partir do DSM-III-R. Desenvolvido para ser aplicado por profissionais de saúde não psiquiatras, que respondem os itens após rápida entrevista com o paciente e familiar. A presença ou ausência de quadro confusional é definida pelo algoritmo diagnóstico do CAM: resposta positiva nas questões 1 e 2 mais na 3 e/ou na 4. O CAM foi respondido pelo entrevistador (anexo 5).
4. Escala de Dificuldade de Ajudar o Paciente (modificada) - *Difficult to Help* - DTH: a partir de um estudo realizado com uma entrevista semi-estruturada, foram desenvolvidos alguns critérios de avaliação sobre a dificuldade do profissional de saúde em ajudar o paciente [Sharpe, Mayou, et al. 1994]. A entrevista é respondida pelo profissional de saúde, medindo o nível de interação com o paciente em 11 itens (questão 1 a 11). Adaptamos a entrevista, sendo que seis das 11 questões foram estruturadas em três níveis de resposta, tendo como temática a compreensão que o profissional tem de como o paciente entende o que está ocorrendo, e duas novas questões inseridas: avaliação da dificuldade de ajudar o paciente (questão 12) e do nível de adesão ao tratamento (questão 13), com cinco níveis de respostas cada. A escala foi respondida pelo médico (anexo 6). O DTH foi aplicado como um todo para o profissional, mas na análise ele foi avaliado como dois instrumentos independentes: DTH-modificado (inclui nível de adesão ao tratamento) e nível de dificuldade em ajudar o paciente.

III.4- Procedimento

Um grupo de cinco entrevistadores (todos psicólogos com treinamento prévio para avaliação psicopatológica do paciente) foi treinado para o uso dos instrumentos e participou do estudo piloto na ala SUS do HSP. O objetivo foi testar a aplicabilidade dos instrumentos citados (capacidade de compreensão das questões pelos sujeitos, tempo de aplicação do conjunto de entrevistas e dificuldades para agendamento das entrevistas) e melhorar os procedimentos (forma de se aplicar o termo de consentimento, horário para realizar as entrevistas com cada um dos quatro tipos de sujeitos do estudo e a ordem adequada dos instrumentos). Durante o mês de abril de 2002 foram realizadas 15 entrevistas pelos cinco entrevistadores e por dois pesquisadores de campo, o que permitiu a construção de um procedimento adequado para a pesquisa, conforme descrito a seguir:

1. Um pesquisador de campo (pessoa responsável pelo andamento do estudo no local) fez o arrolamento e o sorteio dos 62 leitos da ala SUS.
2. Uma escala de dois entrevistadores por dia foi construída para a realização de duas entrevistas diárias, no período de maio a julho de 2002.
3. A cada dia um dos pesquisadores de campo visitava os dois leitos sorteados; o pesquisador informava o paciente sobre o estudo, em seguida fazia o mesmo com o enfermeiro, o médico e o familiar, pedindo, a cada um deles, autorização verbal para enviar o entrevistador. No caso de recusa, o pesquisador voltava em até quatro horas para tentar incluir os sujeitos. Em seguida, um entrevistador era encaminhado para entrevistar o paciente, e outro para entrevistar o familiar, o médico e o enfermeiro. Cada entrevistador aplicava o termo de consentimento informado para os entrevistandos e depois realizava a entrevista. A aplicação dos instrumentos seguiu a ordem mostrada no Quadro 1.

Quadro 1
Paciente
1.Questionário sócio-demográfico e clínico
2.KPS (performance do paciente)
3.HADS (ansiedade, depressão)
4.CAM (confusão mental)
Médico
1. Questionário sócio-demográfico e profissional
2.DTH

4. Um pesquisador de campo fez o arrolamento e o sorteio dos 25 leitos da ala particular.
5. Os itens 2 e 3 foram repetidos na ala particular, período de fevereiro a março de 2003.

III.5- Análise de dados

(1) Análise descritiva da amostra de pacientes e médicos:

Para as variáveis numéricas foi realizado o cálculo de tendência central, de distribuição e gráfico de histograma da amostra total e depois por sexo, com comparação de médias de amostras independentes (avaliação da eqüidade das amostras pelo teste de Levene e distribuição de médias pelo teste t se 2 amostras ou ANOVA se mais de 2). Tais variáveis (ordinais ou intervalares) foram, posteriormente, categorizadas e aglutinadas em categorias maiores quando pertinente. As variáveis categóricas foram analisadas por meio de tabelas de contingência das categorias em função do sexo do paciente; utilizamos para isso o teste do qui-quadrado e, quando necessário, o teste exato de Fisher.

Foram estudadas os seguintes grupos de variáveis:

- pacientes: *perfil sócio-demográfico* (sexo, idade, estado civil, naturalidade, procedência, escolaridade, atuação profissional, fonte pagadora da internação, prole e nº de filhos,renda familiar, crença); *perfil clínico* (tempo de doença, tempo de internação, número de internações, diagnóstico de internação e da doença de base, índice de Karnofsky); e *perfil psicopatológico* (escore total de ansiedade e de depressão e algoritmo de confusão mental).
- médicos: *perfil sócio-demográfico* (sexo, idade, estado civil, naturalidade, procedência, prole e número de filhos); *perfil profissional* (escolaridade, atuação profissional, se faz ou fez especialização e qual, tempo de formado, número de horas/dia na instituição e número de horas/semana de trabalho total).

(2) Descrição do impacto psicossocial do adoecer do paciente percebido pelo médico

O impacto psicossocial do adoecer sobre o paciente é avaliado pelas 6 questões selecionadas do DTH-modificado e pela questão sobre o nível de adesão ao tratamento (esta foi categorizada em 2 níveis de adesão: alto e baixo, devido a pequena variabilidade apresentada nas respostas em 5 pontos). Estes 7 itens foram analisados em função das variáveis sócio-demográficas, clínicas e psicopatológicas do paciente. Utilizado o teste do qui-quadrado e o teste exato de Fisher.

(3) *Descrição da taxa de acerto diagnóstico do médico:*

Para cada uma das 3 categorias psicopatológicas criamos a variável acerto/erro diagnóstico. Consideramos acerto diagnóstico quando o médico indicava presença ou ausência dos sintomas de forma concordante com o assinalado pelo paciente (no caso da ansiedade e depressão) ou pelo entrevistador (no caso da confusão mental). Consideramos que a percepção do paciente e entrevistador era *gold-standard*, uma vez que o HADS (respondido pelo paciente) é auto-referido e o entrevistador foi treinado para responder o CAM.

(4) Avaliação da dificuldade do profissional de saúde para ajudar o paciente:

Foi realizado o estudo da distribuição da variabilidade das respostas do DTH (questões 2, 3, 4, 5, 10, 11 ,12, 13) pela análise da freqüência de respostas. Em seguida, as questões tipo *likert* (12 e 13) foram categorizadas conforme apresentado abaixo, e a freqüência de respostas analisada.

Questões	**Escore original**	**Categorias**
Dificuldade de ajudar o paciente	0 Nada difícil 1 Pouco difícil	1 Baixa dificuldade
	2 Difícil 3 Muito difícil 4 Extremamente difícil	2 Alta dificuldade
Adesão do paciente ao tratamento	0 Totalmente aderido 1 Quase totalmente aderido	1 Alta adesão
	2 Mais ou menos aderido 3 Pouco aderido 4 Nada aderido	2 Baixa adesão

A dificuldade do médico para ajudar o paciente foi avaliada, em função (1) das variáveis sócio-demográficas, clínicas e psicopatológicas do paciente, (2) das variáveis sócio-demográficas e profissionais dos médicos, (3) da percepção psicossocial que o profissional tem do paciente, e (4) do acerto/erro diagnóstico. A análise pela distribuição do escore de dificuldade foi realizada pela comparação de médias de amostras independentes (avaliação da eqüidade das amostras pelo teste de Levene e distribuição de médias pelo teste t se 2 amostras ou ANOVA se mais de 2); e a análise das categorias de dificuldades foram analisadas por meio de tabelas de contingência e aplicação do teste do qui-quadrado e teste exato de Fisher.

(5) Análise da atitude do médico frente à dificuldade de ajudar o paciente

Encaminhar ou não um paciente para um profissional de saúde mental foi avaliado em relação ao grau de dificuldade do médico em ajudar o paciente e em relação às demais percepções do médico sobre o paciente (psicossociais e psicopatológicas). Desenvolvidas tabelas de contingência e aplicação do teste do qui-quadrado.

(6) Análise multivariada da dificuldade de ajudar o paciente:

Para identificarmos que fatores predizem uma maior dificuldade do médico para ajudar o paciente, desenvolvemos um modelo de regressão logística cuja variável dependente foi a categoria dificuldade para ajudar, e as variáveis de controle (determinadas pela análise univariada) foram: grau de dependência física pela doença orgânica, procedência do médico, todas as questões do DTH-modificado, sintomas psicopatológicos dos pacientes, sintomas psicopatológicos dos pacientes percebidos pelo médico, taxa de acerto/erro diagnóstico do médico.

IV- RESULTADOS

Dos 87 leitos arrolados para entrevista, 74 foram incluídos neste estudo e 13 excluídos por não preencherem os critérios de inclusão (5 não contactuavam, 3 foram perdidos, 2 recusaram, 2 leitos tornaram-se inativos durante período de coleta e 1 paciente era menor de 18 anos).

IV.1- Pacientes

Não encontramos diferenças estatisticamente significantes entre as 74 entrevistas respondidas e as 13 excluídas, em relação a sexo, idade, tempo de internado, diagnostico de internação e de base.

Dos 74 pacientes entrevistados, 25 eram do sexo masculino (33,8%) e 49 do sexo feminino (66,2%). A média etária da amostra foi de 52 anos com DP=17 anos. Em média, os pacientes apresentavam 8 anos de estudos completos, com DP=4 anos.

Na tabela 1 é apresentada a descrição do perfil sócio-demográfico da amostra de pacientes.

A idade da maioria dos pacientes está situada entre 43 e 56 anos (52% entre os homens, com média de 49 anos e DP=17 anos; e 38,8% entre as mulheres, com média de 54 anos e DP=18 anos).

Em relação à escolaridade, apresentam um máximo de 8 anos de estudo (60% entre os homens, com média de 8 anos de estudos e DP=3 anos; e 59,7% entre as mulheres, com média de 8 anos de estudo e DP=4 anos).

Encontramos diferença estatisticamente significante (χ^2=12,5; g.l.=1; p<0,001) no estado civil do paciente em função do sexo, com 59,2% das mulheres vivendo sem companheiro (solteiras, divorciadas ou viúvas) e 84% dos homens vivendo com companheiras (casados ou amasiados).

Mais de 75% dos pacientes (ambos os sexos) vive na cidade de São Paulo, têm filhos e segue alguma religião.

A maioria das mulheres e dos homens foi internada pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Quanto à renda familiar, está acima de 3 salários mínimos em 60% dos homens e 44,9% das mulheres, sendo que 52% dos homens são economicamente ativos (estavam trabalhando e sendo remunerados) enquanto a maioria das mulheres (65,3%) não era economicamente ativa.

Tabela 1: Distribuição sócio-demográfica dos pacientes por sexo

		Masculino N (%)	Feminino N (%)	Total N (%)
Idade [NS]	18 a 42	7 (28,0)	14 (28,6)	21 (28,4)
	43 a 56	13 (52,0)	19 (38,8)	32 (43,2)
	57 em diante	5 (20,0)	16 (32,7)	21 (28,4)
Estado civil *	vive sem companheiro	4 (16,0)	29 (59,2)	33 (44,6)
	vive com companheiro	21 (84,0)	20 (40,8)	41 (55,4)
Procedência [NS]	cidade	19 (76,0)	40 (81,6)	59 (79,7)
	outro lugar	6 (24,0)	9 (18,4)	15 (20,3)
Escolaridade [NS]	de 0 a 8 anos de estudos	15 (60,0)	29 (59,2)	44 (59,5)
	de 9 anos até 3grau	10 (40,0)	20 (40,8)	30 (40,5)
Ativo economicamente[NS]	Sim	13 (52,0)	17 (34,7)	30 (40,5)
	Não	12 (48,0)	32 (65,3)	44 (59,5)
Fonte pagadora [NS]	SUS	19 (76,0)	33 (67,3)	52 (70,3)
	Convênio	6 (24,0)	16 (32,7)	22 (29,7)
Tem filhos? [NS]	Sim	20 (80,0)	39 (79,6)	59 (79,7)
	Não	5 (20,0)	10 (20,4)	15 (20,3)
Renda familiar [NS]	Até 3 SM	8 (32)	23 (46,9)	11 (41,9)
	mais de 3 SM	15 (60,0)	22 (44,9)	37 (50,0)
	não respondeu	2 (8,0)	4 (8,2)	6 (8,1)
Tem religião? [NS]	Sim	19 (76,0)	43 (87,8)	62 (83,8)
	Não	6 (24,0)	6 (12,2)	12 (16,2)
Total		*25 (100)*	*49 (100)*	*74 (100)*

* $p<0,001$; [NS]: não significante

A prevalência de diagnóstico que motivou a internação foi maior para os diagnósticos de doenças do aparelho circulatório, neoplásicas, do sistema osteomuscular, do trato urinário e infecciosas, sem diferenças estatisticamente significantes entre sexos (tabela 2).

Tabela 2: Distribuição do diagnóstico de internação, tempo de doença e internação, e internação prévia do paciente por sexo

		Masculino N (%)	Feminino N (%)	*Total* N (%)
Diagnóstico de internação [NS]	Ap. circulatório (I00-I99)	6 (24,0)	9 (18,4)	15 (20,3)
	Neoplasias (C00-D48)	3 (12,0)	10 (20,4)	13 (17,6)
	Sist. osteomuscular (M00-M99)	5 (20,0)	5 (10,2)	10 (13,5)
	Ap. genito-urinário (N00-N99)	1 (4,0)	4 (8,2)	5 (6,8)
	Infecções (A00-B99)	1 (4,0)	3 (6,1)	4 (5,4)
	Ouvido/apófise mastóide (H60-H95)	3 (12,0)	1 (2,0)	4 (5,4)
	Fatores que influenciam a saúde (Z00-Z99)	1 (4,0)	3 (6,1)	4 (5,4)
	outros	5 (20,0)	14 (28,6)	19 (25,7)
Tempo da doença (meses) [NS]	0 a 6 meses	5 (20,0)	16 (32,7)	21 (28,4)
	7 a 24 meses	6 (24,0)	15 (30,6)	21 (28,4)
	25 meses ou mais	14 (56,0)	18 (36,7)	32 (43,2)
número de dias de internação [NS]	1 a 5 dias	9 (36,0)	18 (36,7)	27 (36,5)
	de 6 a 10 dias	8 (32,0)	17 (34,7)	25 (33,8)
	11 dias ou mais	8 (32,0)	14 (28,6)	22 (29,7)
Internação prévia [NS]	sim	14 (56,0)	27 (55,1)	41 (55,4)
	não	11 (44,0)	22 (44,9)	33 (44,6)
Total		*25 (100)*	*49 (100)*	*74 (100)*

[NS]: não significante

Para avaliarmos o impacto do adoecer e da internação sobre o paciente, utilizamos as seguintes variáveis: avaliação do grau de dependência física do individuo segundo o índice de Karnofsky, tempo (em meses) que o paciente está doente, tempo (em horas) que o paciente está internado no momento da entrevista, e se já esteve internado nos últimos 12 meses. Pudemos observar os seguintes resultados:

- 54,5% dos homens e 39,5% das mulheres apresentaram grau de dependência física moderada segundo o índice de Karnofsky; e 18,2% dos homens e 25,6% das mulheres apresentaram maior dependência, sem diferenças estatisticamente significantes entre os sexos. O índice de Karnofsky mede em índices intervalares a performance do paciente decorrente das limitações físicas, e variou na amostra entre índice 10 e 90, com média no intervalo de 60-70 (mediana de 70), e DP=20 (tabela 3[*]).

[*] o índice de Karnofsky foi respondido pelo enfermeiro, sendo que das 74 entrevistas foram completadas 65.

- o tempo de doença de base encontrado variou de 0 a 384 meses, sendo a média de 48 meses com DP= 63 meses, e mediana de 24 meses. Agrupando o tempo de doença em 3 períodos distintos (até 6 meses, de 6 a 24 meses e mais de 24 meses), pudemos observar que 56% dos homens e 36,7% das mulheres estavam doentes há mais de 24 meses (tabela 2).
- o tempo de internação no momento da entrevista variou de 1 a 105 dias. Em média, os pacientes estavam internados há 15 dias (mediana de 7 dias), com DP= 20 dias, sem variação por sexo. Agrupando o número de dias de internação em 3 períodos (até 5 dias, de 6 a 10 dias e 11 dias ou mais) encontramos 32% dos homens e 28,6% das mulheres internadas há mais de 11 dias e 36,7% das mulheres e 36% dos homens internados de 1 a 5 dias (tabela 2).
- o numero de internações nos últimos 12 meses, sem considerar a atual, variou de 0 a 12 internações, sendo a média (e mediana) de 1 internação com DP= 2 internações, sem variação por sexo. Assim, 56% dos homens e 55,1% das mulheres já haviam sido internados previamente, nos últimos 12 meses (tabela 2).

Tabela 3: Distribuição do índice de Karnofsky do paciente por sexo

		Masculino N (%)	Feminino N (%)	Total N (%)
Índice de Karnofsky [NS]	menor (k=90 a 80)	6 (27,3)	15 (34,9)	21 (32,3)
	moderada (k=70 a 50)	12 (54,5)	17 (39,5)	29 (44,6)
	maior (K=40 a 20)	4 (18,2)	11 (25,6)	15 (23,1)
Total		*22 (100)*	*43 (100)*	*65 (100)*

[NS]: não significante

A avaliação dos escores de ansiedade e de depressão obtidos no HADS mostrou um valor médio de depressão de 5,9 com DP=4,3, e para ansiedade de 6,9 com DP=3,4. Ambos os escores tiveram distribuição normal na amostra estudada.

A média do escore de ansiedade para mulheres foi de 7,5 com DP=3,3 e homens de 5,8 com DP=3,3 (t= -2,1; g.l.=65; p<0,05; com IC95% de –3,4 a –0,1).

Assim, encontramos 16,7% dos homens e 39,5% das mulheres com sintomas ansiosos (χ^2=3,7; g.l.=1; p<0,06), conforme apresentado na tabela 4.

A média do escore de depressão para as mulheres foi de 6,9 com DP=4,7 e para os homens de 3,9 com DP=2,9 (t= -3,3; g.l.=64; p<0,01; com IC95% de –3,5 a –0,1).

A tabela 4 mostra também a distribuição de sintomas depressivos entre homens e mulheres (4,2% e 34,9%, respectivamente; χ^2=7,9; g.l.=1; p<0,01).

Tabela 4: Distribuição dos sintomas depressivos e ansiosos dos pacientes por sexo

		Masculino N (%)	Feminino N (%)	Total N (%)
Sintomas depressivos **	Sim	1 (4,2)	15 (34,9)	16 (23,9)
	Não	23 (95,8)	28 (65,1)	51 (76,1)
Sintomas ansiosos *	Sim	4 (16,7)	17 (39,5)	21 (31,3)
	Não	20 (83,3)	26 (60,5)	46 (68,7)
Total		*24 (100,0)*	*43 (100)*	*67 (100)*

***p<0,05 **p<0,01**

Encontramos 4 pacientes (8,2%) com quadro de confusão mental, todos do sexo feminino (tabela 5), mas a diferença com o sexo masculino não foi estatisticamente significante. Nenhum dos 4 pacientes com confusão mental respondeu ao HADS. Também tivemos 3 pacientes que responderam ao HADS de forma incompleta, de forma que os questionários preenchidos foram 67 e não 74.

Tabela 5: Distribuição de confusão mental nos pacientes por sexo

		Masculino N (%)	Feminino N (%)	Total N (%)
Confusão mental [NS]	Sim		4 (8,2)	4 (5,5)
	Não	25 (100)	45 (91,8)	70 (94,5)
Total		*25 (100)*	*49 (100)*	*74 (100)*

[NS]: não significante

IV.2- Médicos

Dos 74 leitos, 47 entrevistas de médicos foram realizadas referentes a 47 pacientes distintos. Tivemos, portanto, 27 perdas (36,5%), quatro em função da recusa do médico e 23 em função do paciente ter saído de alta hospitalar antes da entrevista do médico ter sido feita e, como os dados eram diretamente relacionados ao paciente, a entrevista não era mais realizada após 24 horas da alta.

Das 27 perdas, 19 eram da ala de convênios e particular e apenas 8 da ala SUS (χ^2=33,61; g.l.=1; p<0,001).

A distribuição dos dados sócio-demográficos e clínicos do paciente em função da entrevista ter sido incluída ou excluída do estudo apresentou diferença estatisticamente significante apenas para diagnóstico da internação (χ^2=17,24; g.l.=7, p<0,05), com maior prevalência de doenças neoplásicas e do aparelho osteomuscular nas exclusões.

A distribuição dos dados sócio-demográficos e profissionais do médico em função da entrevista ter sido excluída ou incluída do estudo mostrou diversas diferenças estatisticamente significantes, com maior porcentagem de:

- homens (92,6% e 64,7%, respectivamente, com χ^2=8,30; g.l.=1; p<0,01);
- médicos com mais de 26 anos (81,5% e 57,4%, respectivamente, com χ^2=4,43; g.l.=1; p<0,05);
- médicos com especialização completa (70,4% e 12,8%, respectivamente, com χ^2=25,44; g.l.=1; p<0,001);
- médicos com mais de 2 anos de formado (81,5% e 31,9%, respectivamente, com χ^2=16,85;g.l.=1; p<0,001).
- médicos que trabalham mais de 72 horas por semana (81,5% e 42,6%, respectivamente, com χ^2=10,59; g.l.=1; p<0,001).

As entrevistas foram realizadas com 29 médicos (61,7%) e 18 médicas (38,3%), com média etária de 28 anos (DP=5 anos de idade), sem diferença estatisticamente significante entre sexos. Mais de 60% dos médicos, de ambos os sexos, vivem em São Paulo, e 76,6% não têm companheiros (as) (tabela 6).

Tabela 6: Distribuição sócio-demográfica e profissional dos médicos por sexo

		Masculino N (%)	Feminino N (%)	Total N (%)
Idade [NS]	até 25 anos	12 (41,4)	8 (44,4)	20 (42,6)
	26 anos ou mais	17 (58,6)	10 (55,6)	27 (57,4)
Estado civil [NS]	sem companheiro (a)	21 (72,4)	15 (83,3)	36 (76,6)
	com companheiro (a)	8 (27,6)	3 (16,7)	11 (23,4)
Procedência [NS]	cidade	18 (62,1)	13 (72,2)	31 (66,0)
	outro lugar	11 (37,9)	5 (27,8)	16 (34,0)
Trabalho [NS]	empregado nesta instituição	21 (72,4)	10 (55,6)	31 (66,0)
	outro	8 (27,6)	8 (44,4)	16 (34,0)
Formação profissional [NS]	graduação e especialização incompleta	27 (93,1)	14 (77,8)	41 (87,2)
	especialização completa e PG	2 (6,9)	4 (22,2)	6 (12,8)
Tempo de formado [NS]	até 2 anos incompletos de formado	20 (69,0)	12 (66,7)	32 (68,1)
	2 anos completos os mais	9 (31,0)	6 (33,3)	15 (31,9)
Área de especialidade*	sem especialização		2 (11,1)	2 (4,3)
	área clínica	10 (34,5)	14 (77,8)	24 (51,1)
	área cirúrgica	19 (65,5)	2 (11,1)	21 (44,7)
Número de horas por dia nesta instituição**	até 11 horas	8 (27,6)	11 (61,1)	19 (40,4)
	de 12 horas até 24 h	21 (72,4)	7 (38,9)	28 (59,6)
Número de horas por semana [NS]	até 72 horas na semana	15 (51,7)	12 (66,7)	27 (57,4)
	mais de 72 horas	14 (48,3)	6 (33,3)	20 (42,6)
Total		*29 (100)*	*18 (100)*	*47 (100)*

*p<0,01; **p<0,05; [NS]: não significante

Quase todos os médicos entrevistados estavam cursando um programa de especialização (87,2%, tabela 6), sendo que os homens se concentravam nas áreas cirúrgicas (65,5%) e as mulheres nas clínicas (77,8%, χ^2=14,66; g.l.=2; p<0,01).

Os médicos entrevistados tinham de 6 meses a 30 anos de formados, com média de 3 anos (DP=5 anos e mediana de 1 ano, distribuição assimétrica).

Independente do sexo, 68,1% dos médicos tinha até 2 anos completos de formados e trabalhavam apenas nesta instituição (72,4% dos homens e 55,6% das mulheres). Os médicos trabalhavam de 4 a 16 horas por dia na instituição, com média de 11 horas por dia (DP=2 h/d, mediana de12 h/d, distribuição assimétrica).

Trabalhavam na instituição 12h ou mais por dia, 38,9% das mulheres e 72,4% dos homens (χ^2=5,18; g.l.=1; p<0,05; tabela 6). A avaliação do tempo total de trabalho na semana, somando todos os trabalhos, variou de 40 a 120 h/semana, com média de 78

h/semana (DP=25h, mediana de 70h, sem distribuição normal), sem diferença estatisticamente significante entre sexos.

Em relação às percepções dos médicos sobre os pacientes (tabela 7), a maioria deles considerava que os aspectos psicossociais do adoecer afetavam o doente (61,7%), mais da metade dos médicos (53,2%) percebeu que os pacientes compreendiam mais ou menos ou nada da natureza de sua doença, mas 61,7% compreendiam bem o tratamento.

Quanto aos enfermeiros, apenas 14,9% relatavam uma sensação negativa no contato com os pacientes, os demais relatavam uma sensação positiva (63,8%) ou indiferente (21,3%); os médicos consideraram também que a adesão do paciente às recomendações terapêuticas era baixa (12,8%). O nível de adesão ao tratamento percebido pelo médico não apresentou distribuição normal, com média de 0,66 e mediana de 0 (DP=0,87). Não houve variação por sexo nos dados apresentados, a não se em relação ao impacto da doença para o paciente, pois 87,2% dos médicos consideraram o impacto presente, mas nenhuma médica considerou ausência, enquanto 10,3% dos médicos consideraram esta possibilidade (χ^2=6,75; g.l.=2; p<0,05).

A questão sobre o nível de dificuldade do médico para ajudar o paciente apresentou distribuição normal, com média de 1,32 (DP=0,91); 38,3% dos médicos referiu ter dificuldade para ajudar o paciente, sem variação por sexo. Os médicos não encontraram sintomas depressivos ou ansiosos em 61,7% dos pacientes, nem sintomas confusionais em 93,6% deles, no entanto, 59,6% consideraram a possibilidade de encaminhar o paciente para algum tratamento especializado em saúde mental (tabela 7).

Tabela 7: Distribuição das respostas dos médicos sobre suas percepções quanto ao paciente em função do sexo do médico

		Masculino N (%)	Feminino N (%)	Total N (%)
Os aspectos psicossociais afetam substancialmente a doença do paciente? NS	sim, afetam	17 (58,6)	12 (66,7)	29 (61,7)
	não afetam	9 (31,0)	4 (22,2)	13 (27,7)
	não sabe	3 (10,3)	2 (11,1)	5 (10,6)
A doença teve um grande impacto na vida do paciente?*	sim	26 (89,7)	15 (83,3)	41 (87,2)
	não	3 (10,3)		3 (6,4)
	não sabe		3 (16,7)	3 (6,4)
O paciente compreende a natureza da sua doença? NS	sim	14 (48,3)	8 (44,4)	22 (46,8)
	mais ou menos	14 (48,3)	9 (50,0)	23 (48,9)
	não	1 (3,4)	1 (5,6)	2 (4,3)
O paciente compreende o seu tratamento? NS	sim	19 (65,5)	10 (55,6)	29 (61,7)
	mais ou menos	10 (34,5)	7 (38,9)	17 (36,2)
	não		1 (5,6)	1 (2,1)
Como você se sente quando está com este paciente? NS	sensação positiva	16 (55,2)	14 (77,8)	30 (63,8)
	sensação negativa	5 (17,2)	2 (11,1)	7 (14,9)
	Indiferente	8 (27,6)	2 (11,1)	10 (21, 3)
Encaminhar este paciente para um psiquiatra ou psicólogo ajudaria? NS	sim, ajudaria	16 (55,2)	12 (66,7)	28 (59,6)
	não ajudaria	5 (17,2)		5 (10,6)
	não sabe dizer	8 (27,6)	6 (33,3)	14 (29,8)
Qual o grau de dificuldade para ajudar este paciente? NS	baixa dificuldade	15 (51,7)	14 (77,8)	29 (61,7)
	alta dificuldade	14 (48,3)	4 (22,2)	18 (38,3)
O paciente está conseguindo seguir as recomendações e solicitações feitas? NS	alta adesão	23 (79,3)	18 (100)	41 (87,2)
	baixa adesão	6 (20,7)		6 (12,8)
Sintomas depressivos no paciente NS	Sim	14 (48,3)	4 (22,2)	18 (38,3)
	Não	15 (51,7)	14 (77,8)	29 (61,7)
Sintomas ansiosos no paciente NS	Sim	11 (37,9)	7 (38,9)	18 (38,3)
	Não	18 (62,1)	11 (61,1)	29 (61,7)
Sintomas confusionais no paciente NS	Sim	3 (10,3)		3 (6,4)
	Não	26 (89,7)	18 (100)	44 (93,6)
Total		*29 (100)*	*18 (100)*	*47 (100)*

*p<0,05; NS: não significante

Ao somarmos as percepções de sintomas de ansiedade, depressão e confusão mental por parte dos médicos e por parte dos pacientes e entrevistadores (padrão ouro), encontramos um nível de acerto diagnóstico (ausência e presença do sintoma igual entre médico e paciente/entrevistador) de 95,7% para confusão mental; 60% para sintomas

depressivos e 56,5% para sintomas ansiosos (tabela 8). A distribuição dos diagnósticos concordantes e não concordantes em função do nível de dificuldade do médico nos mostra que não há diferença estatisticamente significante entre o médico identificar os sintomas corretamente ou não.

Tabela 8: Distribuição do grau de dificuldade dos médicos para ajudar o paciente em função da identificação correta ou não dos sintomas do paciente

		baixa dificuldade N (%)	alta dificuldade N (%)	Total N (%)
Confusão mental [NS]	Acerto	28 (96,6)	17 (94,4)	45 (95,7)
	Erro	1 (3,4)	1 (5,6)	2 (4,3)
	Total	*29 (100)*	*18 (100)*	*47 (100)*
Sintomas ansiosos [NS]	Acerto	18 (62,1)	8 (47,1)	26 (56,5)
	Erro	11 (37,9)	9 (52,9)	20 (43,5)
	Total	*29 (100)*	*17 (100)*	*46 (100)*
Sintomas depressivos [NS]	Acerto	18 (64,3)	9 (52,9)	27 (60,0)
	Erro	10 (35,7)	8 (47,1)	18 (40,0)
	Total	*28 (100)*	*17 (100)*	*45 (100)*

[NS]: não significante

Ter alta dificuldade para ajudar o paciente (tabela 9) foi predominantemente presente para paciente do sexo feminino (66,7%), com mais de 43 anos (83,3%), indiferente para estado civil, procedente de São Paulo (88,9%), com escolaridade inferior a 9 anos (77,8%), que não é economicamente ativo (66,7%), internado pelo SUS (99,4%), que segue alguma crença (88,9%) e tem renda inferior a 3 salários-mínimos (55,6%).

Ter alta dificuldade para ajudar o paciente (tabela 9) foi predominantemente presente para paciente internado por doença em sistema osteomuscular (22,2%), com IK≤70 (83,3%), doentes há mais de 6 meses (66,7%), internados há mais de 5 dias (50%), que tinham internação prévia nos últimos 12 meses (61,1%), com sintomas ansiosos e depressivos (33,3%) e com sintomas confusionais (5,6%).

Alta dificuldade do médico se associou (tabela 10), predominantemente, a médicos do sexo masculino (77,8%), com mais de 27 anos de idade (61,1%), a médico não ser casado (72,2%), trabalhar apenas no complexo Hospital São Paulo (61,1%), estar cursando especialização (94,4%), tanto em clínica médica (50%) quanto em cirurgia (50%), estar formado há menos de 2 anos (61,1%), trabalhar mais de 12 horas por dia (61,1%) e até 72 horas na semana (61,1%). Ser procedente de outro lugar que não a

cidade de São Paulo se associou de forma estatisticamente significante com ter alta dificuldade (55,6%, χ^2=6,01; g.l.=1; p<0,05).

Tabela 9: Distribuição do grau de dificuldade dos médicos para ajudar o paciente em função das características sócio-demográficas, clínicas e psicopatológicas do paciente

		baixa N (%)	alta N (%)
Sexo[NS]	masculino	11 (37,9)	6 (33,3)
	feminino	18 (62,1)	12 (66,7)
Idade[NS]	18 a 42	9 (31,0)	3 (16,7)
	43 a 56	12 (41,4)	9 (50,0)
	57 em diante	8 (27,6)	6 (33,3)
Estado civil[NS]	sem companheiro	11 (37,9)	9 (50,0)
	com companheiro	18 (62,1)	9 (50,0)
Procedência[NS]	na cidade	23 (79,3)	16 (88,9)
	outro lugar	6 (20,7)	2 (11,1)
Escolaridade[NS]	0 a 8	18 (62,1)	14 (77,8)
	9 anos até 3grau	11 (37,9)	4 (22,2)
Ativo economicamente[NS]	sim	15 (51,7)	6 (33,3)
	não	14 (48,3)	12 (66,7)
Fonte pagadora[NS]	SUS	27 (93,1)	17 (94,4)
	convênio	2 (6,9)	1 (5,6)
Renda familiar [NS]	de 0 a 3 SM	13 (44,8)	10 (55,6)
	mais de 3 SM	16 (55,2)	6 (33,3)
	não respondeu		2 (11,1)
Segue alguma crença[NS]	Sim	23 (79,3)	16 (88,9)
	Não	6 (20,7)	2 (11,1)
diagnóstico de internação[NS]	aparelho circulatório (I00-I99)	9 (31,0)	2 (11,1)
	Neoplasias (C00-D48)	4 (13,8)	3 (16,7)
	Sist. osteomuscular (M00-M99)	1 (3,4)	4 (22,2)
	trato genito-urinário (N00-N99)	2 (6,9)	1 (5,6)
	Doenças infecciosas (A00-B99)	3 (10,3)	
	ouvido e apóf. mastóide (H60-H95)	1 (3,4)	
	Fat. influenciam saúde (Z00-Z99)	9 (31,0)	8 (44,4)
	outros		
índice de Karnofsky [NS]	menor (90 a 80)	11 (37,9)	3 (16,7)
	moderada (70 a 50)	11 (37,9)	11 (61,1)
	maior (K=40 a 20)	7 (24,1)	4 (22,2)
tempo da doença (meses)[NS]	0 a 6	8 (27,6)	6 (33,3)
	7 a 24	8 (27,6)	5 (27,8)
	25 ou mais	13 (44,8)	7 (38,9)
número de dias de internação[NS]	1 a 5	7 (24,1)	9 (50,0)
	6 a 10	10 (34,5)	5 (27,8)
	11 ou mais	12 (41,4)	4 (22,2)
Internação prévia[NS]	Sim	15 (51,7)	11 (61,1)
	Não	14 (48,3)	7 (38,9)
Depressão[NS]	Sim	7 (24,1)	6 (33,3)
	Não	22 (75,9)	12 (66,7)
Ansiedade [NS]	Sim	8 (27,6)	6 (33,3)
	Não	21 (72,4)	12 (66,7)
Confusão mental[NS]	Sim		1 (5,6)
	Não	29 (100)	17 (94,4)
Total		*29 (100)*	*18 (100)*

[NS]: não significante

Tabela 10: Distribuição do grau de dificuldade dos médicos para ajudar o paciente em função das características sócio-demográficas e profissionais do médico

		baixa N (%)	alta N (%)
Sexo ^{NS}	Masculino	15 (51,7)	14 (77,8)
	Feminino	14 (48,3)	4 (22,2)
Idade ^{NS}	Até 27 anos	13 (44,8)	7 (38,9)
	28 anos ou mais	16 (55,2)	11 (61,1)
Estado civil ^{NS}	Sem companheiro	23 (79,3)	13 (72,2)
	Com companheiro	6 (20,7)	5 (27,8)
Procedência *	nessa cidade	23 (79,3)	8 (44,4)
	outro lugar	6 (20,7)	10 (55,6)
Onde trabalha ^{NS}	apenas nesta instituição	20 (69,0)	11 (61,1)
	outros vínculos além desta instituição	9 (31,0)	7 (38,9)
Escolaridade ^{NS}	Em especialização	24 (82,8)	17 (94,4)
	com especialização	5 (17,2)	1 (5,6)
Anos de formado ^{NS}	até 2 anos	21 (72,4)	11 (61,1)
	2 anos ou mais	8 (27,6)	7 (38,9)
Especialidade^{NS}	Sem	2 (6,9)	
	clínica médica	15 (51,7)	9 (50,0)
	Cirurgia	12 (41,4)	9 (50,0)
horas/dia^{NS}	até 12 horas	12 (41,4)	7 (38,9)
	de 12 horas até 24 h	17 (58,6)	11 (61,1)
horas/sem^{NS}	até 72 horas na semana	16 (55,2)	11 (61,1)
	mais de 72 horas	13 (44,8)	7 (38,9)
Total		*29 (100)*	*18 (100)*

*p<0,05; ^{NS}: não significante

Alta dificuldade do médico para ajudar o paciente (tabela 11) teve associação predominantemente com as seguintes percepções dos profissionais: a doença ter um grande impacto na vida do doente (100%), o paciente compreender mais ou menos ou nada da natureza de sua doença (61,1%) e do tratamento (38,9%), o contato com o paciente despertar uma sensação negativa no médico (27,8%), e encaminhar o paciente para tratamento em saúde mental ser uma atitude possível (66,7%).

Perceber sintomas confusionais no paciente também se associou com alta dificuldade para ajudá-lo (11,1%). Apresentaram associação estatisticamente significante com alta dificuldade as seguintes percepções (tabela 10): os aspectos psicossociais terem afetado a doença do paciente (88,9%; χ^2=9,49; g.l.=2; p<0,01), ter baixa adesão às recomendações terapêuticas (27,8%; χ^2=5,90; g.l.=1; p<0,05) e considerar presença de sintomas depressivos (61,1%; χ^2=6,00; g.l.=1; p<0,01) e ansiosos (72,2%; χ^2=14,28; g.l.=1; p<0,01).

Tabela 11: Distribuição do grau de dificuldade dos médicos para ajudar o paciente em função das percepções do profissional em relação ao paciente

		baixa	**alta**
		N (%)	**N (%)**
Os aspectos psicossociais afetam substancialmente a doença do paciente? *	Sim	13 (44,8)	16 (88,9)
	Não	11 (37,9)	2 (11,1)
	Não sabe	5 (17,2)	
A doença teve um grande impacto na vida do paciente? NS	Sim	23 (79,3)	18 (100)
	Não	3 (10,3)	
	Não sabe	3 (10,3)	
O paciente compreende a natureza da sua doença? NS	Sim	15 (51,7)	7 (38,9)
	Mais ou menos	14 (48,3)	9 (50,0)
	Não		2 (11,1)
O paciente compreende o seu tratamento? NS	Sim	18 (62,1)	11 (61,1)
	Mais ou menos	11 (37,9)	6 (33,3)
	Não		1 (5,6)
Como você se sente quando está com este paciente? NS	Sensação positiva	22 (75,9)	8 (44,4)
	Sensação negativa	2 (6,9)	5 (27,8)
	Indiferente	5 (17,2)	5 (27,8)
Encaminhar este paciente para um psiquiatra ou psicólogo ajudaria? NS	Sim	16 (55,2)	12 (66,7)
	Não	4 (13,8)	1 (5,6)
	Não sabe	9 (31,0)	5 (27,8)
O paciente está conseguindo seguir as recomendações feitas para ele?**	Alta adesão	28 (96,6)	13 (72,2)
	Baixa adesão	1 (3,4)	5 (27,8)
Sintomas depressivos**	Sim	8 (27,6)	11 (61,1)
	Não	21 (72,4)	7 (38,9)
Sintomas de ansiedade*	Sim	5 (17,2)	13 (72,2)
	Não	24 (82,8)	5 (27,8)
Sintomas confusionais NS	Sim	1 (3,4)	2 (11,1)
	Não	28 (96,6)	16 (88,9)
Total		*29 (100)*	*18 (100)*

*p<0,01; **p<0,05; NS: não significante

Consideramos que encaminhar o paciente para um profissional de saúde mental configurava não apenas uma percepção sobre uma necessidade do paciente, mas também uma atitude do profissional frente ao que identifica como problema. Encontramos que 68,8% dos médicos com baixa dificuldade para ajudar o paciente ao qual percebiam como não compreendendo muito bem a natureza de sua doença, tinham a intenção de encaminhá-lo para o especialista em saúde mental (68,8%, χ^2==6,0; g.l.=2; p<0,05 – tabela 12).

Sem diferença estatisticamente significante, encontramos um predomínio de médicos com alta dificuldade para ajudar o paciente e dispostos a encaminhar o paciente para o psiquiatra e/ou psicólogo (tabela 11) quando era percebido que os aspectos psicossociais afetaram o paciente (91,7%), que a doença teve um grande impacto na vida do paciente (100%), que o paciente compreendia seu tratamento (66,7%), que o paciente despertava uma sensação positiva no profissional (50%), que o paciente tinha alta adesão ao tratamento (66,7%), tinha sintomas depressivos (66,7%), ansiosos (75%) e não tinha sintomas confusionais (91,7%).

Tabela 12: Distribuição da atitude de encaminhar o paciente para um profissional de saúde mental em função das percepções do profissional em relação ao paciente e de acordo com o grau de dificuldade dos médicos para ajudar o paciente

		baixa dificuldade						alta dificuldade					
		Encaminhar este paciente para um psiquiatra/psicólogo ajudaria?											
		sim		não		não sabe		sim		não		não sabe	
		N	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*
Os aspectos psicossociais afetam substancialmente a doença do paciente?[NS]	Sim	9	56,3	2	50,0	2	22,2	11	91,7	1	100	4	80,0
	Não	6	37,5	1	25,0	4	44,4	1	8,3			1	20,0
	Não sabe	1	6,3	1	25,0	3	33,3						
A doença teve um grande impacto na vida do paciente?[NS]	Sim	13	81,3	3	75,0	7	77,8	12	100	1	100	5	100
	Não	1	6,3	1	25,0	1	11,1						
	Não sabe	2	12,5			1	11,1						
O paciente compreende a natureza da sua doença?*	Sim	5	31,3	3	75,0	7	77,8	6	50,0			1	20,0
	Mais ou menos	11	68,8	1	25,0	2	22,2	6	50,0	1	100	2	40,0
	Não											2	40,0
O paciente compreende o seu tratamento?[NS]	Sim	8	50,0	4	100,0	6	66,7	8	66,7			3	60,0
	Mais ou menos	8	50,0			3	33,3	4	33,3	1	100	1	20,0
	Não											1	20,0
Como você se sente quando está com este paciente?[NS]	Sensação positiva	12	75,0	2	50,0	8	88,9	6	50,0	1	100	1	20,0
	Sensação negativa	2	12,5					4	33,3			1	20,0
	Indiferente	2	12,5	2	50,0	1	11,1	2	16,7			3	60,0
O paciente está conseguindo seguir as recomendações feitas para ele?[NS]	Alta adesão	16	100	4	100	8	88,9	8	66,7			5	100
	Baixa adesão					1	11,1	4	33,3	1	100		
Sintomas depressivos [NS]	Sim	5	31,3			2	22,2	8	66,7	1	100	2	40,0
	Não	11	68,8	4	100	7	77,8	4	33,3			3	60,0
Sintomas de ansiedade [NS]	Sim	5	31,3					9	75,0	1	100	3	60,0
	Não	11	68,8	4	100	9	100	3	25,0			2	40,0
Sintomas confusionais [NS]	Sim					1	11,1	1	8,3	1	100		
	Não	16	100	4	100	8	88,9	11	91,7			5	100
Total		*16*	*100*	*4*	*100*	*9*	*100*	*12*	*100*	*1*	*100*	*5*	*100*

*p<0,05; [NS]: não significante

Tabela 13: Regressão logística da dificuldade em ajudar o paciente em função da procedência do médico, percepção do médico de sintomas de ansiedade e depressão no paciente, percepção da adesão e do impacto psicossocial

	g.l.	Sig.	OR	IC 95.0% do OR	
				inferior	superior
o médico é de fora da cidade*	1	0.043	15.307	1.094	214.103
o médico considera que os fatores psicossociais afetaram o adoecer ^{ns}	1	0.361	0.239	.011	5.146
o médico considera baixa a adesão do paciente ao tratamento ^{ns}	1	0.783	24377.27	.000	3,4E+36
o médico considera que o paciente tem sintomas depressivos ^{ns}	1	0.482	2.232	.238	20.957
o médico considera que o paciente tem sintomas ansiosos *	1	0.038	18.914	1.181	302.999
Constante	1	0.017	0.109		

*p<0,05; ^{ns}: não significante

A análise multivariada da dificuldade de ajudar o paciente, tendo como variáveis independentes aquelas que apresentaram associação com a dificuldade (o médico proceder de outra cidade que não São Paulo, o médico considerar que os fatores psicossociais afetaram o adoecer, que é baixa a adesão do paciente ao tratamento, que o paciente tem sintomas depressivos e ansiosos) mostrou que:

- o médico considerar que o paciente tem sintomas ansiosos aumentou em 19 vezes a chance dele ter dificuldade para ajudar este paciente, em relação ao médico não considerar que os sintomas estão presentes (OR=18,9, p<0,05)
- o médico ser de fora da cidade de São Paulo aumentou em 15 vezes a chance dele ter dificuldade para ajudar este paciente, em relação ao médico ser da cidade (OR=15,3; p<0,05).

V- DISCUSSÃO

Todos estes nossos resultados, evidentemente, necessitam confirmação e aprofundamento. Há algumas particularidades que precisamos ter presentes ao longo da discussão de todos os aspectos estudados, entre as quais as mais importantes são: nossa amostra, em função das características da instituição e das perdas resultou composta, predominantemente, por profissionais jovens e com pouca experiência. Esta situação, evidentemente, pode produzir singularidades, que devem ser devidamente consideradas. Podemos, feitos estes assinalamentos, avançar uma discussão e algumas hipóteses:

- O dado que aponta para uma alta detecção dos quadros de confusão mental merece cautela.

A questão da detecção dos transtornos mentais pelos profissionais de saúde tem sido objeto de interesse no campo. A baixa detecção dos transtornos mentais secundários a problemas metabólicos ou cérebro-orgânicos sempre chamou nossa atenção e temos nos indagado quanto aos fatores que contribuem para esta situação. O que se verifica na literatura é que a detecção mais apurada dessas condições é relativamente recente, sendo em parte conseqüência da introdução de diferentes modalidades de atuação em saúde mental no hospital geral que têm favorecido uma série de observações e pesquisas que proporcionaram uma identificação e uma detecção mais ampla e precoce desses problemas, introduzindo importantes mudanças nos ambientes e nos cuidados. Kornfeld [2002 *apud* DeMarco, 2003], por exemplo, apresenta as conquistas, avanços e benefícios que a C-LP (Consultation-Liaison Psychiatry) tem trazido para a área médica, dentre os quais destaca:

- Mudanças nos procedimentos das cirurgias de catarata para evitar os quadros de *delirium* que os C-LP verificaram ser conseqüência da privação sensorial induzida pelos procedimentos pós-cirúrgicos.
- Mudanças na estrutura física e nos procedimentos das UTIs para evitar a ocorrência dos quadros de *delirium*, pois, também, foi verificado que certas condições ambientais e certos procedimentos estimulavam sua ocorrência.

A importância do campo, aponta para uma necessidade de ampliar a preparação e o treinamento dos profissionais, seja no plano da graduação seja no plano da especialização e de programas de educação continuada para os profissionais em exercício, visando ampliar o preparo no reconhecimento destas condições. A questão é relevante, pois, o *delirium* é um processo freqüente ao qual não se tem dado a devida atenção, sendo pouco diagnosticado e tratado. Isto fez com que Lipowski o definisse como "a Gata Borralheira da Psiquiatria" [Lipowski,1983]. Só para ter uma idéia da magnitude do problema, Lipowski [1987] encontrou que a prevalência entre os internados por outras

causas médicas é de 10-30 % e entre os idosos chegaria a 10-40%. Trzepacz [1999] também estima a incidência de delirium nos pacientes admitidos nos hospitais gerais nos EUA em 18-20%. Brannstrom [1999] em pesquisa realizada na Suécia encontrou que 43% dos pacientes idosos sumbetidos a cirurgia por fratura de femur na Suécia têm *delirium*. Outros dados apontam um índice de até 51% em pacientes pós-operados [Massie et al, 1983] e acima de 80% em pacientes com doença terminal [Tune, 1991]. Um outro dado importante apontado por Johnson [1999] é que os profissionais de saúde tendem a se concentrar e detectar o *delirium* mais no paciente com hiperatividade e agitado do que no hipoativo, retraído. Isto é compreensível na medida em que o primeiro é disruptivo e atrai a atenção da equipe, enquanto o segundo tende a não ser noticiado.

O não reconhecimento dos quadros pelos profissionais não-psiquiatras é da ordem de 46% [Armstrong et al, 1997] e, Farrell e Ganzini [1995] encontraram que, muitos pacientes diagnosticados como depressivos (41.8%) apresentavam de fato quadro de delirium.

Neste sentido o resultado da pesquisa é surpreendente e, como já mencionei, precisa de uma análise crítica cautelosa. A hipótese de que em nossa instituição já estaria ocorrendo um maior preparo é tentadora, mas, meramente especulativa. De qualquer modo, este é um campo do qual temos nos ocupado e trabalhado sempre em nossas intervenções, seja no plano da graduação, seja no plano das intervenções no campo de assistência. Contudo nossa amostra é muito pequena para qualquer afirmação mais segura (temos apenas quatro casos, todos do sexo feminino).

O que fica evidente é a necessidade de aprofundamento da investigação não só para confirmar estes dados como, também, um estudo mais dirigido para verificar alguma possível influência de nossas intervenções.

-Em relação aos sintomas de ansiedade e depressão, o índice de detecção pode ser considerado baixo (56,5% e 60% respectivamente) mas, está dentro das médias encontradas na literatura, que por sinal, são muito variáveis. Por exemplo, Kessler et al [1999], encontraram um índice de detecção de 36% para ansiedade e depressão. É estimado, em vários trabalhos que cerca de 35% a 65% dos pacientes com depressão maior não são diagnosticados nos cenários de atendimento médico [Coyne et al, 1995; Simon e Vonkorff, 1995; Gerber et al, 1989; Perez-Stable et al, 1990].

Há dados na literatura que indicam que, ao lado do sub-diagnóstico, temos também o diagnóstico inapropriado. Por exemplo, Boland et al [1996], encontraram que 40% dos pacientes diagnosticados como depressivos pelos profissionais não-psiquiatras, não tiveram o diagnóstico confirmado. Kessler et al [2002] por outro lado, partindo do princípio que estes estudos são criticados pelo fato de que em sua maioria são

transversais enquanto o acompanhamento pelos médicos é longitudinal e portanto os estudos não indicam se a depressão é importante clinicamente, se é diagnosticada mais tarde, se persiste indetectada ou se causa seqüelas, tentam determinar se a depressão e ansiedade não diagnosticada durante uma consulta é diagnosticada no seguimento ou se é auto-limitada ou sem importância clínica. As evidências que encontram indicam que o índice de que o medico geral falha para detectar um em sete pacientes com depressão tratável está mais próximo dos fatos do que a estimativa mais corrente de um para dois.

-Quanto às questões ligadas às dificuldades frente aos pacientes com grandes limitações físicas que, geralmente correspondem aos quadros clínicos mais graves, este é um dado de grande relevância que precisa ser confirmado e melhor discriminado, investigando-se os possíveis fatores que determinam, caso confirmada, esta atitude.

A título de hipótese, podemos indagar se estas situações podem ser reflexo de uma postura dos profissionais, focalizada na cura, na qual, ocorre identificação com uma perspectiva que se concentra na busca da cura para a doença e um desinteresse pelo cuidado com o doente. Nesta perspectiva, quando o paciente não melhora com o tratamento ou apresenta uma piora de sua condição ocorre uma tendência a um afastamento do profissional que, diante do sentimento de impotência, deixa de proporcionar ao paciente os cuidados possíveis para a sua situação.

Neste sentido, uma reflexão adicional que se impõe é se isto não reflete uma situação que predomina na própria Medicina, que valoriza primordialmente a cura e coloca a preocupação com o cuidado como periférica.

Em nossa experiência temos observado que a focalização exclusiva na cura é um dos elementos importantes a ser trabalhado e que expõe, facilmente, o profissional à sensação de impotência e às conseqüências resultantes desse estado (hostilidade contra o paciente, desinteresse, abandono do paciente). O que procuramos favorecer, nessas situações, é uma mudança de perspectiva. O que sempre trabalhamos com os profissionais é que a impotência é resultado da perspectiva adotada.

Por exemplo, se um profissional diante de um paciente fora dos recursos terapêuticos, em relação à sua doença, ficar aprisionado na perspectiva de cura, o resultado será a impotência. No entanto, uma mudança de perspectiva – por exemplo, trabalhar para proporcionar não a cura impossível, mas, o cuidado, ou mesmo uma boa morte ao paciente – restaura a potência e as possibilidades de ação.

-Quanto à associação entre a dificuldade de ajudar e o fato do profissional perceber que o paciente tem pouco conhecimento sobre a doença e o tratamento, este é um dado que se confirmado é muito importante, pois um paciente mal informado precisa, em tese, de mais e não de menos ajuda. O que levaria o profissional a se sentir pouco

disposto a ajudar quando percebe estas situações? É possível que um dos fatores presentes nestas situações esteja ligado à necessidade do profissional estar identificado com sentimentos de onipotência com uma conseqüente dificuldade de empatizar com a situação de desamparo do paciente.

A questão tem grande relevância pois, nossas observações e levantamentos prévios têm detectado que uma grande parte dos pacientes têm alta do hospital sem estar devidamente informados sobre a doença e as recomendações terapêuticas e de reabilitação. Esta é uma questão que estamos tentando trabalhar. Uma das medidas foi a criação de um "Programa de Otimização da Alta Hospitalar" que visa ajudar a criar a mentalidade, critérios e rotinas para a promoção de uma participação mais plena do paciente e dos familiares no tratamento.

-Com relação à dificuldade de ajudar frente à percepção que os aspectos psicossociais têm uma grande influência no adoecer do paciente, isto está possivelmente associado à desconsideração e/ou temor pelos aspectos psicossociais. Isto, evidentemente é reforçado por um ensino e prática da medicina, ainda fortemente ancorada no modelo biomédico, que tende a produzir uma evitação e/ou desconsideração pelos aspectos psicossociais.

-Os resultados da análise multivariada, indicam uma associação e um aumento significativo na dificuldade de ajudar o paciente relacionado a dois fatores: o profissional julgar que o paciente se apresenta ansioso e o profissional ser de fora da cidade.

Neste tópico, ganha ainda maior relevância ter presente a peculiaridade de nossa amostra em relação à idade e à pouca experiência. É bastante provável que este fator tenha influenciado o resultado.

De qualquer forma, o que se verifica é que, nesta amostra, o fato de o profissional ser de fora da cidade é um dado extremamente significativo. Este é um assunto que tem merecido nossa atenção. Tanto no plano da graduação quanto da especialização, em nossas aulas e/ou supervisões, damos uma atenção particularmente importante a esse dado, pois consideramos que é um campo que merece estudo e cuidado.

Na graduação, com referência a esse campo, o que temos, de maneira geral, são estudantes com idade em torno de 18 anos que vêm de diversos lugares do Estado ou mesmo do País para fazer o curso. Hospedam-se na casa de algum parente ou em moradias que via de regra compartilham com outros estudantes. Esta é uma situação que em nossa observação costuma ser fortemente ansiogênica.

Na especialização, temos um quadro semelhante. O profissional, recém-formado, geralmente com idade em torno de 24 anos se desloca para uma outra cidade, num ambiente hospitalar-universitário estranho, tendo que arcar com as grandes

responsabilidades que o novo papel lhe impõe. Este é um quadro amplamente ansiogênico e que motivou em 1996, em nossa instituição, a criação do NAPREME (Núcleo de Assistência e Pesquisa em Residência Médica) que tinha como objetivos iniciais: reduzir o estresse do treinamento, promover o crescimento profissional e pessoal, prevenir disfunções profissionais e distúrbios emocionais nos médicos residentes. Esse serviço incorporou, paulatinamente, o atendimento a residentes de enfermagem, pós-graduandos e especializandos [Nogueira-Martins, 1997].

Em relação à percepção da ansiedade nos pacientes, o que podemos indagar, é se existe alguma associação entre este dado e a ansiedade vivida pelos profissionais (identificação projetiva?). Ou seja, o diagnóstico de ansiedade no paciente estar na dependência de uma projeção da ansiedade do profissional (isto vale também para os pacientes percebidos como deprimidos).

O que é importante assinalar e que efetivamente se destaca nos dados é que a dificuldade para ajudar está primordialmente associada às percepções e condições dos profissionais e não às condições efetivas dos pacientes. Isto reforça a importância de evitar uma categorização ou rotulação como a de *paciente difícil de ajudar* e centrar-se no fenômeno (*dificuldade para ajudar*), investigando os diferentes fatores que contribuem para a sua produção.

VI- CONCLUSÕES

l- A hipótese do estudo de que a dificuldade do médico em ajudar o paciente internado no hospital geral é maior se este apresentar co-morbidade psiquiátrica não se confirmou.

2- A dificuldade para ajudar ficou confirmada em relação à situação do paciente apresentar limitação física grave, decorrente de seu estado.

3- No aspecto da percepção subjetiva dos profissionais, se confirmaram as hipóteses de que o profissional considera mais difícil ajudar os pacientes que ele percebe como:

3.1- apresentando co-morbidade psiquiátrica (apenas quanto à sintomas de ansiedade ou depressivos);

3.2- sofrendo grande impacto com o adoecer;

3.3- tendo o adoecer substancialmente afetado por fatores psicossociais;

3.4- tendo pouco conhecimento sobre a doença e o tratamento;

3.5- não conseguindo seguir as recomendações.

4- Na análise multivariada da dificuldade em ajudar o paciente em função da procedência do médico, percepção do médico de sintomas de ansiedade e depressão no paciente, percepção da adesão e do impacto psicossocial, observou-se uma correlação positiva nas situações em que o profissional é de fora da cidade e nas situações em que o profissional percebe o paciente como apresentando sintomas de ansiedade.

VII- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta investigação fornece uma oportunidade para comparar a dificuldade para ajudar o paciente associada à percepção do médico e associada a fatores objetivados. Neste sentido, alguns dados relevantes para a reflexão emergem a partir dos resultados. Verificamos, por exemplo, uma associação positiva entre a dificuldade de ajudar e a percepção do profissional de que o paciente está ansioso ou deprimido. Esta associação não se faz presente no caso dos pacientes detectados como apresentando sintomas de ansiedade e depressão. Ou seja, em relação a sintomas de ansiedade e depressão, a dificuldade aparece em função da percepção dos profissionais e não das características do paciente.

Estes resultados confirmam a importância de evitar categorizações como a de "paciente difícil de ajudar", mostrando a vantagem de focar as dificuldades no fenômeno (dificuldade para ajudar) e na relação para, a partir desse enfoque, buscar os fatores que podem estar determinando a dificuldade de ajudar.

Há toda uma série de fatores e características dos profissionais e dos pacientes que interferem na observação, no vínculo e na comunicação. Em relação aos profissionais, poderíamos agrupar estes fatores em três categorias principais:

- Insuficiência de conhecimento e preparo técnico,
- inadequação das condições institucionais para o trabalho e,
- fatores emocionais

Estes fatores podem ser decorrentes, entre outros, de:

- ensino inadequado e/ou insuficiente;
- falta de envolvimento ou disponibilidade do profissional;
- perturbações psicopatológicas prévias do profissional;
- perturbações decorrentes do confronto com situações difíceis e/ou extremas da prática, relacionadas a características da doença e/ou dos pacientes;
- condições inadequadas e insalubres a que o profissional é submetido (jornada de trabalho excessiva, falta de condições materiais para o trabalho etc.).

Evidentemente, estes fatores se interpenetram assim como as estratégias para lidar com eles podem ser independentes ou conjugadas (por exemplo, um profissional pode estar pouco preparado para reconhecer a depressão por falta de conhecimento técnico, associado a temor à depressão). Geralmente, a dificuldade para ajudar decorrente de falta de conhecimento técnico não tende por si só a se transformar num problema e num distúrbio da comunicação e do vínculo. A meu ver a situação se problematiza e se torna mais difícil de ser equacionada quando vem acompanhada de

fatores emocionais que predispõem à identificação projetiva. Nestas situações o simples conhecimento técnico é insuficiente para equacionar a situação.

Focando nos aspectos levantados pela nossa pesquisa os resultados indicam:
- frente ao baixo reconhecimento dos sintomas de depressão e ansiedade, é necessário identificar os fatores que contribuem para isso, discriminando entre a falta de preparo técnico e a falta de preparo emocional. Por outro lado, uma vez que já desenvolvemos uma série de ações voltadas para a evolução desse campo, seja no preparo técnico, seja no preparo emocional, é importante uma avaliação da eficácia de nossas ações. Num plano mais imediato, poderia ser pensada como medida preliminar a aplicação sistematizada do HADS ou outro instrumento, para fins de rastreamento. Esta seria uma medida relativamente simples que poderia trazer resultados no que tange à questão do conhecimento técnico. Em relação à sensitividade e especificidade desses instrumentos, Mulrow et al [1995] realizaram uma metanálise de trabalhos (1966 a 1994) que utilizaram instrumentos para detectar transtorno depressivo nos cenários de cuidados primários. Foram selecionados dezoito estudos (oito instrumentos de rastreamento). A sensitividade e a especificidade para detectar depressão maior variou de 67% a 99% e de 40% a 95%, respectivamente. Não foi encontrada diferença significativa entre os instrumentos.

Entretanto do ponto de vista de ampliar a capacitação dos profissionais, as pesquisas têm apresentado resultados pouco promissores em relação à efetividade deste procedimento, particularmente no que tange à ampliação da capacidade de intervenção deste profissionais Gilbody et al [2001]. Numa revisão sistemática identificaram 9 trabalhos randomizados e controlados realizados em cenários de atendimento não psiquiátricos, nos quais eram administrados questionários de rastreamento de transtornos mentais e fornecido feedback aos clínicos. Os estudos compararam o efeito da administração destes instrumentos, seguidos pelo feedback dos resultados fornecido aos clínicos, com a administração sem feedback. A maioria dos estudos (sete) fornecia feedback aos médicos de todos os casos detectados. Isto não aumentou o reconhecimento dos transtornos mentais como ansiedade e depressão. Dois estudos mostraram que a administração do questionário seguida de feedback somente dos casos com altos escores aumentou o índice de detecção para os casos de depressão. Contudo, isso não se traduziu num maior grau de intervenção. Mesmo programas mais extensos de treinamento oferecem resultados pouco satisfatórios, como foi observado por Lin et al [2001] que promoveram um programa de educação e treinamento de médicos visando capacitá-los a diagnosticar e manejar quadros depressivos. O programa teve duração de 3 meses e os métodos de educação incluíram discussões interativas em pequenos grupos, demonstrações de especialistas, *role-play* e instrução detalhada sobre

farmacoterapia, critérios para encaminhamento e consultoria psiquiátrica para revisão de casos. Após um ano foi feita uma avaliação e verificou-se que o reconhecimento e manejo dos transtornos pelos profissionais que receberam o treinamento não diferia de seus colegas.

A resistência à mudança nesse campo, sugere que além das questões técnicas é necessária uma atenção às barreiras emocionais.

- em relação à dificuldade dos profissionais em ajudar, frente às percepções que têm dos pacientes (que os pacientes estão ansiosos, deprimidos, tem baixa compreensão da doença e do tratamento, não estão seguindo as recomendações e os fatores psicossociais interferem no adoecer), isto pode remeter à desconsideração e/ou dificuldade dos profissionais em lidar com os aspectos psicossociais neles próprios e confirmar a importância das barreiras emocionais. Este é um campo que, conforme já detalhei no capítulo introdutório, tem recebido grande atenção. Estes dados confirmam a importância dessa atenção, seja nos programas de graduação, seja nos programas de educação continuada;
- a dificuldade em ajudar, frente à gravidade do paciente, está, possivelmente, mais associada a um despreparo emocional do profissional para lidar com estas situações que remetem ao reconhecimento das limitações e por conseqüência a um abalo no sentimento de onipotência. É importante aqui um aprofundamento, bem como uma avaliação da eficácia das ações que já temos dirigido para esse aspecto e que envolve, entre outras, a abertura de possibilidades de balancear as medidas de cura e de cuidado;
- quanto à dificuldade de ajudar, associada ao fato do profissional ser de outra cidade, este dado orienta para a importância do aprofundamento das investigações sobre as condições de vida dos profissionais. Reforça também a importância de serviços como o NAPREME e de outras ações complementares voltadas, seja para o rastreamento e tratamento de condições psicopatológicas, seja para o cuidado e a qualidade de vida dos profissionais. Este ponto é relevante, pois, dificilmente, um profissional que é cuidado e/ou se cuida de forma inadequada, poderá dispensar bons cuidados ao seu paciente.

VIII- ANEXOS

Anexo 1

Questionário sócio-demográfico e clínico do paciente

Faça um circulo na resposta; não esqueça de preencher idade, data de nascimento e anos de estudo. Os dados clínicos (questões nº 12 a 16) devem ser pesquisados no prontuário ou com o médico (usar CID10).

1. Sexo
1. Masculino
2. Feminino

2. Idade
Dt. de nascto: __ __/__ __/ 19 __ _ anos
1. 0 a 18 anos incompletos
2. 18 a 30 anos incompletos
3. 30 a 40 anos incompletos
4. 40 a 50 anos incompletos
5. 50 a 60 anos incompletos
6. 60 a 70 anos incompletos
7. 70 ou mais anos

3. Estado civil
1. solteiro
2. casado/convive
3. separado / viúvo

4. Local de Nascimento
1. dessa cidade
2. das cidades vizinhas
3. de outro lugar

5. Procedência
1. dessa cidade
2. das cidades vizinhas
3. de outro lugar

6. Escolaridade
___ anos de estudo
1. analfabeto (0 anos)
2. 1º grau inc. (de 1 a 7anos)
3. 1º grau completo (8 anos)
4. 2º grau inc. (9 e 10 anos)
5. 2º grau completo (11 anos)
6. 3º grau incompleto
7. 3º grau compl (inclui PG)

7. Atuação profissional:
1. empresário
2. empregado
3. desempregado
4. em trabalho temporário
5. trabalho s/ remuneração
6. aposentado por tempo de serviço
7. afastado por doença
8. aposentado por doença

8. Fonte pagadora
1. SUS
2. convênio / seguradora
3. particular

9. Filhos
1. sim número:____
2. não

10. Renda familiar
(1 salário mínimo= R$200,00)
1. sem rendimento
2. até 1 SM
3. 1 - 2 SM
4. 2 –3 SM
5. 3 – 5 SM
6. 5 – 10 SM
7. 10 – 20 SM
8. mais de 20 SM
9. não quer/ sabe declarar

11. Segue alguma crença?
1. sim
2. não

12. Diagn. principal da internação: _____

13. Diagn. da doença de base (preencher se diferente da anterior): _____

14. Tempo da doença de base (anos/meses): _____

15. Tempo de internação (horas): _____

16. Nº de internações nos últimos 12 meses:_____
*12 – 16 dados obtidos no prontuário

17. Paciente respondeu o questionário?
1. não, recusou
2. não, perdido
3. sim

Anexo 2

Questionário sócio-demográfico do profissional de saúde (médico)

Faça um circulo na resposta; não esqueça de preencher idade, data de nascimento e anos de estudo.

1. Sexo
1. Masculino
2. Feminino

2.Idade
Dt. de nascto: __ __/__ __/__ __
_____ anos
1. 0 a 18 anos incompl
2. 18 a 30 anos incompl
3. 30 a 40 anos incompl
4. 40 a 50 anos incompl
5. 50 a 60 anos incompl
6. 60 a 70 anos incompl
7. 70 ou mais anos

3.Estado civil
1.solteiro
2.casado/convive
3. separado / viúvo

4.Dependentes
1. sim número:____
2. não

5.Local de Nascimento
1. dessa cidade
2. das cidades vizinhas
3. de outro lugar

6.Procedência
1.dessa cidade
2. das cidades vizinhas
3.de outro lugar

7. Atuação profissional:
1. profissional liberal/autônomo (consultório partic.)
2. empregado nesta instituição (funcionário, estagio remunerado)
3. 1+ 2
4. 1+ outro emprego que não 2
5. 2 + outro emprego

8.Escolaridade
1. graduaçao
2. especialização (residência/estágio) incompleta
3.especialização (residência/estágio) completa
4. mestrado incompleto
5. mestrado completo
6. doutorado incompleto
7. doutorado completo
8. pós-doutorado

9. Ano de formatura na profissão __ __ __ __

10. Especialização
1.sim
Qual?_____
2. não

11. Número de horas/dia na instituição
__ __ horas/dia

12. Número de horas/semana somando todos os trabalho __ __ __ horas/semana

13. Profissional respondeu o questionário?
1. não, recusou
2.não, perdido
3. sim

Anexo 3

ÍNDICE DE KARNOFSKY

Marcar com um círculo o escore mais próximo do qual o paciente se encaixa,

Escore Descrição do escore

90 **Capaz de ter atividade normal, com sintomas menores da doença (sintomático, mas ambulatorial)**

80 **Atividade normal com esforço (sintomático, mas ambulatorial)**

70 **Pode se cuidar, incapaz de ter atividade normal ou trabalho ativo(fica menos de 50% do dia acamado)**

60 **Necessita ocasionalmente de assistência, tem autonomia para suas necessidades fisiológicas (fica menos de 50% do dia acamado)**

50 **Requer assistência e cuidados médicos freqüentes (fica acamado mais de 50% do dia)**

40 **Incapacitado, necessita de cuidados especiais e assistência (fica acamado mais de 50% do dia)**

30 **Totalmente incapaz, necessário hospitalização, morte não é iminente (totalmente incapaz)**

20 **Muito doente, hospitalização, tratamento ativo e suportivo (totalmente incapaz)**

10 **Moribundo (totalmente incapaz)**

Anexo 4

HADS - P

Por favor, leia todas as frases. Marque com um "x" na resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na **última semana**. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Vale mais a sua resposta espontânea.

1. Eu me sinto tenso e contraído.
3( ) A maior parte do tempo
2( ) Boa parte do tempo
1( ) De vez em quando
0( ) Nunca

2. Eu ainda sinto gosto (satisfação) pelas mesmas coisas de que costumava gostar.
0( ) Sim, do mesmo jeito que antes
1( ) Não tanto quanto antes
2( ) Só um pouco
3( ) Já não sinto mais prazer em nada

3. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer.
3( ) Sim, de um jeito muito forte
2( ) Sim, mas não tão forte
1( ) Um pouco, mas isso não me preocupa
0( ) Não sinto nada disso

4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas.
0( ) Do mesmo jeito que antes
1( ) Atualmente um pouco menos
2( ) Atualmente bem menos
3( ) Não consigo mais

5. Estou com a cabeça cheia de preocupações
3( ) A maior parte do tempo
2( ) Boa parte do tempo
1( ) De vez em quando
0( ) Raramente

6. Eu me sinto alegre
3( ) Nunca
2( ) Poucas vezes
1( ) Muitas vezes
0( ) A maior parte do tempo

7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado
0( ) Sim, quase sempre
1( ) Muitas vezes
2( ) Poucas vezes
3( ) Nunca

8. Estou lento (lerdo) para pensar e fazer as coisas.
3( ) Quase sempre
2( ) Muitas vezes
1( ) De vez em quando
0( ) Nunca

9. Tenho uma sensação ruim de medo (como um frio na espinha, ou um aperto no estômago...)
0( ) Nunca,
1( ) De vez em quando
2( ) Muitas vezes
3( ) Quase sempre

10. Eu perdi o interesse de cuidar da minha aparência.
3( ) Completamente
2( ) Não estou mais me cuidando como deveria
1( ) Talvez não tanto quanto antes
0( ) Me cuido do mesmo jeito que antes

11. Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum
3( ) Sim, demais
2( ) Bastante
1( ) Um pouco
0( ) Não me sinto assim

12. Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir
0( ) Do mesmo jeito que antes
1( ) Um pouco menos do que antes
2( ) Bem menos do que antes
3( ) Quase nunca

13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico
3( ) A quase todo momento
2( ) Várias vezes
1( ) De vez em quando
0( ) Não sinto isso

14. Consigo sentir prazer ao assistir a um bom programa de TV, de rádio, ou quando leio alguma coisa
0( ) Quase sempre
1( ) Várias vezes
2( ) Poucas vezes
3( ) Quase nunca

Anexo 5

CAM -P

Terminada a entrevista, faça um círculo no item que corresponde ao que você observou sobre o paciente. Se o evento for ausente, pule as questões b e c.

1. Início agudo*:* Há evidência de uma mudança aguda do estado mental de base do paciente? **1.** Sim **2.** Não

2.Distúrbio da atenção:

2a) o paciente teve dificuldade em focalizar sua atenção , por exemplo, distraiu-se facilmente ou teve dificuldade em acompanhar o que estava sendo dito?

1. Ausente em todo o momento da entrevista **3.** Presente em algum momento, porém marcante

2. Presente em algum momento da entrevista, de forma leve **4.** Incerto

2b)se presente ou anormal, este comportamento variou durante a entrevista, isto é, tendeu a surgir ou desaparecer ou aumentar e diminuir de gravidade?

1. Sim **2.** Não **3.** Incerto **4.** Não aplicável

2c) se presente ou anormal, descreva o comportamento: _____

3.Pensamento desorganizado:

3a) O pensamento do paciente era desorganizado ou incoerente, com a conversação dispersiva ou irrelevante, fluxo de idéias pouco claro ou ilógico, ou mudança imprevisível de assunto?

1. Ausente em todo o momento da entrevista **3.** Presente em algum momento, porém marcante

2. Presente em algum momento da entrevista, de forma leve **4.** Incerto

3b) se presente ou anormal, este comportamento variou durante a entrevista, isto é, tendeu a surgir ou desaparecer ou aumentar e diminuir de gravidade?

1. Sim **2.** Não **3.** Incerto **4.** Não aplicável

3c) se presente ou anormal, descreva o comportamento: _____

4.Alteração do nível de consciência:

4a) Em geral, como você classificaria o nível de consciência do paciente?

1. alerta (normal) **4.** estupor (despertar difícil)

2. vigilante(hiperalerta,hipersensível a estímulos ambientais,assusta-se facilmente) **5**. coma

3. letárgico (sonolento, facilmente acordável) **6**. incerto

4b)se presente ou anormal, este comportamento variou durante a entrevista, isto é, tendeu a surgir ou desaparecer ou aumentar e diminuir de gravidade?

1. Sim **2.** Não **3.** Incerto **4.** Não aplicável

4c) se presente ou anormal, descreva o comportamento: _____

5.Desorientação:

5a) o paciente ficou desorientado durante a entrevista, por exemplo, pensando que estava em outro lugar que não o hospital, que estava no leito errado, ou tendo noção errada da hora do dia?

1. Ausente em todo o momento da entrevista **3.** Presente em algum momento, porém marcante

2. Presente em algum momento da entrevista, de forma leve **4.** Incerto

5b)se presente ou anormal, este comportamento variou durante a entrevista, isto é, tendeu a surgir ou desaparecer ou aumentar e diminuir de gravidade?

1. Sim **2.** Não **3.** Incerto **4.** Não aplicável

5c) se presente ou anormal, descreva o comportamento: _____

6.Distúrbio (prejuízo) da memória:

6a) O paciente apresentou problemas de memória durante a entrevista, tais como incapacidade de se lembrar de eventos no hospital, dificuldade para se lembrar de instruções?

1. Ausente em todo o momento da entrevista **3.** Presente em algum momento, porém marcante

2. Presente em algum momento da entrevista, de forma leve **4.** Incerto

6b)se presente ou anormal, este comportamento variou durante a entrevista, isto é, tendeu a surgir ou desaparecer ou aumentar e diminuir de gravidade?

1. Sim **2.** Não **3.** Incerto **4.** Não aplicável

6c) se presente ou anormal, descreva o comportamento: _____

7.Distúrbios de percepção:

7a) O paciente apresentou sinais de distúrbios de percepção, como por exemplo, alucinações, ilusões ou interpretações errôneas (pensando que algum objeto fixo se movimentava)?

1. Ausente em todo o momento da entrevista **3.** Presente em algum momento, porém marcante

2. Presente em algum momento da entrevista, de forma leve **4.** Incerto

7b) se presente ou anormal, este comportamento variou durante a entrevista, isto é, tendeu a surgir ou desaparecer ou aumentar e diminuir de gravidade?

1. Sim **2.** Não **3.** Incerto **4.** Não aplicável

7c) se presente ou anormal, descreva o comportamento: _____

8.Agitação psicomotora:

- Parte 1 – durante a entrevista o paciente apresentou aumento anormal da atividade motora, tais como agitação, beliscar de cobertas, tamborilar com os dedos ou mudança súbita e freqüente de posição?

1. Ausente em todo o momento da entrevista **3.** Presente em algum momento, porém marcante

2. Presente em algum momento da entrevista, de forma leve **4.** Incerto

8.1b) se presente ou anormal, este comportamento variou durante a entrevista, isto é, tendeu a surgir ou desaparecer ou aumentar e diminuir de gravidade?

1. Sim **2.** Não **3.** Incerto **4.** Não aplicável

8.1c) se presente ou anormal, descreva o comportamento: _____

- Parte 2 - durante a entrevista o paciente apresentou diminuição anormal da atividade motora, como letargia, olhar fixo no vazio, permanência na mesma posição por longo tempo, ou lentidão exagerada de movimentos?

1. Ausente em todo o momento da entrevista **3.** Presente em algum momento, porém marcante

2. Presente em algum momento da entrevista, de forma leve **4.** Incerto

8.2b)se presente ou anormal, este comportamento variou durante a entrevista, isto é, tendeu a surgir ou desaparecer ou aumentar e diminuir de gravidade?

1. Sim **2.** Não **3.** Incerto **4.** Não aplicável

8.2c) se presente ou anormal, descreva o comportamento: _____

9.Alteração do ciclo sono-vigília:

9a) O paciente apresentou sinais de alteração do ciclo sono-vigília, como sonolência diurna excessiva e insônia noturna?

1. Ausente em todo o momento da entrevista **3.** Presente em algum momento, porém marcante

2. Presente em algum momento da entrevista, de forma leve **4.** Incerto

9b)se presente ou anormal, este comportamento variou durante a entrevista, isto é, tendeu a surgir ou desaparecer ou aumentar e diminuir de gravidade?

1. Sim **2.** Não **3.** Incerto **4.** Não aplicável

9c) se presente ou anormal, descreva o comportamento: _____

Anexo 6

DTH - M

- Responda as questões e assinale os itens:

1. Quais são os sintomas mais relevantes, diagnóstico e tratamento deste paciente?

_____

_____

_____

_____

2. Os aspectos psicossociais afetam substancialmente a doença do paciente?

1. Sim, afetam 2. Não afetam 3. Não sabe dizer se afetam

3. A doença teve um grande impacto na vida do paciente?

1. Sim, teve 2. Não teve 3. Não sabe dizer se teve

4. O paciente compreende a natureza da sua doença?

1. Sim , compreende 2. Compreende mais ou menos 3.Não compreende

5. O paciente compreende o seu tratamento?

1. Sim, compreende 2. Compreende mais ou menos 3.Não compreende

6. Como você acha que está ajudando o paciente?

_____

_____

_____

_____

7. O que você acha que o paciente quer?

_____

_____

_____

_____

8. Quais são as dificuldades que você tem com este paciente?

_____

_____

_____

_____

9. O que poderia reduzir estas dificuldades?

_____

_____

_____

_____

10. Como você se sente quando está com este paciente?

1. Uma sensação positiva 2. Uma sensação negativa 3. Indiferente

11. Encaminhar este paciente para um psiquiatra ou psicólogo ajudaria?

1. Sim, ajudaria 2. Não ajudaria 3. Não sabe dizer se ajudaria

12. Qual o grau de dificuldade de ajudar este paciente, considerando o problema que ele está apresentando?

_____

_____

0	1	2	3	4
não é difícil	pouco difícil	difícil	muito difícil	extremamente difícil

13. O paciente está conseguindo seguir as recomendações e solicitações que são feitas para ele sobre o tratamento?

_____

_____

0	1	2	3	4
totalmente	quase totalmente	mais ou menos	pouco	

IX- REFERÊNCIAS

Abraham K. *Teoria psicanalítica da libido: sobre o caráter e o desenvolvimento da libido.* Rio de Janeiro: Imago Editora; 1970.

Adelmiluy G, Rees CE, Sheard CE. *Evaluating the reliability and validity of three tools to assess the quality of health information on the Internet.* Patient Education and Counseling Volume 50, Issue 2 , June 2003, p.151-155.

Anderson LA, Sharpe PA. *Improving patient and provider communication: A synthesis and review of communication interventions.* Patient Education and Counseling 1991; 17:99-134.

Armstrong SC, Cozza KL, Watanabe KS. *The misdiagnosis of delirium*.Psychosomatics. 1997 Sep-Oct;38(5):433-9.

Baarts C, Tulinius C, Reventlow, S. *Reflexivity—a strategy for a patient-centred approach in general practice.* Family Practice Vol. 17, No. 5, 430-434 2000.

Baker DW et al. *Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees.* Am J Public Health. 2002 Aug;92(8):1278-83.

Balint M. *O médico, seu paciente e a doença.* Rio de Janeiro: Livraria Atheneu; 1988

Balint M. *Psicanálise e prática médica* in *A Experiência Balint* Missenard André (org.). São Paulo: Editora Casa do Psicólogo; 1994.

Barlow JH, Turner AP, Wright CC. *A randomized controlled study of the Arthritis Self-Management Programme in the UK*. Health Education Research, Vol. 15, No. 6, 665-680, December 2000.

Barnett P. *Rapport and the hospitalist.* The American Journal of Medicine Volume 111, Issue 9, Supplement 2 , 21 December 2001, p.31-35.

Barry CA et al. *Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor–patient communication in general practice.* Social Science & Medicine Volume 53, Issue 4 , August 2001, p.487-505.

Bartlett EE et al. *The effects of physician communications skills on patient satisfaction; recall, and adherence.* J Chronic Dis 1984; 37:755-764.

Bateson G. *Propósito Consciente Versus Natureza*. In Cooper D (org). *Dialética da Libertação* . Rio de Janeiro: Zahar Editores;1968.

Baudrillard J. *A transparência do mal*. São Paulo: Papirus; 1992.

Bensing JM. *The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine*. Patient Education and Counseling Volume 39, Issue 1 , January 2000, p.17-25.

Bensing JM. *Do gender-dyads have different communication patterns? A comparative study in Western-European general practices.* Patient Education and Counseling Volume 48, Issue 3 , December 2002, p.253-264.

Bensing JM, Verhaak PFM, Dulmen AM van, Visser AP. *Communication: the royal pathway to patient-centered medicine.* Patient Education and Counseling Volume 39, Issue 1 , January 2000, p.1-3.

Bion WR. *O Aprender Com A Experiência.* Rio de Janeiro: Editora Imago; 1991.

Bion WR. *Cogitações*. Rio de Janeiro: Editora Imago; 1992.

Bion WR. *Estudos psicanalíticos revisados.* Rio de Janeiro: Imago Editora; 1994.

Blumeenthsl D. *Doctors in a Wired World: Can Professionalism Survive Connectivity?* The Milbank Quarterly, Volume 80, Issue 3 Page 525 - September 2002.

Boland RJ et al. *Overdiagnosis of depression in the general hospital.* Gen Hosp Psychiatry. 1996 Jan;18(1):28-35.

Boon H, Stewart M. *Patient-physician communication assessment instruments: 1986 to 1996 in review.* Patient Education and Counseling, Volume 35, Issue 3 , 1 November 1998, p.161-176.

Botega NJ. *O Ensino De Psicologia Médica No Brasil: Uma Enquête Postal.* Revista ABP-APAL 16(2): 45-51.E, 1994.

Botega NJ. Prática *psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência.* Porto Alegre: Artmed; 2002.

Brannstrom B. *Care of the delirious patient.* Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 10, 416-419, 1999.

Brenman P. *Working through in the counter-transference. Int. J. Psycho-Anal.* 66:157-66, 1985.

Breton P, Proulx S. *L'explosion de la communication: la naissance d'une nouvelle idéologie.* Montréal: Boreal; 1994.

Brink-Muinen A van den. *The role of gender in healthcare communication.*Patient Education and Counseling Volume 48, Issue 3 , December 2002, p.199-200.

Brink-Muinen A van den et al. *Doctor–patient communication in different European health care systems: Relevance and performance from the patients' perspective*. Patient Education and Counseling Volume 39, Issue 1 , January 2000, p.115-127.

Brink-Muinen A van den, Dulmen S van, Messerli-Rohrbach V, Bylund CL, Makoul G. *Empathic communication and gender in the physician–patient encounter*. Patient Education and Counseling, Volume 48, Issue 3 , December 2002, p.207-216.

CAIDI. Relatório Anual de Atividades do Hospital São Paulo. 2000

Cassin B. *Relações entre Ciência e Retórica.* Conferência apresentada no congresso "Provas públicas, Ciência, Tecnologia e Democracia" realizado em agosto de 2004, publicado na Folha de São Paulo 05/09/04.

Cegala DJ, Post DM, McClure L.*The Effects of Patient Communication Skills Training on the Discourse of Older Patients During a Primary Care Interview***.** Journal of the American Geriatrics Society Volume 49 Issue 11 p.1505 - November 2001.

Chandler D. *Semiotics: The Basics.* London:Routledge; 2001.

Charles C, Gafni A, Whelan T. *How to improve communication between doctorsand patients*. *BMJ* 2000;320:1220–1.

Cleary PD, Edgman-Levitan S. *Health Care Quality: Incorporating Consumer Perspectives.* JAMA. 1997; 2778(19):1608-1612.

Clifford J, Murrell TG. Winefield HR. *Process and outcomes in general practice consultations: problems in defining high quality care*. Social Science & Medicine 41(7): 969-975, 1995.

Cline RJW. *At the intersection of micro and macro: opportunities and challenges for physician–patient communication research.* Patient Education and Counseling Volume 50, Issue 1 , May 2003, p.13-16.

Cline RJW, Haynes KM. *Consumer health information seeking on the Internet: the state of the art.* Health Education Research, Vol. 16, No. 6, 671-692, December 2001.

Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs.* JAMA. 1999 Feb 10;281(6):552-7.

Correspondência Completa Freud-Jung, Rio de Janeiro: Imago Editora; 1976.

Correspondência Freud-Ferenczi, 1908-1911, Rio de Janeiro: Imago Editora; 1994.

Coulter A, Magee H. (ed.). *The European Patient of the Future.* Maidenhead, UK; Open University Press, 2003; 285 p.

Cowles RA, Moyer CA, Sonnad SS, Simeone DM, Knol JA, Eckhauser FE, Mulholland MW, Colletti LM. *Doctor-patient communication in surgery: attitudes and expectations of*

general surgery patients about the involvement and education of surgical residents. Journal of the American College of Surgeons Volume 193, Issue 1 , July 2001, p.73-80.

Coyne JC, Schwenk TL, Fechner-Bates S. *Nondetection of depression by primary care physicians reconsidered.* Gen Hosp Psychiatry. 1995;17:3-12.

Craig RT. *Communication theory as a field.* Communication Theory, 9(2), 1999, 199-161.

Culliton BJ. *Doctor, are you there?* The American Journal of Medicine Volume 109, Issue 7 , November 2000, p.602-604.

Cushing A. *Communication Skills*. Medical Education Volume 30(5) September 1996, p.316-318.

De Valck C, Bensing J, Bruynooghe R, Batenburg V. *Cure-oriented versus care-oriented attitudes in medicine.* Patient Education and Counseling
Volume 45, Issue 2 , November 2001, p.119-126.

Del Piccolo L, Mazzi M, Saltini A, Zimmermann C. *Inter and intra individual variations in physicians' verbal behaviour during primary care consultations.* Social Science & Medicine Volume 55, Issue 10 , November 2002, p.1871-1888.

DeFleur ML, Ball-Rockeach S. *Teorias da Comunicação de Massa* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993.

Delbanco T. *Enriching the doctor-patient relationship by inviting the patient's perspective.* Annals of Internal Medicine 116:414-418, March 1, 1992.

Delbanco T. *Hospital medicine: understanding and drawing on the patient's perspective.* The American Journal of Medicine Volume 111, Issue 9, Supplement 2 , 21 December 2001, Pages 2-4.

DeMarco MA. *Sobre Deuses e Médicos, o Reencantamento da Medicina.* Junguiana 7: Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica, São Paulo, 1989, p. 55-80.

DeMarco MA. *Sendas do Imaginário, uma perspectiva Arquetípica em Psicossomática.* Tese de mestrado apresentada na EPM-UNIFESP, 1993. Não publicada.

DeMarco MA. *Crença e Violência*. Junguiana 13, Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica, SP, 1995 p.20-30.

DeMarco MA. *A Face Humana da Medicina.* São Paulo: Editora Casa do Psicólogo; 2003.

Detmar SB, Aaronson NK, Wever LDV, Muller M, Schornagel JH. *How Are You Feeling? Who Wants To Know? Patients' and Oncologists' Preferences for Discussing Health-*

Related Quality-of-Life Issues. Journal of Clinical Oncology, Vol 18, Issue 18 (September), 2000: 3295-3301.

Deveugele M, Derese A, De Maeseneer J. *Is GP–patient communication related to their perceptions of illness severity, coping and social support?* Social Science & Medicine Volume 55, Issue 7 , October 2002, p.1245-1253.

Dewey J. *Democracy and Education*, 1916, in http:// www. ilt. columbia. edu/ projects/ digitexts/ dewey/ d_e/ chapter01. html.

Duffy M, Wimbush E, Reece J, Eadie D. *Net profits? Web site development and health improvement.* Health Education, Volume 103 Number 5, 2003, p.278-285.

Duggan AP, Parrott RL. *Physicians' nonverbal rapport building and Patients' Talk About the Subjective.* Human Communication Research, vol 27 Nº 2, April 2001 p.299-311.

Dulmen AM van. *Different perspectives of doctor and patient in communication*. International Congress Series Volume 1241 , September 2002, p.243-248.

Dulmen S van. *Patient-centredness*. Patient Education and Counseling Volume 51, Issue 3 , November 2003, p.195-196.

Dutta-Bergman MJ. *The impact of Completeness and Web Use Motivation on the credibility of e-Health Information*. Journal of Communication, June 2004- 253-69.

Eachus P. *Health information on the Internet: is quality a problem?*, International Journal of Health Promotion and Education, 37, 30-3;1999.

Edwards A, Elwyn G, Gwyn R. *General practice registrar responses to the use of different risk communication tools in simulated consultations: a focus group study. BMJ* 1999;319:749–52.

Egbert LD et al. *Reduction of Postoperative Pain by Encouragement and Instruction of Patients,* New England Journal of Medicine, 1964; 870:825-827.

Eksterman A. in *A Medicina da Pessoa*, Perestrello D. São Paulo: Ed.Atheneu; 1996.

Eng TT, Gustafson DH, Henderson J, Jimison H, Patrick, K. *Introduction to evaluation of interactive health communication applications*. American Journal of Preventive Medicine, 16, 10-15. 1999.

Engel GL. *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine.* Science Volume 196, Issue 4286 , April 8, 1977, p.129-136.

Epstein RM, Borrell F, Visser A. *Hearing voices: patient-centered care with diverse populations.* Patient Education and Counseling Volume 48, Issue 1 , September 2002, p.1-3.

Fabbri R, Moreira M, Garrido R, Almeida OP. *Validity and reability of the portuguese version of the confusion assessment method (CAM) for the detection of delirium in the elderly.* Arq Neuropsiquiatr 2001; 59(2-A):175-9.

Farmer J, Richardson A. *Information for trained nurses in remote areas: do electronically networked resources provide an answer?*, Health Libraries Review, 14, 97-103; 1997.

Farrell KR, Ganzini L. *Misdiagnosing delirium as depression in medically ill elderly patients.* Archives of Internal Medicine vol. 155 n.22 Dec 11 1995.

Figueiredo LC. *Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea.* São Paulo: Editora Escuta; junho/2003, p. 127-158.

Ford S, Fallowfield L, Lewis S. *Can oncologists detect distress in their out-patients and how satisfied are they with their performance during bad news consultations?. British Journal of Cancer* 70 (1994), p.767–770.

Ford S, Fallowfield L, Lewis S. *Doctor–patient interactions in oncology.* Social Science and Medicine 42; 1996, p.1511–1519.

Ford S, Hall A, Ratcliffe D, Fallowfield L. *The Medical Interaction Process System (MIPS): an instrument for analysing interviews of oncologists and patients with cancer*. Social Science & Medicine Volume 50, Issue 4 , February 2000, p.553-566.

Foss C, Sundby J. *The construction of the gendered patient: hospital staff's attitudes to female and male patients.* Patient Education and Counseling
Volume 49, Issue 1 , January 2003, p.45-52.

Gallagher TJ, Hartung PJ, Gregory Jr SW. *Assessment of a measure of relational communication for doctor–patient interactions*. Patient Education and Counseling Volume 45, Issue 3 , 1 December 2001, p.211-18.

Gazmararian JA, Baker DW, Williams MV, Parker RM, Scott TL, Green DC, Fehrenbach SN, Ren J, Koplan JP. *Health Literacy Among Medicare Enrollees in a Managed Care Organization. JAMA.* 1999;281:545-551.

Gerber PD, Barrett J, Barrett J, Manheimer E, Whiting R, Smith R. *Recognition of depression by internists in primary care: a comparison of internist and gold standard psychiatric assessments*. J Gen Intern Med. 1989;4:7-13.

Giglio JS. *A situação do ensino de Psicologia Médica no Brasil hoje*. in *Psiquiatria e Higiene Mental,* Knobel M. e col., São Paulo: Editora Associados; 1983.

Gilbody SM, House AO, Sheldon TA. *Routinely administered questionnaires for depression and anxiety: systematic review. BMJ* 2001;322:406-409 (17 February)

Gillotti C, Thompson T, McNeilis K *Communicative competence in the delivery of bad news.* Social Science & Medicine Volume 54, Issue 7 , April 2002, p.1011-1023.

Grace VM *The marketing of empowerment and the construction of the health consumer: A critique of health promotion.* International Journal of Health Services 21:329-343, 1991.

Greenfield S, Kaplan S, Ware JE. *Expanding patient involvement in care: Effects on patient outcomes*. Annals of Internal Medicine 102:520-528; 1985.

Greenfield S, Kaplan SH, Ware JE, Yano EM, Frank HJL. *Patients' participation in medical care: Effects on blood sugar control and quality of life in diabetes*. Journal of General Internal Medicine 1988, September 3:448-457.

Grinberg L.*The Goals of Psychoanalysis.* London: Karnac Books;1990.

Guattari F. *Caosmose, um novo paradigma estético.* Rio de Janeiro: Editora 34; 1993.

Hahn SR. *Physical Symptoms and Physician-Experienced Difficulty in the Physician–Patient Relationship* Annals of Internal Medicine 1 May 2001 Volume 134 Number 9; 897-904.

Hall JA, Roter DL, Katz NR. *Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters.* Medical Care, 26, 657-675. 1988.

Hall JA, Dornan MC. *Patient Sociodemographic Characteristics as Predictors of Satisfaction with Medical Care: A Meta-Analysis*. Social Science Medicine 30 (7): 811-8. 1990.

Hall JA, Roter DL, Milburn MA, Daltroy LH. *Patients' Health as a Predictor of Physician and Patient Behavior in Medical Visits.* Medical Care 1996; 34 (12): 1205-18.

Hall JA, Horgan TG, Stein TS, Roter DL. *Liking in the physician–patient relationship* Patient Education and Counseling Volume 48, Issue 1 , September 2002, p.69-77.

Hall, JA, Roter DL. *Do patients talk differently to male and female physicians?* Patient Education and Counseling Volume 48, Issue 3, December 2002, p.217-224.

Harrington J, Noble LM, Newman SP. *Improving patients' communication with doctors: a systematic review of intervention studies* Patient Education and Counseling Volume 52, Issue 1 , January 2004, p.7-16.

Haug M, Lavin B.. *Consumerism in Medicine: Challenging Physician Authority.* Beverly Hills, CA: Sage; 1983.

Heimann P. *On counter-transference*. International Journal of Psycho-Analysis 31: 81-84. 1950.

Hemsley B, Sigafoos J, Balandin S, Forbes R, Taylor C, Green VA, Parmenter T. *Nursing the patient with severe communication impairment* Journal of Advanced Nursing Volume 35 Issue 6 p.827; September 2001.

Henwood PG, Altmaier EM. *Evaluating the effectiveness of communication skills training: a review of research.* Clin Perform Qual Health Care 1996; 4:154-8

Hinshelwood RD. *A Dictionary of Kleinian Thought*, Londres: Free Association Books. 1991

Hooper EM, Comstock LM, Goodwin JM, Goodwin JS. *Patient characteristics that influence physician behavior*. Med Care 20:630-638, 1982.

Horne R, Weinman J. *Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness*. J Psychosom Res. 1999 Dec;47(6):555-67.

Hruby M, Pantilat SZ, Lo B. *How do patients view the role of the primary care physician in inpatient care?* The American Journal of Medicine Volume 111, Issue 9, Supplement 2 , 21 December 2001, p.21-25.

Hulsman RL, Ros WJG, Winnubst JAM, Bensing JM. *Teaching clinically experienced physicians communication skills. A review of evaluation studies*. Medical Education, 1999; 33 (9): 655-668.

Impiccatore P, Pandolfino C, Casella N, Bonati M. *Reliability of health information for the public on the World Wide Web: systematic survey of advice on managing fever in children at home.* British Medical Journal, 1997; 314, 1875.

Inui TS, Carter WB, Kukull WA, Haigh VH. *Outcomebased doctor-patient interaction analysis I. Comparison of techniques*. Medical Care, 1982; 20 (6), 535-549.

Jackson JL, Kroenke K. *Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: clinical predictors and outcomes* Arch Intern Med. 1999 May 24;159(10):1069-75

Jadad AR, Delamothe T. *What next for electronic communication and health care?* BMJ 2004;328:1143-1144.

Jeammet P et al. *Psicologia Médica*, Rio de Janeiro: Editora Masson; 1982.

Johnson J. *Identifying and recognising delirium*. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 1999; 10, 353-358.

Joint Committee on National Health Education Standards. *National health education standards.* Atlanta, GA: American Cancer Society. 1995.

Karnofsky D, Abelmann W, Craver L et al. *The use of nitrogen mustards in the palliative treatment of cancer.* Cancer 1948; 1:634-56.

Katz RC. *Difficult patients" as family physicians perceive them* Psychol Rep. 1996 Oct;79(2):539-44.

Kessler D**,** Bennewith O, Lewis G**,** Sharp D. *Detection of depression and anxiety in primary care: follow up study.* BMJ 2002;325:1016-1017 (2 November).

Kiesler DJ, Auerbach SM. *Integrating measurement of control and affiliation in studies of physician-patient interaction: the interpersonal circumplex* Social Science and Medicine, 2003; 57 (9).

Klein M. *Notas sobre alguns Mecanismos Esquizóides* in Inveja e Gratidão - e outros trabalhos, Obras Completas, Rio de Janeiro: Imago Editora; 1991.

Klein M. *Amor, ódio e reparação e outros trabalhos* Rio de Janeiro: Imago Editora; 1996.

Korsch BM, Gozzi EK, Francis V. *Gaps in doctor-patient communication.* Pediatrics, 1968; 42, 855-869.

Kroenke K. *Discovering Depression in Medical Patients Reasonable Expectations* Annals of Internal Medicine 15 March 1997, Volume 126 Issue 6, Pages 463-465.

Kruijver IPM, Kerkstra A, Francke AL, Bensing JM, Wiel HBM van de. *Evaluation of communication training programs in nursing care: A review of the literature.* Pat Educ Couns 2000; 39: 129-145.

Laine C, Davidoff F, Lewis CE, Nelson ECN, Nelson E, Kessler RC, Delbanco TL. *A Comparison of Patients' and Physicians' Opinions* Analls of Internal Medicine 15 October 1996; Volume 125 Issue 8, p.640-645

Lakoff G, Johnson M. *Metaphors we live by.* Chicago: University of Chicago Press, 1980. p. 10-11

Levinson W, Roter D. *Physicians' psychosocial beliefs correlate with their patient communication skills.* J Gen Intern Med 10:375-379, 1995.

Lévy P. *Cibercultura*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1999.

Lewis D. *The Internet as a resource for healthcare information*, Diabetes Educator, 1998; 24, 627-32.

Lin EHB, Simon GE, Katzelnick, DJ, Pearson SD.*Does Physician Education on Depression Management Improve Treatment in Primary Care?* Journal of General Internal Medicine, Volume 16 Issue 9 Page 614 - September 2001.

Lipowski ZJ. *Transient cognitive disorders (delirium, acute confusional states) in the elderly*. Am J Psychiatry 1983; 140: 1426-1436

Lipowski ZJ. *Delirium (acute confusional states)*. JAMA 1987; 258: 1789-1792.

Lipowski ZJ. *History of consultation-liaison psychiatry*. In Textbook of consultation-liaison psychiatry (ed W. MG. Rundell JR), pp. 2-11. Washington. 1996

Little P, Everitt H, Williamson Ian, Warner G, Moore M, Gould Clare, Ferrier Kate, Payne S. *Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations BMJ* 2001;323:908-911 (20 October).

Lorig KR, Ritter P, Stewart AL, Sobel DS, Brown BW Jr, Bandura A, Gonzalez VM, Laurent DD, Holman HR. *Chronic disease self-management programme: 2-year health status and health care utilization outcomes.* Med Care 2001;39(11):1217-23.

Lorig KR, Laurent DD, Deyo RA, Marnell ME, Minor MA, Ritter PL. *Can a Back Pain E-mail Discussion Group Improve Health Status and Lower Health Care Costs?* Arch Intern Med. 2002;162:792-796.

Maguire P, Pitceathly C. *Key communication skills and how to acquire them* BMJ 2002;325:697–700.

Makoul G. *The interplay between education and research about patient-provider communication.* Patient Education and Counseling. 2003a;50(1):79-84.

Makoul G. *Communication skills education in medical school and beyond.* JAMA. 2003;289:93.

Marinker M. *The medium and the message* Patient Education and Counseling Volume 41, Issue 2 , September 2000b; p.117-125.

Marques de Mello J. *Comunicação Social: teoria e pesquisa* Petrópolis: Vozes. 1970.

Marques de Mello J. *História do pensamento comunicacional* São Paulo: Paulus. 2003.

Massie MJ, Holland J, Glass E. *Delirium in terminally ill cancer patients*. Am J Psychiatry 1983;140:1048–50.

Mattelart A, Mattelart M. *História das teorias da comunicação* São Paulo: Edições Loyola, 2003.

McDonald DD, Bridge RG. *Gender stereotyping and nursing care*. *Res. Nurs. Health* 14, 1991; p.373–378.

McKay D, Sutton-Curr J. *Hypertext links from HEBSWEB: a protocol to evaluate Internet resources.* Health Libraries Review, 14, 1997; 184-9.

McKinstry B. *Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes* BMJ 2000;321:867-871 (7 October).

McLeod SD. *The quality of medical information on the Internet: a new public health concern.* Archives of Ophthalmology, 116, 1998; 1663-5.

Mead N, Bower P. *Measuring patient-centredness: a comparison of three observation-based instruments* Patient Education and Counseling Volume 39, Issue 1 , January 2000, Pages 71-80.

Mead N, Bower P. *Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature* Patient Education and Counseling, Volume 48, Issue 1 , September 2002, p.51-61.

Meltzer D. *The claustrum.* London: The Clunie Press, 1992.

Moles AA. *Sociodinâmica da Cultura*. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1974.

Money-Kyrle R. *Obra selecionada de Roger Money-Kyrle.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 1996.

Morris D. *Bodytalk: The Meaning of Human Gestures*. New York: Crown Trade Paperbacks 1994.

Mulrow CD et al. *Case-Finding Instruments for Depression in Primary Care Settings.* Annals of Internal Medicine15 June 1995, Volume 122 Issue 12, Pages 913-921.

Nogueira-Martins LA. *Residência Médica: um estudo prospectivo sobre dificuldades na tarefa assistencial e fontes de estresse.* Tese de doutoramento defendida na UNIFESP/EPM, São Paulo; 1994.

Nogueira-Martins LA, Frenk B. *Atuação do profissional de saúde mental no hospital de ensino: a interconsulta médico-psicológica.* Bol. de Psiq. 13(1/4):30-37. 1980.

Nogueira-Martins LA, Stella RCR, Nogueira HE*. A pionnering experience in Brazil: the creation of a center for assistance and research for medical residents (NAPREME) at the Escola Paulista de Medicina, Federal University of Sao Paulo*. Sao Paulo Medical Journal/RPM 1997, 115(6):1570-1574.

Nogueira-Martins LA et al. *NAPREME: Um serviço pioneiro no Brasil na atenção à saúde mental de Residentes e Pós-graduandos* in DeMarco, M.A (org) A Face Humana da Medicina São Paulo: Ed. Casa do Psicólogo; 2003. p.245-9

Ogden J et al. *A questionnaire study of GPs' and patients' beliefs about the different components of patient centredness* Patient Education and Counseling Volume 47, Issue 3 , July 2002, p. 223-227.

Ogden T. *Os Sujeitos da Psicanálise.* São Paulo: Ed. Casa do Psicólogo , 1996.

Ong LML, Haes JCJM de, Hoos AM, Lammes FB. *Doctor-patient communication: A review of the literature* Social Science & Medicine Volume 40, Issue 7 , April 1995, p. 903-918.

Ong LML, Visser MRM, Lammes FB, Haes JCJM de. *Doctor–Patient communication and cancer patients' quality of life and satisfaction* Patient Education and Counseling Volume 41, Issue 2 , September 2000, p.145-156.

Pantilat SZ, Lindenaues PK, Katz PP, Wachter RM. *Primary care physician attitudes regarding communication with hospitalists* The American Journal of Medicine Volume 111, Issue 9, Supplement 2 , 21 December 2001, p.15-20.

Perez-Stable EJ, Miranda J, Munoz RF, Ying YW. *Depression in medical outpatients. Underrecognition and misdiagnosis.* Arch Intern Med. 1990;150:1083-8.

Pichon-Rivière E. *Teoria do Vínculo*. São Paulo: Martins Fontes. 1982.

Reeder LG. *The Patient-Client as a Consumer: Some Observations on the Changing Professional-Client Relationship* Journal of Health and Social Behavior 13 (1972): 406-12.

Richards IA. *The Philosophy of Rhetoric* Oxford University Press Inc, USA, 1965.

Rogers AE, Addington-Hall JM, Abery AJ, McCoy ASM, Bulpitt C, Coats AJS, Gibbs JSR *Knowledge and communication difficulties for patients with chronic heart failure: qualitative study* BMJ 2000;321:605–7.

Rogers EM. *A History of Communication Study: A Biographical Approach.* New York: The Free Press 1994.

Rosenfeld H. *Impasse e interpretação*. Rio de Janeiro: Imago; 1988.

Roter DL. *Patient participation in the patient-provider interaction: the effects of patient question-asking on the quality of interaction, satisfaction and compliance*. Health Education Monographs 1977, 5: 281-315.

Roter DL. *The enduring and evolving nature of the patient–physician relationship* Patient Education and Counseling Volume 39, Issue 1 , January 2000, p.5-15.

Roter DL. *More than a string of words* BMJ 2004;328:E303-E304 (12 June).

Roter DL, Hall JA, Katz NR. *Relations between Physicians, Behaviors and Analogue Patients' Satisfaction, Recall, and Impressions* Medical Care 1987, 25 (5): 437-51.

Roter DL, Hall JA, Katz NR. *Patient-physician communication: a descriptive summary of the literature.* Patient Education and Counseling 1988, 12, 99-119.

Roter DL, Lipkin M, Korsgaard A. *Gender differences in patients' and physicians' communication during primary care medical visits*. Medical Care, 29, 1083-1093. 1991.

Roter DL, Ewart CK. *Emotional inhibition in essential hypertension: obstacle to communication during medical visits?* Health Psychology, 11, 1992; 163-169.

Roter DL, Frankel R. *Quantitative and Qualitative Approaches to the Evaluation of the Medical Dialogue.* 34 *Social Science and Medicine* 1992; 1097.

Roter DL, Hall JA. *Doctors Talking to Patients/Patients Talking to Doctors: Improving Communication in Medical Visits*. Westport, Conn: Auburn House; l992.

Roter DL, Hall JA, Merisca R, Nordstrom B, Cretin D, Svarstad B. *Effectiveness of interventions to improve patient compliance.* Medical Care*,* 1998, 36(8), 1138–1161.

Roter DL, Hall JA, *How Physician Gender Shapes the Communication and Evaluation of Medical Care* Mayo Clin Proc. 2001;76:673-676.

Roter DL, Hall JA, Kern DE, Barker LR, Cole KA, Roca RP. *Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. A randomized clinical trial.* Arch Intern Med 1995;155:1877-84.

Roter DL, Hall JA, Aoki Y. *Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review.* JAMA 288, 2002; p.756–764.

Roudinesco E, Plon M. *Dicionário de Psicanálise* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1998.

Schaafsma J, Osoba D. *The Karnofsky Performance Status Scale re-examined: a cross-validation with the EORTC-C30*. Qual Life Res 1994; 3(6):413-24.

Schafer S, Nowlis DP. *Personality disorders among difficult patients*.Arch Fam Med. 1998 Mar-Apr;7(2):126-9

Schneider P-B. *Psicologia Aplicada a la Pratica Medica* Buenos Aires: Editorial Paidos, 1986.

Schwenk TL, Marquez JT, Lefever RD, Cohen M. Physician and patient determinants of difficult physician-patient relationships. Fam Pract. 1989 Jan;28(1):59-63.

Segal H. *A Obra de Hanna Segal.* Rio de Janeiro: Imago, 1983.

Sharpe M, Mayou R, Seagroatt V et al. *Why do doctors find some patients difficult to help?* Q J Med 1994; 87(3):187-93.

Shaw J, Baker M. *"Expert patient"—dream or nightmare?* BMJ 2004;328:723-724 (27 March).

Silberg WM, Lundberg GD, Musacchio RA. *Assessing, controlling and assuring the quality of medical information on the Internet.* Journal of the American Medical Association, 277, 1997; 1244-5.

Simon GE, VonKorff M. *Recognition, management, and outcomes of depression in primary care.* Arch Fam Med. 1995;4:99-105.

Smith RC, Lyles JS, Mettler J, Stoffelmayr BE, Van Egeren LF, Marshall AA et al. *The effectiveness of intensive training for residents in interviewing. A randomized, controlled study*. Ann Intern Med 1998;

Spillius EB. *Melanie Klein Revisited – Her unpublished thoughts on* technique http://www.melanie-klein-trust.org.uk/spillius2004.htm

Spillius EB(ed.). *Melanie Klein Hoje* Rio de Janeiro: Imago: 1990.

Steinmetz D, Tabenkin H. *The 'difficult patient' as perceived by family physicians.* Fam Pract. 2001 Oct;18(5):495-500.

Stewart MA. What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and out-comes. Social Science and Medicine, 19 p. 167-175. 1984.

Stewart MA. *Effective physician-patient communication and health outcomes: a review* Journal De l'Association Medicale Canadienne Volume 152, Issue 9 , May 1, 1995, p.1423-1433.

Stewart MA. *Towards a global definition of patient centred care: the patient should be the judge of patient centred care.* British Medical Journal, Editorial, Feb 24, 2001.

Stewart MA, Roter DL. *Communicating with Medical Patients*. London: Sage Publications. 1989.

Strain JJ. *Liaison psychiatry*. In Textbook of consultation-liaison psychiatry ed. W. M. Rundell JR, Washington, 1996 p.39-51.

Street RL. Gender differences in health care provider–patient communication: are they due to style, stereotypes, or accommodation? Patient Education and Counseling Volume 48, Issue 3 , December 2002, p.201-206.

Tates K, Meeuwesen L. *Doctor–parent–child communication. A (re)view of the literature* Social Science & Medicine Volume 52, Issue 6 , March 2001, p. 839-851.

Tates K, Elbers E, Meeuwesen L, Bensing J. *Doctor–parent–child relationships: a 'pas de trois'* Patient Education and Counseling Volume 48, Issue 1 , September 2002, p.5-14.

Teixeira RR. *Modelos de comunicação e práticas em saúde.* Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.1, n. 1, 1997.

Tran AN. Haidet P, Street Jr RL, O'Malley KJ, Martin F, Ashton CM. *Empowering communication: a community-based intervention for patients* Patient Education and Counseling Volume 52, Issue 1 , January 2004, p.113-121.

Trevena L, Barratt A. *Integrated decision making: definitions for a new discipline* Patient Education and Counseling, 2003, Volume 50, Issue 3 , July 2003, p.265-268.

Trzepacz P. The delirium rating scale - its use in consultation-liaison research. Psychosomatics, 1999, 40, 193-204.

Tune LE. *Postoperative delirium*. Int Psychogeriatr 1991;3:325–32.

Varela F. *The early days of autopoiesis: Heinz and Chile.* Systems Research 13:407-417. 1996.

VonKorff M, Shapiro S, Burke JD, et al. *Anxiety and depression in a primary care clinic: comparison of diagnostic interview schedule, general health questionnaire, and practitioner assessments.* Arch Gen Psychiatry 44:152-156, 1987.

Wartman S, Laura LM, Faye EM, Elaine AP. *Patient understanding and satisfaction as predictors of compliance.* Medical Care 1983, September, 21:886-891.

Weitzman PF, Weitzman EA. Promoting communication with older adults: protocols for resolving interpersonal conflicts and for enhancing interactions with doctors. Clinical Psychology Review Volume 23, Issue 4 , July 2003, p.523-535.

Welsh S. *Looking for quality: OMNI's approach to evaluation of the Internet*, He@lth Information on the Internet, 4, 4-5; 1998.

Whelan GP, McKinley DW, Boulet JR, Macrae J, Stephan K. *Validation of the doctor-patient communication component of the Educational Commission for Foreign Medical*

Graduates Clinical Skills Assessment. Medical Education Volume 35(8) August 2001 p.757-761.

Whitcomb ME. *Communication and professionalism* Patient Education and Counseling Volume 41, Issue 2 , September 2000, p.137-144.

Williams GC, Deci EL. *The importance of supporting autonomy in medical education*. Ann Intern Med 1998;129:303-8.

Williams MV, Parker RM, Baker DW, Parikh NS, Pitkin K, Coates WC, Nurss JR. *Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals.* JAMA 1995 Dec 6; 274(21):1677-82.

Williams S, Weinman J, Dale J. *Doctor-patient communication and patient satisfaction: A review.* Fam Pract 1998:15:480-492.

Winefield H, Murrell T, Clifford J, Farmer E. *The usefulness of distinguishing different types of general practice consultation, or are needed skills always the same?* Fam Pract 1995;12:402-7.

Winnicott DW. *O Ódio na Contratransferência* in Da Pediatria à Psicanálise. Rio de Janeiro: Imago. 2000. p.277-87.

Wolraich ML, Albanese M, Stone G, Nesbitt D, Thomson E, Shymansky J, Bartley J, Hanson J. *Medical Communication Behavior System: An interactional analysis system for medical interactions. Med Care, 24*, 1986; 891-903.

Zeidel, ML, James BC. *Improving the quality of health care in America: what medical schools, leading medical journals, and federal funding agencies can do* The American Journal of Medicine Volume 112, Issue 2 , 1 February 2002, p.165-167.

Abstract

Introduction: Communication and its disturbances have been receiving growing attention in the field of the evolution and attention to health care. This is a consolidation of the perception of the important repercussions of communication on the therapeutic process. **Objective:** Starting from a critical discussion of the concept defined as “difficult patients to help”, the factors that influence communication and the bond in the doctor/patient relationship were to be identified, being reflected in the form of “difficult-to-help”. **Method:** To a random sample of seventy four (74) volunteer hospital patients, the “Hospital Anxiety and Depression Scale” (HADS), “Confusion Assessment Method” (CAM) and “Karnofsky Performance Scale” were applied. For the professionals, the questionnaire concerning the difficulty in assisting the patient, namely the Difficult-to-Help Questionnaire (DTH), along with the HADS and the CAM (both concerning the patient) were implemented. The study of the association between the doctor’s difficulties and the other variables was carried out by making use of the t test, when numerical, and of the chi-squared /x^2/ test when categorized. In order for us to identify which factors would forecast greater difficulty for the doctor to assist the patient, we developed a model of logistical regression whose dependent variable was the category “difficulty to help”, and the control variables were: degree of physical dependence of the organic illness; doctor’s origin; all of the DTH questions; patient’s psychopathological symptoms; patient’s psychopathological symptoms perceived by the doctor; and finally the doctor’s diagnostic level of getting it right/wrong. **Results:** The doctor’s difficulty in assisting the patient presented an index of some 38.3%. In relation to the patient’s characteristics, the only statistically significant characteristic ($p<0.05$) for this high level of difficulty in assisting was when faced with patients who had major physical limitations. In relation to the doctor’s perceptions, the following insights showed a significant statistical association ($p<0.05$) of a high degree of difficulty: psycho-social aspects that had affected the patient’s illness (88.9%); low adherence to therapeutic recommendations (27.8%) and the consideration of the presence of depression (61.1%) and anxiety symptoms (72.2%) within the patient. The multi-varied analysis of the difficulty in assisting the patient, having as independent variables those that showed an association with the difficulty (the doctor coming from another city rather than Sao Paulo; the doctor considering that the psycho-social factors had affected the sick person; that the patient’s adherence to the treatment was low; that the patient had depression and anxiety symptoms) demonstrating that the doctor had considered the patient to have anxiety symptoms increased by nineteen (19) times the chance of him/her having difficulty to help this patient, in relation to the doctor who had not considered that the symptoms had been present ($p<0.05$) and that, the doctor being out with the city of Sao Paulo, increased by fifteen (15) times the chance of him/her having difficulty to help this patient in relation to the doctor who had been from within the city ($p<0.05$). **Conclusions**: The results obtained during the study revealed that in the sample covered the patient characteristics that produce the condition of “difficulty in assisting” are not primordial. However, some perceptions and characteristics of the professionals point towards the importance of paying attention within the preparation and care of these professionals. On the other hand, these results re-affirm the advantage of not abiding by categorizations such as “difficult patient”, but of locating the observations of the phenomenon (difficulty to help), in the doctor /patient relationship and in its linking, looking to research the factors and characteristics that bring about these difficulties.