



PSICANÁLISE

Marco A. C. Albuquerque

Psicoterapia para médicos de família

A arte de conversar com o paciente

Blucher

PSICOTERAPIA
PARA MÉDICOS
DE FAMÍLIA

A arte de conversar com o paciente

Marco A. C. Albuquerque

Psicoterapia para médicos de família: a arte de conversar com o paciente

© 2023 Marco A. C. Albuquerque

Editora Edgard Blücher Ltda.

Publisher Edgard Blücher

Editores Eduardo Blücher e Jonatas Eliakim

Coordenação editorial Andressa Lira

Produção editorial Luana Negraes

Preparação de texto Regiane da Silva Miyashiro

Diagramação Negrito Produção Editorial

Revisão de texto Maurício Katayama

Capa Leandro Cunha

Imagem de capa iStockphoto

Blucher

Rua Pedroso Alvarenga, 1245, 4º andar
04531-934 – São Paulo – SP – Brasil
Tel.: 55 11 3078-5366
contato@blucher.com.br
www.blucher.com.br

Segundo o Novo Acordo Ortográfico, conforme
6. ed. do *Vocabulário Ortográfico da Língua
Portuguesa*, Academia Brasileira de Letras,
julho de 2021.

É proibida a reprodução total ou parcial por
quaisquer meios sem autorização escrita da
editora.

Todos os direitos reservados pela Editora Edgard
Blücher Ltda.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Angélica Ilacqua CRB-8/7057

Albuquerque, Marco A. C.

Psicoterapia para médicos de família : a arte
de conversar com o paciente / Marco A. C.
Albuquerque. – São Paulo : Blucher, 2023.
442 p.

Bibliografia

ISBN 978-65-5506-683-8

1. Psicanálise 2. Médicos de família 3.
Psicoterapia familiar I. Título.

23-2316

CDD 150.195

Índice para catálogo sistemático:

1. Psicanálise

Conteúdo

Agradecimentos	7
Prefácio	9
Introdução	13
Parte 1. Integração e comunicação	27
1. Histórias do cotidiano do médico de família	29
2. A integração dos cuidados de saúde mental na clínica e na atenção primária à saúde	39
3. O paciente, esse desconhecido	49
4. A estrutura psíquica	67
5. Notas sobre a comunicação médico-paciente	89
Parte 2. Psicoterapia médica	115
6. O conceito de psicoterapia	117

7. A psicoterapia médica	127
8. Abordagem psicodinâmica para o médico de família	165
9. Estratégias e táticas na psicoterapia médica	201
Parte 3. Conversas com o paciente	221
10. O paciente ansioso	223
11. O paciente depressivo	247
12. O paciente alcoolista	285
13. O paciente “poliqueixoso”	315
14. O paciente apaixonado	333
15. O paciente agressivo	347
16. O paciente psicótico	365
Parte 4. Competências e vivências	395
17. A questão das competências em saúde mental para o médico de família	397
18. A experiência Balint em um serviço de atenção primária à saúde	417
Posfácio	433
Leituras sugeridas	435
Sobre o autor	441

1. Histórias do cotidiano do médico de família

As histórias a seguir foram coletadas no meu cotidiano como médico de família e psiquiatra, ao longo de mais de 35 anos de trabalho em unidades de atenção primária à saúde de um grande hospital público no Sul do Brasil.¹ Todas elas são verídicas (exceto os nomes, por razões éticas de sigilo) e constituem uma amostragem qualitativa realista dos pacientes que costumam chegar aos médicos de família e comunidade, num dia típico de trabalho em atenção primária. Elas têm o objetivo de ilustrar as diferentes formas da busca de alívio para o sofrimento psíquico, como os pacientes vinham lidando com ele e os problemas causados em suas vidas até decidirem buscar ajuda na unidade básica de saúde, com seu médico de família.

Essas histórias serão relatadas aqui sem qualquer esclarecimento adicional, deixando a cargo do leitor imaginar o que faria se estivesse diante do paciente em questão. Essas e outras histórias serão utilizadas ao longo do livro para ilustrar a compreensão e a

¹ Unidades básicas de saúde do Serviço de Saúde Comunitária, do Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre, RS.

abordagem de alguns temas teóricos e técnicos, cujo entendimento será fundamental para a psicoterapia médica do dia a dia, melhorando a qualidade do cuidado que prestamos a quem nos procura.

Alguns dos pacientes citados vieram com queixas diretamente relacionadas à saúde mental, outros vieram por razões diferentes. A base para compreender o adoecimento e oferecer ajuda eficaz a cada um foi uma escuta em “estéreo” (como veremos no Capítulo 9) dos problemas subjacentes, aliada a uma compreensão baseada na psicodinâmica, levando em conta não só o motivo manifesto da procura, mas também os conflitos inconscientes produtores de sintomas e sofrimento. Todos eles tiveram algum tipo de abordagem psicoterápica, independentemente do número de consultas realizadas.

A doente que não sabia do que sofria

Claudete, 36 anos, veio ao médico para revisar a medicação que usava há um ano para nervosismo e tristeza, mas sem bons resultados. Usava também medicamentos antirretrovirais para o vírus HIV, contraído de um namorado com quem havia rompido o relacionamento ao descobrir a origem da contaminação. Também havia parado de trabalhar e estava mais reclusa em casa, pouco saindo com receio de ser julgada pelas amigas e vizinhas, que falavam mal de quem tinha HIV.

Quando a ajuda atrapalha

Ana Maria, 48 anos, veio à unidade de saúde para fazer o exame citopatológico de rotina em uma consulta preventiva. Sem queixas orgânicas atuais, bom estado de saúde e nenhuma patologia em

tratamento, mas com história de ter feito uma histerectomia há dois anos por miomas uterinos benignos, que lhe causavam sangramentos e muitas dores pélvicas. Ficou curada das dores, mas, depois da cirurgia, não teve mais prazer sexual.

Medicar não é tratar

Cristina, 40 anos, buscou ajuda por causa do diagnóstico de transtorno afetivo bipolar, sem melhora alguma do quadro, mesmo depois de muitos anos de consultas com clínicos e especialistas. É uma mulher agressiva e intolerante, que havia sido medicada várias vezes, mas jamais seguiu corretamente os tratamentos propostos.

A pressão alta dos nervos

Everalda, 75 anos, é uma mulher obesa e aparentando grande descuido com a higiene pessoal. Veio à unidade de saúde para revisar seu tratamento da pressão alta e apresentou diversos exames do aparelho cardiocirculatório, solicitados em outros tantos atendimentos, gerais e especializados. Os níveis pressóricos nunca baixavam e os médicos não entendiam por que não melhorava com o tratamento; atribuíam aos seus “nervos” a manutenção dos níveis muito elevados da pressão sanguínea.

A professora irada

Clarissa, 30 anos, é uma professora do ensino fundamental que se sentiu ferida pelas críticas dos alunos no conselho de classe da escola, experimentando a partir daí um retraimento ressentido, um desânimo que a fazia pensar em desistir de dar aulas e ficar em casa

sem fazer nada, por estar com muita raiva das crianças. Diagnosticada como deprimida, foi medicada com 20 mg/dia de fluoxetina e teve suas doses da medicação aumentadas progressivamente até 60 mg/dia, sem qualquer resposta, até ser encaminhada ao psiquiatra, por apresentar um episódio depressivo resistente ao tratamento.

A católica fervorosa

Margarida, 55 anos, veio encaminhada pelo seu médico de família por sintomas depressivos e ansiosos que não melhoravam com as doses habituais de antidepressivos. Parecia muito reprimida e controlada em todas as suas manifestações afetivas, demonstrava uma irritabilidade perceptível no tom de voz duro e seco, com frases curtas e afirmativas. Era uma católica fervorosa, afirmava com orgulho e uma certa arrogância que, por causa da sua espiritualidade, nunca havia experimentado sentimentos de raiva em qualquer época de sua vida, que o mal-estar e a tristeza que sentia eram por causa das agressões que sofria dos parentes que não gostavam dela.

O sapateiro ranzinza

João, cerca de 50 anos, era dono de uma pequena sapataria, onde trabalhava só, sem ajudantes. Era um sujeito fechado e quieto, do qual os familiares se queixavam que pouco conversava ou interagia emocionalmente em casa, não dando atenção à mulher e aos filhos. A família sempre o considerou um sujeito ranzinza porque, quando exigiam dele convivência e uma maior interação social, como ser mais alegre em festas de aniversário ou visitar familiares, ficava mal-humorado e irritadiço. No entanto, nunca havia tido o surto psicótico que estava apresentando agora, com ideias de perseguição e atos violentos.

Uma gravidez problemática

Lúcia, 25 anos, vivendo há alguns meses com um companheiro, sentia-se culpada por estar depressiva, quando deveria estar feliz com sua primeira gravidez. Desejava muito essa gestação e, no início, encheu-se de alegria. No entanto, ao fazer uma ultrassonografia, descobriu que o feto era do sexo masculino, o que a perturbou porque queria muito uma menina, sequer imaginou a outra possibilidade. Desse dia em diante, passou a brigar muito com seu companheiro, que estava feliz por vir a ser pai de um menino, e não entendia por que Lúcia agia assim com ele.

A tontura que os especialistas não resolveram

Leila, 42 anos, solteira e sem filhos, queixava-se de tonturas que não passavam. Na primeira consulta, há mais de um ano, não tinha alterações ao exame físico e exames complementares básicos. Na época, o médico de família prescreveu-lhe um antivertiginoso, e foi informada de que provavelmente o quadro era benigno e se resolveria em alguns dias, o que não aconteceu. Foi então encaminhada ao especialista, mas depois de várias consultas com otorrinolaringologistas, tanto do SUS quanto particulares, recebeu do último especialista uma receita de Diazepam 10 mg para os “nervos” e a sugestão de consultar um psiquiatra.

Eu sei que eu tenho câncer

Maria, 38 anos, acreditava estar com câncer, apesar da ausência de sintomas específicos e de exames complementares que apoiassem essa hipótese. Exigia e fazia muitos exames, todos normais.

A consultadora frequente

Olga, 65 anos, era uma consultadora frequente da unidade de saúde. Seu prontuário mostrava que, no último ano, tinha vindo praticamente em todas as semanas, pelos mais variados motivos e sintomas físicos, todos difusos e inespecíficos, sem que nenhuma doença importante fosse descoberta. Esse comportamento provocava um certo rechaço da equipe de saúde, que perdeu o interesse em ajudá-la e deu-lhe o pejorativo título de “poliqueixosa”.

A descoberta da amante

Maristela, 50 anos, entrou em depressão e deixou de ter prazer sexual quando o marido anunciou que iria sair de casa para morar com uma outra mulher, mais jovem, com quem mantinha um caso extraconjugal há anos.

Minha depressão começou nas férias

Rita, 24 anos, consultou no início de maio por sintomas depressivos sem causa aparente, que surgiram “do nada” em fevereiro, durante as férias da faculdade. Interrogada a respeito de possíveis fatores desencadeantes ou eventos estressores, negava todos. Quando perguntada sobre sua vida no ano anterior, relatou ter sido um ano bom, com exceção da morte do pai por infarto, na ceia da noite de Natal.

Não me falta nada

Mauro, 30 anos, comerciário, havia se mudado do interior para Porto Alegre há cerca de seis meses em função de uma promoção. Como era um excelente funcionário, foi promovido a gerente de loja em Porto Alegre, onde ganhou – por conta do novo cargo – um apartamento para morar, um carro novo, telefone celular novo e um salário bem maior do que ganhava no interior. Talvez por isso, ele considerava que os sintomas depressivos pelos quais buscou ajuda eram inexplicáveis.

A adolescente traída pelo pai

Priscila, 15 anos, veio à unidade de saúde acompanhada da mãe. Tinha sintomas de ansiedade (taquicardia, sudorese, tremores, sensação de falta de ar) desde a separação dos pais. Esta aconteceu após ela ter descoberto e contado à mãe que o pai tinha uma amante, colega dele no escritório. Sentiu-se traída por ele e o acusava de ser responsável pela crise doméstica, mas sentia-se culpada de ter contado para a mãe e acreditava que, se não tivesse feito isso, os pais não estariam separados agora.

A mulher que queria uma radiografia da cabeça

Sandra, 45 anos, queixava-se de fortes dores de cabeça, sem estressores aparentes. Como as dores não melhoravam muito com paracetamol, gostaria de fazer uma radiografia de crânio para investigar as possíveis causas.

A mulher do alcoolista

Silvana, 24 anos, sempre presenciou sua mãe brigando com o pai porque ele bebia. Agora não consegue entender por que se casou com um alcoolista, logo ela, que detesta homens que bebem. Sentiu-se irritada quando ele bebe, mas, nos períodos que ele tem de abstinência, fica ansiosa sem saber por quê.

O mistério do ônibus

Melissa, 52 anos, reside com o marido e dois filhos em uma casa no terreno atrás da casa da mãe. O motivo de sua consulta foi uma ansiedade intensa, acompanhada de agorafobia, que se apresentava sempre que precisava sair de casa ou pegar o ônibus urbano, o que antes só fazia acompanhada, e agora nem assim. A primeira crise foi dentro de um coletivo, quando foi obrigada a pedir que o motorista parasse para ela descer já em pânico, e fez o resto do trajeto a pé, muito assustada.

Só vim porque minha mulher insistiu

Leonardo, 40 anos, comerciário, casado, duas filhas adolescentes, veio ao posto por queixas vagas, que iam de dores ocasionais em ardência no epigástrico, má digestão, dificuldades para dormir, dificuldade de concentração, falta de memória, desânimo, sensação de cansaço nas pernas, palpitações no coração. Essas queixas não eram novas, nem teria vindo por elas, não fosse a insistência da esposa, que as atribuía ao fato de o marido beber em demasia, o que ele negava.

A deprimida apaixonada

Patrícia, 29 anos, procurou tratamento no posto com um quadro de sintomas predominantemente depressivos, mas não os associava a nenhum fator desencadeante específico. Relatava dificuldades na sua relação com o marido, com as filhas e com seus próprios pais, e insatisfação com a sua vida em geral, mas não especificava algo em particular que fosse a origem do quadro. Apaixonou-se por seu médico de família e ficou furiosa ao não ser correspondida da forma como exigia.

O Batman da zona norte

Miguel, 50 anos, frentista de posto de gasolina, pediu que lhe passasse uma medicação que não o deixasse matar alguém. Sofreu vários assaltos em sua profissão, disse que já nem ligava, estava acostumado. Até que, no último, correu sério risco de morrer. O assaltante encostou a arma em sua testa e disparou, mas o revólver falhou e o sujeito se afastou rindo e dizendo que aquele não era o dia da morte dele, que aproveitasse a vida. Passou a ter crises de ansiedade muito fortes, a beber e, um tanto embaraçado, revelou que saía às ruas de noite, com uma barra de ferro e um revólver no carro, para fazer justiça com as próprias mãos, atacando e batendo muito em quem lhe parecesse ser um marginal.

Desenhando animes na parede com sangue

Carlos, 16 anos, entra na sala de consulta com expressão tensa e hostil e diz, num tom agressivo, que a psicóloga o encaminhou para ver se não estava louco, só porque fazia cortes em seus antebraços

(mostra as cicatrizes) e, com o sangue, desenhava *animes*² na parede de seu quarto. Olhou para mim, desafiador, e perguntou, com a nítida intenção de me deixar acuado e intimidado, se eu achava que ele era louco.

Eu queria me matar, mas eu não queria morrer

Renato, um paciente bipolar que tentou o suicídio durante um surto psicótico, teve, durante sua internação, o diagnóstico de um câncer de testículo, já com metástases. Assustado, fez o tratamento cirúrgico e quimioterápico completo e ficou curado. Em consulta, disse algo muito interessante: “Doutor, eu queria me matar, mas eu não queria morrer!”. No final da consulta acrescentou, filosoficamente: “O senhor veja bem o que é a vida: se eu não tivesse tentado me matar, eu teria morrido”.

2 Desenhos animados produzidos no Japão. A palavra *anime* é uma abreviação de “animação” em japonês.

2. A integração dos cuidados de saúde mental na clínica e na atenção primária à saúde

O tratamento de uma doença pode ser totalmente impessoal, o cuidado do paciente precisa ser totalmente pessoal.

(Peabody, 1927)

As ideias expostas neste capítulo têm o objetivo de evidenciar a importância dos cuidados de saúde mental e da prática da psicoterapia médica pelo médico de família, clínico geral, médicos das demais especialidades clínicas, médicos residentes dessas áreas e estudantes de medicina em geral. Quem já se sentir suficientemente convencido dessa importância, pode pular este capítulo sem problema algum, indo direto ao ponto que lhe interessar mais.

É preciso assinalar que a ideia de integrar os cuidados de saúde mental aos cuidados primários não é nova. Os primeiros estudos publicados datam das décadas de 1950 e 1960, mas ganharam corpo e importância crescente com o passar do tempo, com o acúmulo das evidências científicas mostrando a alta prevalência dos

transtornos mentais e a necessidade de os profissionais de cuidados primários lidarem com essa demanda.

Na década de 1950, surgiram os primeiros trabalhos de Balint (1954) sobre o cuidado da saúde mental dos pacientes pelos médicos clínicos. De acordo com ele,

é um fato bem conhecido que uma grande parte do trabalho diário de um clínico geral consiste em lidar com pacientes neuróticos. Alguns investigadores estimaram esta proporção em 25% ou 30% do trabalho total, outros 50%, ou até mais. Estes números não significam que um quarto ou mesmo a metade de toda a população é severamente neurótica, mas apenas que os neuróticos, visitando a cirurgia do médico com muito mais frequência do que os não neuróticos, tomam uma fatia tão grande de seu tempo. Sendo assim, é um fato intrigante que o currículo médico tradicional não equipe adequadamente o médico para uma parte importante de seu trabalho. (p. 115)

Na década de 1960, Shepherd, Cooper, Brown e Kalton (1966) mostraram que, já naquela época, os transtornos psiquiátricos estavam entre as razões mais comuns para consultar um médico geral (14%) e que a maior parte dos transtornos psiquiátricos (95%) era tratada sem o envolvimento de um especialista em saúde mental.

A despeito desse conhecimento bem sedimentado, o panorama não mudou significativamente. Clínicos, médicos gerais e médicos de família costumam ser os primeiros, às vezes os únicos, a serem buscados por pacientes com problemas emocionais ou transtornos mentais, como transtornos de humor, transtornos ansiosos e abuso de álcool, que são os problemas mais recorrentes. Quando a

verdadeira demanda na consulta não é reconhecida e o diagnóstico não é feito, o manejo dessas condições “invisíveis” frequentemente não é realizado, ou é levado a cabo de forma inadequada e ineficaz. Resistências por parte dos médicos clínicos quanto à responsabilidade pelos cuidados de saúde mental são comuns, e a implantação de programas de saúde pública que levem em conta os transtornos mentais e sua repercussão coletiva ainda está aquém do desejável.

A experiência da Organização Mundial da Saúde (OMS) nessa área deve ser reconhecida e considerada, pelos vários estudos já produzidos que investigaram a integração entre cuidados à saúde mental das populações e cuidados primários de saúde, uma estratégia sabidamente eficaz para atender grandes contingentes de pessoas, especialmente as que não conseguem ou não podem ter acesso ao sistema privado de saúde. Em um documento de 1990, a OMS já constatava que a atenção à saúde mental tinha sido grandemente negligenciada. Uma das consequências disso é o fato de que cada vez mais pacientes se queixavam de uma excessiva preocupação com a tecnologia em detrimento das considerações humanas. Eles se sentiam alienados dos prestadores de serviço e das instituições e, em regra, não aderiam aos tratamentos e às medidas de saúde pública propostas. Esse quadro só se agravou com a ênfase nos avanços da tecnologia médica.

A OMS reconhece que nenhum serviço ou sistema de atendimento à saúde estará completo sem a atenção às necessidades de saúde mental do indivíduo e das populações, e que a introdução de um componente de saúde mental na atenção primária é fundamental. Isso, por sua vez, requer que todos os trabalhadores de saúde sejam treinados na aplicação de princípios psicológicos, incluídos como elementos importantes dos cuidados primários. É justamente aí que se insere o aprendizado, o treinamento e a prática da psicoterapia médica.

Para a OMS, há três pontos fundamentais a serem compreendidos pelos trabalhadores da saúde: primeiro, doenças mentais são muito comuns no seu dia a dia ou de uma equipe de saúde; segundo, nem sempre elas precisam de tratamento dado pelo especialista em saúde mental; terceiro, que mesmo doenças mentais severas podem ser manejadas fora dos hospitais por médicos gerais e demais trabalhadores em saúde.

As dificuldades para a implantação desse tipo de sistema de cuidado têm revelado que é fácil demonstrar a necessidade, mas é complicado implementar. As resistências à implantação desse modelo, em nível individual ou coletivo, têm sido onipresentes, embora nem sempre ostensivas, pois muitas vezes o boicote se dá de forma subliminar ou mesmo inconsciente. No nível das decisões de políticas de saúde, é comum encontrarmos o discurso de reconhecimento da importância da saúde mental, paradoxalmente acompanhado da não disponibilização de recursos para essa área, ou para a área da educação continuada dos clínicos em temas de saúde mental.

No nível da realização das ações pelos profissionais que trabalham em atenção primária, encontra-se a mesma dissociação entre teoria e prática. Médicos que defendem a visão do paciente como um todo biopsicossocial, por vezes, mostram pouco desejo e aptidão para serem capacitados na área da saúde mental e a integrarem à sua prática, mesmo quando afirmam taxativamente o contrário.

Um amplo estudo multicêntrico internacional da OMS (Üstün & Sartorius, 1995) evidenciou que problemas psicológicos bem definidos são comuns em cuidados primários, numa média de 24%, sendo mais prevalentes os transtornos depressivos, transtornos ansiosos, transtornos pelo uso de álcool e transtornos somatoformes. Além destes, sabe-se agora que uma significativa proporção de pacientes sofre de uma condição subliminar de sofrimento psíquico

que não satisfaz os critérios diagnósticos da Classificação Internacional de Doenças (CID) para transtorno mental, mas seus sintomas são clinicamente significativos e trazem prejuízo funcional, no âmbito pessoal e social.

Os níveis de incapacidade entre os pacientes de cuidados primários com um transtorno psicológico são maiores, em média, do que os níveis de incapacidade entre os pacientes com doenças crônicas comuns, como hipertensão, diabetes, artrite e dor nas costas. Nesse estudo da OMS, os médicos gerais identificaram os pacientes como tendo uma doença psicológica significativa e forneceram algum tipo de tratamento. Os tratamentos mais comumente fornecidos foram aconselhamento, medicações sedativas e medicações antidepressivas. Percebe-se que a psicoterapia médica não está entre eles.

O que se discute hoje em dia é a qualidade e a efetividade desses tratamentos. Mesmo em serviços que recebem doutorandos e oferecem residência médica nas áreas de clínica ou medicina de família, a qualidade e a efetividade dos cuidados de saúde mental oferecidos é abaixo do recomendável, ficando restritas mais às iniciativas individuais de alguns profissionais.

Sabe-se agora que os transtornos mentais são um grande e grave problema de saúde pública, produzindo uma importante sobrecarga nos indivíduos, em suas famílias, nos serviços de atenção à saúde, no trabalho e na sociedade como um todo. Por isso, os cuidados à saúde mental precisam se tornar parte integral dos cuidados de saúde, primários ou não, e esses cuidados devem ser fornecidos em ambientes onde a maioria dos pacientes busca ajuda, realizados por médicos não especialistas em saúde mental.

Em outro importante estudo, uma parceria da OMS com a Harvard University e o Banco Mundial, intitulado *The Global Burden of Disease*, os achados indicaram que a incapacidade (*disabi-*

lity) ocasionada pelas doenças mentais é muito importante. Esses achados demonstraram claramente que a incapacidade desempenhava um papel central em determinar o estado geral de saúde de uma população, ainda que esse papel até agora tivesse sido invisível para a saúde pública. As principais causas de incapacidade são substancialmente diferentes das principais causas de mortalidade, lançando assim sérias dúvidas sobre a prática de julgar a saúde da população apenas pelas suas estatísticas de mortalidade, sem levar em conta a morbidade potencial de certas condições, como a depressão.

Uma constatação importante desse estudo foi que as doenças psiquiátricas têm sobre a saúde humana uma sobrecarga “invisível” que tem sido fortemente subestimada. Das dez principais causas de incapacidade no mundo todo, em 1990, medidas em anos vividos com uma incapacidade, cinco eram condições psiquiátricas: depressão unipolar, uso de álcool, transtorno afetivo bipolar, esquizofrenia e transtorno obsessivo-compulsivo.

Estudos no mundo todo mostram que médicos gerais já fornecem grande parte dos cuidados de saúde mental e podem ser os primeiros e, às vezes, os únicos contatos de saúde mental para muitos pacientes. Além disso, como os médicos gerais geralmente assumem uma responsabilidade de longo prazo pelo cuidado dos pacientes, é útil integrar esse atendimento continuado ao atendimento das doenças mentais. No entanto, esses estudos também mostram o quanto é preocupante o despreparo dos médicos gerais em temas de saúde mental. Os médicos costumam se sentir despreparados para tratar problemas de saúde mental, o que aumenta sua tendência a não reconhecer tais problemas. Além disso, uma vez que um problema de saúde mental não é identificado, o tratamento do paciente pelo médico geral tenderá a ser menos efetivo e satisfatório, levando a problemas como consultas repetidas, não adesão a tratamentos propostos ou iatrogenia.

O impacto da doença mental não reconhecida e não tratada é significativo em termos de capacidades funcionais diminuídas e custos de saúde aumentados. Um dado alarmante trazido por Badger et al. (1994) mostra que, em média, 50% de pacientes deprimidos passam em consulta sem serem reconhecidos por médicos gerais, e o tratamento psiquiátrico, quando é feito em ambientes de medicina geral, é comumente inadequado.

Kelleher (1996) afirma que doenças mentais não reconhecidas representam entre 30% e 80% de todos os casos vistos em cuidados primários. Esse autor assinala que estudos de prescrições feitas, falhas no tratamento e padrões de encaminhamento para doenças mentais em cuidados primários sugerem que pouquíssimos pacientes estão recebendo cuidados adequados. É estimado que menos de 50% dos pacientes deprimidos vistos em atendimento primário recebam um curso de antidepressivo que atenda aos padrões em termos de dose e tempo de uso do medicamento.

Esse não reconhecimento das doenças mentais em cuidados primários pode ter inúmeras razões. As atitudes dos médicos gerais para com os problemas psicossociais de seus pacientes podem explicar parcialmente esse fenômeno. Embora, na teoria, aceitem o papel psicossocial como parte da missão dos médicos gerais, na prática evitam ou são ambivalentes a respeito de essa tarefa clínica fazer parte de seu trabalho cotidiano.

A evitação e a resistência de reconhecer os problemas psicossociais dos pacientes estavam ligados a três fatores maiores em relação à atitude. Primeiro: os residentes viam como sua primeira prioridade a resolução dos problemas biomédicos de seus pacientes. Segundo: eles acreditavam que cuidados psicossociais não eram necessariamente procurados por seus pacientes. Terceiro: os residentes não se sentiam competentes para cuidar dos problemas psicossociais de seus pacientes e tornavam-se frustrados e ansiosos

quando confrontados com problemas que os faziam se sentir inadequados ou inseguros. Este último tópico, comum em nosso meio, deve-se especialmente à precariedade do currículo de saúde mental das faculdades de medicina, dos programas de residência médica em clínica médica, medicina geral e medicina de família.

Os estudos mencionados apontam com muita clareza para a importância e a necessidade do treinamento em temas de saúde mental e manejo psicoterápico para médicos em geral e, mais ainda, para os que trabalham em cuidados primários e medicina de família. Esse reconhecimento da importância e do treinamento adequado para lidar com o problema idealmente deveria começar já na graduação, o que não acontece na prática, mas ganha importância maior nas residências de clínica médica, medicina geral e medicina de família, nas quais tal processo ainda é pouco valorizado na prática, apesar de aceito no discurso oficial.

O diagnóstico e o manejo adequado das doenças mentais pelos médicos gerais, mediante treinamento adequado e educação continuada, inegavelmente trariam uma formidável economia aos serviços de saúde públicos ou privados, por diminuir as internações hospitalares, os encaminhamentos aos especialistas, a solicitação de exames complementares, as consultas clínicas de retorno, o absenteísmo ao trabalho, os suicídios, as crises familiares, os divórcios, e assim por diante. Por outro lado, a eficácia nos cuidados primários em saúde mental aumentaria muito os aspectos subjetivos da satisfação dos profissionais e dos pacientes, fator facilitador e gerador de saúde mental.

É nesse contexto que a psicoterapia médica se acha plenamente justificada, como uma ferramenta valiosa não só de recuperação, mas de produção de saúde mental para pacientes e profissionais.

Referências

- Badger, L. W., DeGruy, F. V., Hartman, J., Plant, M. A., Leeper, J., Anderson, R., Ficken, R., Gaskins, S., Maxwell, A., Rand, E., & Tietze, P. (1994). Patient presentation, interview content, and the detection of depression by primary care physicians. *Psychosomatic Medicine*, 56(2), 128-135.
- Balint, M. (1954). Training general practitioners in psychotherapy. *British Medical Journal*, 1(4854), 115-120.
- Kelleher, K. (1996). *Mental Health in Primary Care: Trends and Issues*. PIE Online World Wide Web Server; Policy Resource Center, Policy in Perspective.
- Peabody, F. W. (1927). The care of the patient. *JAMA*, 88(12), 877-882. doi:10.1001/jama.1927.02680380001001
- Shepherd, M., Cooper, B., Brown, A. C., & Kalton, G. (1966). *Psychiatric illness in general practice*. Oxford University Press.
- Üstün, T. B., & Sartorius, N. (1995). *Mental illness in general health care: an international study*. Wiley.
- World Health Organization (1990). *The introduction of a mental health component into primary health care*. World Health Organization.



O livro trata da prática da psicoterapia médica, a arte de conversar com o paciente, fundamental para qualificar a comunicação, a compreensão e a abordagem dos fenômenos conscientes e inconscientes de um atendimento, bem como os aspectos teóricos e técnicos envolvidos, tornando a consulta mais compreensiva e resolutiva, uma vez que a prevalência dos problemas de saúde mental no cotidiano de um médico que trabalhe em atenção primária ou clínica geral é alta. O livro se destina a médicos de família, médicos clínicos de todas as áreas, médicos residentes e estudantes de graduação em Medicina e Psicologia, bem como aos demais profissionais de saúde que entrevistam pacientes em suas respectivas áreas de atuação.

PSICANÁLISE

ISBN 978-65-5506-683-8

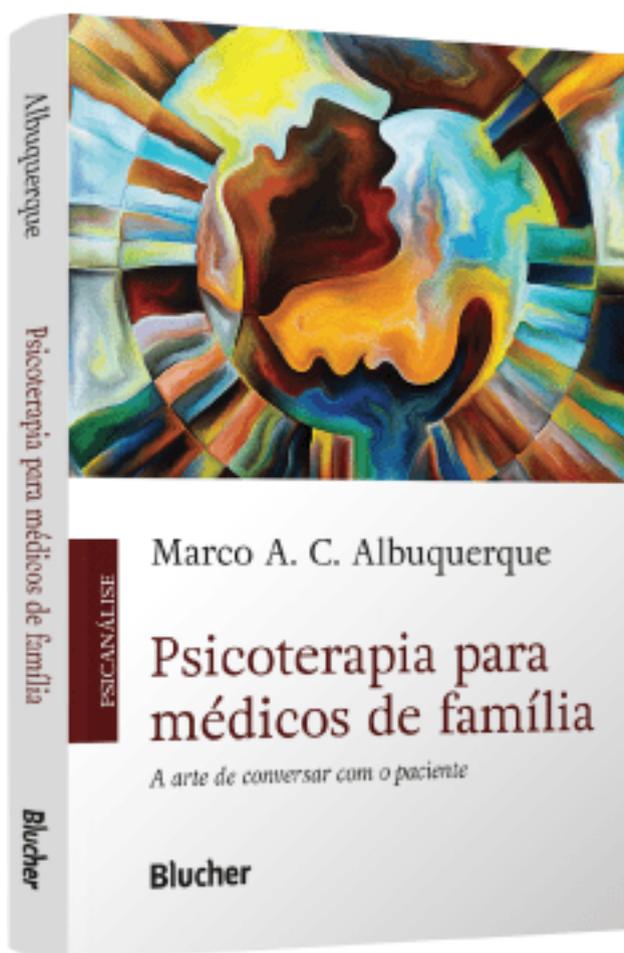


9 786555 066838



www.blucher.com.br

Blucher



Clique aqui e:

[VEJA NA LOJA](#)

Psicoterapia para médicos de família

A arte de conversar com o paciente

Marco A. C. Albuquerque

ISBN: 9786555066838

Páginas: 442

Formato: 14 x 21 cm

Ano de Publicação: 2023
