
Reações emocionais do paciente oftalmológico

Emotional reactions of the ophthalmological patient

Claudio Roberto C. Rodrigues⁽¹⁾
Maria de Lourdes V. Rodrigues⁽²⁾

RESUMO

O paciente oftalmológico pode apresentar sintomas de ansiedade frente à sua doença, com variáveis graus de comprometimento, quando tende a desenvolver mecanismos psíquicos de defesa, que têm por finalidade a atenuação daqueles sintomas.

Os objetivos deste estudo são a verificação da maneira como o oftalmologista percebe as eventuais reações emocionais de seus pacientes, da forma com que ele julga solucioná-las ou atenuá-las e quais as características dos pacientes que tornam o relacionamento profissional mais ou menos difícil.

A metodologia utilizada foi a de levantamento de opiniões, através de questionário, tipo auto-administrado, respondido em presença de um entrevistador previamente treinado.

A população amostral foi composta por 45 oftalmologistas, que relataram que os tipos de dificuldades emocionais mais freqüentemente observadas na prática clínica foram: 1) as associadas ao ato cirúrgico; 2) as decorrentes de problemas econômicos; 3) as dificuldades emocionais primárias; e 4) as associadas à hospitalização.

As condutas relativas ao encaminhamento para um psiquiatra ou psicólogo, após tentativa de resolução da dificuldade emocional ou a orientação do paciente ou de seus familiares quanto a problemas emocionais, foram as mais citadas por esses profissionais, que relataram ainda ter maior dificuldade de relacionamento com pacientes "poliqueixosos", pacientes que apresentam quadros clínicos de mau prognóstico e pacientes rebeldes ao tratamento ou que não seguem orientações médicas.

Palavras-chave: Relação oftalmologista-paciente, sintomas emocionais em Oftalmologia

INTRODUÇÃO

Assim como ocorre com qualquer pessoa que adocece, o paciente oftalmológico também tende a apresentar reações emocionais frente a seus sintomas, reações estas que geralmente traduzem o que os psiquiatras costumam chamar de regressão, ou seja, um

retraimento físico e emocional dos padrões habituais de comportamento adulto, de independência e autodeterminação, passando para um nível de funcionamento mais infantil, de fragilidade, passividade e dependência. Essas circunstâncias delimitam o "papel de doente", que é cultural e socialmente bem aceito (Blumenfield, 1977; Kaplan & Sadock, 1984).

(1) Professor Doutor do Departamento de Neuropsiquiatria e Psicologia Médica - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (FMRP-USP)

(2) Professora Doutora do Departamento de Oftalmologia e Otorrinolaringologia (FMRP-USP).

O presente artigo é parte de pesquisa apresentada como Tema-Livre no LXIV Congreso de la Sociedad Española/VII Congreso Luso-Hispano-Brasileño de Oftalmologia (Palma de Mallorca, 1-6/10/1988).

Dessa forma, o paciente oftalmológico pode apresentar sintomas de ansiedade, com variáveis graus de comprometimento, quando tende a desenvolver mecanismos psíquicos de defesa – como a negação, a projeção etc. – que têm por finalidade a atenuação daqueles sintomas. A ansiedade associada ao problema ocular, assim como as manifestações de seus possíveis mecanismos de defesa, constituem o que se denomina aqui de “reações emocionais do paciente oftalmológico”.

Os objetivos do presente trabalho são:

- 1 – a verificação da maneira como o oftalmologista percebe as eventuais reações emocionais de seus pacientes;
- 2 – a verificação da forma com que esse profissional julga solucioná-las ou atenuá-las; e
- 3 – a verificação de quais as características dos pacientes que podem portar o relacionamento profissional mais ou menos difícil para o oftalmologista.

METODOLOGIA

Esta investigação teve origem em estudo dos objetivos educacionais em Psicologia Médica e Psiquiatria, no qual foram entrevistados 339 médicos da cidade de Ribeirão Preto, número que correspondia, na época, a pouco mais de 50% dos profissionais dessa cidade. Desses 339 médicos, 19 eram oftalmologistas. Posteriormente, os autores ampliaram a população desses especialistas, tendo participado do presente estudo um total de 45 oftalmologistas.

Para a obtenção dos dados foi utilizado um questionário, do tipo auto-administrado, respondido em presença de um entrevistador com treino prévio. Este instrumento havia sido desenvolvido especificamente para

TABELA 1
Distribuição percentual das respostas de oftalmologistas e de outros especialistas, segundo a frequência de observação de dificuldades emocionais na prática clínica.

Frequência	População	
	Oftalmologistas	Demais especialistas
80-100%	4,9%	13,9%
60- 80%	14,6%	23,9%
40- 60%	19,5%	22,7%
20- 40%	31,7%	21,7%
0- 20%	29,3%	17,8%
TOTAL	100,00%	100,0%

esta finalidade, a partir de um estudo piloto, em que participaram 40 sujeitos, segundo a metodologia descrita por *Rodrigues (1978)* e *Rodrigues & Fávero (1980)*.

A primeira parte do questionário visava a coleta de dados pessoais. A segunda parte tinha os objetivos de: 1) levantar a questão sobre a coexistência de processos orgânicos e emocionais nos pacientes atendidos pelos profissionais entrevistados; 2) frente à constatação da percepção destas dificuldades emocionais, investigar quais seriam os tipos de problemas mais comumente observados e como os profissionais estariam lidando com os mesmos; e 3) levantar a questão de haver alguma dificuldade no relacionamento com alguns pacientes, independentemente de serem ou não portadores de dificuldades emocionais (*Rodrigues, 1978*).

Os itens tipo teste, cujas respostas poderiam variar entre dois extremos (Sempre-Nunca; Máximo-Nulo), foram estruturados sob a forma de inventário, utilizando-se de uma escala de sete pontos, tendo-se em vista que, em termos psicofísicos, a magnitude da discriminação e da confiabilidade proporcionadas por escalas desta natureza aumenta proporcionalmente ao número de graus, tendendo a estabilizar-se em torno do número sete (Nunnally, 1973).

RESULTADOS E COMENTÁRIOS

A. Frequência de observação de dificuldades emocionais na prática clínica:

A Tabela 1 mostra que a maioria dos oftalmologistas, quando questionados a respeito da frequência com que detectam algum tipo de dificuldade emocional em seus pacientes, tende a assinalar porcentagens situadas na faixa compreendida entre 0 e 40% desses pacientes, valores que estão situados abaixo daqueles respondidos pela população geral dos médicos.

B. Tipos de dificuldades emocionais mais frequentemente observadas na prática clínica:

Para o estudo deste tópico foram utilizadas como referencial as dificuldades emocionais que haviam sido mais frequentemente citadas pelos médicos participantes de um estudo piloto e que totalizavam onze grupos de condições. Pedia-se ao entrevistado que classificasse, em ordem de frequência, as três condições mais comumente observadas em suas atividades profissionais.

Levando-se em conta o total das respostas, independentemente de sua classificação, pode-se observar que os três conjuntos de dificuldades emocionais mais frequentemente assinaladas foram:

1º Grupo:

- Dificuldades emocionais associadas ao ato cirúrgico.
- Dificuldades emocionais associadas aos problemas econômicos.

2º Grupo:

- Dificuldades emocionais como queixa ou manifestação primária
- Dificuldades emocionais associadas à hospitalização.

3º Grupo:

- Dificuldades emocionais associadas às doenças somáticas crônicas.
- Dificuldades emocionais associadas ao envelhecimento.

C. Condutas dos oftalmologistas frente às dificuldades emocionais de seus pacientes:

Para o estudo das condutas dos oftalmologistas frente às dificuldades emocionais de seus pacientes, foram utilizadas como referencial as condutas que haviam sido mais frequentemente citadas pelos médicos que participaram do estudo piloto.

Utilizando-se de uma escala de sete pontos, que variava de “Sempre” (ponto um) a “Nunca” (ponto sete), e representando-se graficamente as medianas das respostas acumuladas para cada ponto, pode-se observar na Figura 1, que:

1. Frente a um paciente com dificuldades emocionais, os oftalmologistas afirmam que:
 - Encaminham-no a um psiquiatra ou psicólogo após tentativa de resolução da dificuldade emocional;
 - Fazem esclarecimentos ou orientam o paciente a respeito de dificuldades;
 - Fazem esclarecimentos ou orientam os familiares do paciente sobre as dificuldades deste último.
2. Aqueles especialistas, por outro lado, muito raramente:

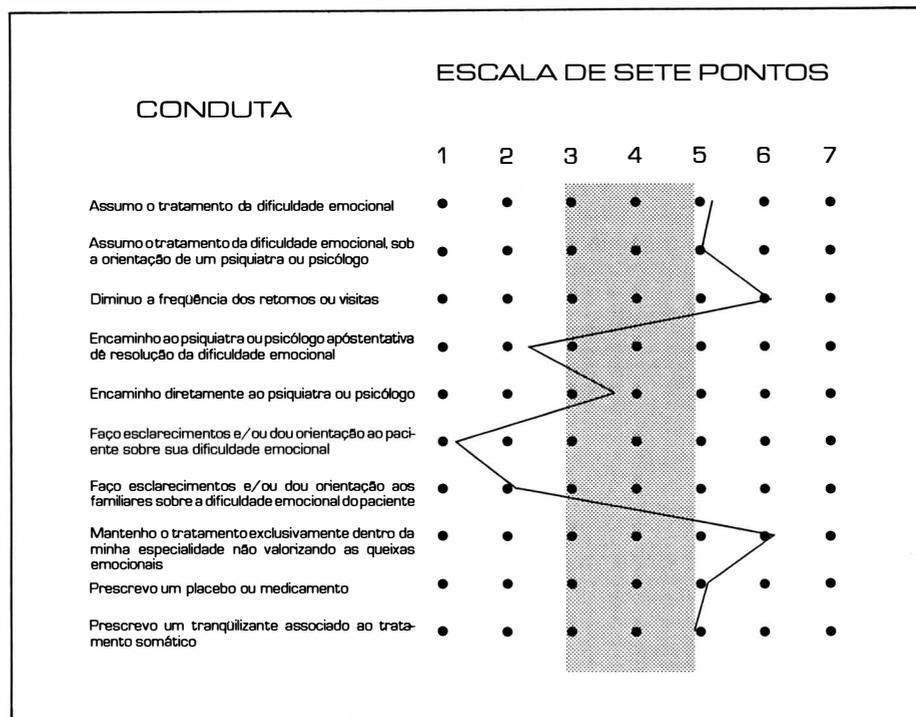


Figura 1 – Representação gráfica das medianas das respostas fornecidas por oftalmologistas às questões sobre a frequência das condutas tomadas frente às dificuldades emocionais de seus pacientes.

- Assumem o tratamento das dificuldades emocionais do paciente mesmo que houvesse a orientação de um psicólogo ou de um psiquiatra;
- Procuram diminuir o contato com o paciente que apresenta dificuldades emocionais ou tentam manter o tratamento exclusivamente dentro da especialidade;
- Prescrevem um placebo.
3. Chama a atenção que o encaminhamento direto a psiquiatra e a utilização de drogas psicoativas não se destacam como condutas que sejam muito ou pouco frequentemente tomadas.

D. Dificuldades na relação médico-paciente:

Utilizando o mesmo procedimento descrito no item anterior, procurou-se investigar quais as características dos

TABELA 2
Distribuição percentual dos oftalmologistas que participaram do levantamento, segundo o tipo de dificuldade emocional observada na prática clínica.

Dificuldade emocional	Porcentagem de sujeitos
Associada ao ato cirúrgico	53,66%
Associada a problemas econômicos	51,22%
Como queixa ou manifestação primária	34,15%
Associada à hospitalização	31,71%
Associada a doenças somáticas crônicas	26,83%
Associada ao envelhecimento	24,39%

pacientes que, na percepção dos oftalmologistas, podem tornar o relacionamento profissional mais ou menos gratificante.

Nesse caso, porém, o ponto um da escala correspondia à alternativa “Dificuldade Máxima” e o ponto sete à “Dificuldade Mínima”.

A Figura 2 mostra que os oftalmologistas detectam pouca dificuldade na relação médico-paciente quando estes últimos são portadores de doen-

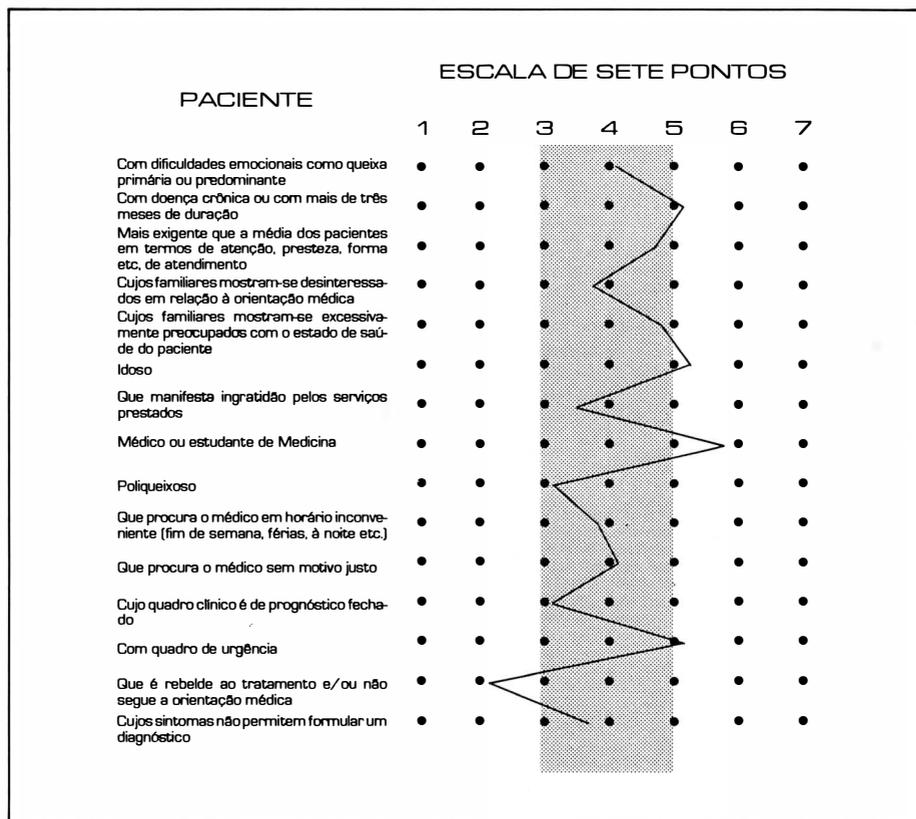


Figura 2 – Representação gráfica das medianas das respostas fornecidas por oftalmologistas às questões sobre o grau de dificuldade apresentada no relacionamento médico-paciente.

ças somáticas crônicas, idosos, médicos ou estudantes de medicina ou quando apresentam quadros de urgências oftalmológicas.

As maiores dificuldades aparecem no relacionamento com os pacientes descritos como “poliqueixosos”, que apresentam quadros clínicos de mau prognóstico e que são rebeldes ao tratamento ou não seguem as orientações médicas.

COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES

Através das respostas fornecidas por 45 oftalmologistas de Ribeirão Preto pode-se concluir que:

1. A frequência com que esses especialistas detectam dificuldades emocionais em seus pacientes (entre 0 e 40% dos mesmos) corresponde a valores mais baixos do

que os apontados pela população geral de médicos.

2. Na prática clínica oftalmológica são discriminadas, por sua maior frequência ou intensidade, as seguintes situações, citadas em ordem de importância:

- Dificuldades emocionais associadas ao ato cirúrgico;
- Dificuldades emocionais associadas a problemas econômicos;
- Dificuldades emocionais como queixa ou manifestação primária;
- Dificuldades emocionais associadas à hospitalização;
- Dificuldades emocionais associadas a doenças crônicas;
- Dificuldades emocionais associadas ao envelhecimento;

3. As condutas relativas ao encami-

nhamento para um psiquiatra ou psicólogo ou a orientação de um paciente ou de seus familiares quanto a problemas emocionais são as mais frequentemente citadas pelos médicos em questão.

4. No relacionamento médico-paciente, as atitudes relativas aos pacientes descritos como “poliqueixosos”, rebeldes ao tratamento ou que apresentam quadros clínicos de mau prognóstico necessitam de medidas educacionais que possam modificá-las ou que forneçam condições para que possam ser elaboradas pelo médico, de modo a não resultar em prejuízo para o paciente.

Neste ponto talvez seja pertinente explicitar alguns aspectos opinativos sobre eventuais condutas de oftalmologistas frente a pacientes que apresentam dificuldades emocionais. Saliente-se, entretanto, que, como ocorre em praticamente todas as especialidades médicas, também na Psiquiatria as generalizações constituem riscos potenciais, que podem mais prejudicar do que auxiliar o paciente e o seu médico.

Tendo em mente essa ressalva, algumas sugestões quanto ao manejo das situações anteriormente apresentadas podem ser mencionadas.

Assim, do ponto de vista dos autores, o encaminhamento a um psiquiatra ou psicólogo de pacientes oftalmológicos que apresentam dificuldades emocionais não deve ser uma conduta rotineira do oftalmologista. Muitas vezes aquelas dificuldades são de pequena monta, de forma que o próprio oftalmologista, através de procedimentos não especializados (como permitir que o paciente verbalize livremente os seus conflitos), pode desempenhar o papel terapêutico necessário e suficiente. Em certas circunstâncias esta conduta pode requerer alguma orientação especializada, quando o atendimento continuaria sendo feito

pelo oftalmologista, sob a orientação do psiquiatra ou psicólogo.

É também a opinião dos autores de que não existe qualquer contra-indicação para a prescrição de determinados medicamentos, particularmente de ansiolíticos, pelo oftalmologista. Esta conduta tende a ser mais bem recebida quando acompanhada de uma explicação sobre os reais efeitos terapêuticos e dos eventuais efeitos colaterais da droga. A utilização de placebos, por outro lado, é um procedimento visto pelos autores como contra-indicado, tanto em função dos aspectos antiéticos que envolve como pela potencialidade de deteriorar definitivamente a relação médico-paciente, no caso de que este último venha a ter conhecimento do significado da conduta tomada.

A diminuição do contato profissional com o paciente que apresenta dificuldades emocionais deve ocorrer apenas quando o oftalmologista tem a percepção de que o atendimento do mesmo representa uma sobrecarga emocional para si próprio. Este afastamento, entretanto, necessita ser simultâneo ao encaminhamento ao psiquiatra ou psicólogo. Procedimento semelhante pode ser também de utilidade frente aos denominados "poli-queixosos". Esses aspectos são mais extensamente abordados por Rodrigues (1992).

Através das sugestões acima, pode-se depreender que o encaminhamento para um tratamento especializado deve ser realizado em situações específicas, quando a intensidade das ma-

nifestações ou o grau de comprometimento das atividades rotineiras do paciente assim o indicarem. Este encaminhamento geralmente é bem aceito pelo paciente quando ele percebe que o seu oftalmologista não apresenta preconceitos contra o tratamento psicológico ou psiquiátrico; nessas circunstâncias, mesmo quando esses preconceitos não são explicitados, o paciente tem a percepção de que seu próprio médico questiona a orientação que está fornecendo e dificilmente terá a disposição para segui-la.

SUMMARY

The ophthalmological patient may exhibit symptoms of anxiety towards his illness and, as a consequence, to develop psychic defense mechanisms, whose objective is to attenuate that anxiety.

The objectives of the present study were: to investigate how an ophthalmologist perceives the aspects described above; how he attempts to deal with them and the professional's eventual difficulties in the doctor-patient relationship.

Through the use of a questionnaire, personally applied to 45 ophthalmologists, the authors observed that:

a - The emotional difficulties most frequently cited by the ophthalmologists were: 1) that associated with surgical procedures; 2) that associated with economical problems; 3) emotional difficulties as primary complaints or manifestations; 4) that associated with hos-

pitalization.

- b - Ophthalmologists, when confronted with a patient with emotional difficulties tend to refer him to a psychiatrist or psychologist after an attempt to solve the emotional difficulty and provide clarification or guidance to the patient or to his relatives with respect to the patient's difficulties.*
- c - In the patient-doctor relationship, the attitudes towards patients described as "multiple complainers", resisting treatment or having poor prognosis need educational measure that might modify them or permit the doctor to them so that they will not harm the patients.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BLUMENFIELD, M. The Psychological reactions to physical illness. In: SIMONS, R.C.; PARDES, H.P. (ed.). - *Understanding Human Behavior in Health and Illness*. Baltimore, Williams & Wilkins, 1977, p.417-29.
2. KAPLAN, H.K.; SADOCK, B.J. Psiquiatria e outras especialidades. In: - *Compêndio de Psiquiatria Clínica*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1984. p.606-23.
3. NUNNALLY, J.D. *Introducción a la Medicina Psicológica*. Buenos Aires, Paidós, 1973.
4. RODRIGUES, C.R.C. *Contribuição ao Estudo dos Objetivos Educacionais em Psicologia Médica e Psiquiatria*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 1978. 123p.
5. RODRIGUES, C.R.C. Relação médico-paciente. In: RODRIGUES, M.L.V. (ed.). *Oftalmologia Clínica*. Rio de Janeiro, Cultura Médica, 1992. p. 1-10.
6. RODRIGUES, C.R.C., FÁVERO, R.V. Proposta de um modelo de avaliação de prioridades na elaboração de currículo para o curso médico: área de psicologia médica e psiquiatria. *Educ. Med. Salud*, v. 14, n^o4, p. 371-83, 1980.