

## CONSULTÓRIO PSIQUIÁTRICO: COMO EU FAÇO

### PSYCHIATRIC OFFICE: HOW I DO IT

#### INTRODUÇÃO

O consultório é a casa do médico, por excelência. Ali está o espaço privilegiado para o encontro entre o profissional e aqueles que buscam a sua ajuda. Ambulatórios públicos, ambientes compartilhados, clínicas coletivas e outras propostas contemporâneas também podem ser bem aproveitados, desde que ofereçam alguma personalidade àqueles que os utilizam.

O psiquiatra, em particular, exerce a maior parte do seu trabalho em tal contexto. Em grande medida, as questões clínicas terão o seu encaminhamento definido entre quatro paredes. Necessário se faz, portanto, que o espaço, a ambientação e todos os arranjos contribuam para a configuração de um *setting* adequado ao diagnóstico e às intervenções terapêuticas. Acima de tudo, sobressaem a disposição íntima e as atitudes do profissional.

#### FUNDAMENTOS

Exerço a clínica psiquiátrica há 45 anos, procurando manter o mesmo entusiasmo inicial. A formação fenomenológica fornece-me instrumentos valiosos: atitude empática, escuta despida de preconceções, sempre em busca da essência dos sinais e sintomas, percebidos nas vivências e na significação subjetiva, focada naquele que apresenta suas queixas. O diagnóstico pode então ser firmado em bases pluridimensionais, num clima de acolhimento e compreensão que já é terapêutico desde o primeiro momento<sup>1,2</sup>. Não me atendo somente à categorização nosológica, mas busco um enfoque compreensivo-dinâmico e existencial<sup>3-5</sup>.

Tenho também forte aproximação com o movimento da chamada medicina da pessoa, que conheci através dos escritos de Paul Tournier. Entendendo o valor e a dignidade intrínsecos à pessoa humana, sou impulsionado a perquirir pela *imago Dei*, mesmo que acobertada pela doença e pelas misérias humanas. Da mesma forma, sei que é revelando a mim mesmo como pessoa que propicio

estímulos para o crescimento e a mudança desejados<sup>6-9</sup>. Tal movimento ganhou ressonância também no Brasil, mesmo que por outra via<sup>10</sup>.

Na verdade, a prática psiquiátrica é moldada pela visão do ser humano esposada pelo profissional. A antropologia médica, disciplina que ajudei a implantar na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, fornece as referências necessárias para a abordagem integral do ser humano enfermo psíquico<sup>11,12</sup>.

#### PRÁTICAS

Descrevo a seguir como atendo em consultório, especialmente na primeira consulta. Nos encontros subsequentes, a flexibilidade e a liberdade são maiores, considerando o grau de relacionamento e conhecimento mútuo.

Recebo o cliente à porta, já informado do seu nome. Posso chegar à sala de espera para ser melhor identificado, especialmente quando sinto que há uma expectativa grande, com a presença de acompanhantes. Tratar pelo nome e apertar a mão acolhedoramente são práticas rotineiras.

O cliente entra sozinho na sala de atendimento, sempre. Isso parece-me indispensável, pois contribui para a valorização da sua fala, para a formação do vínculo terapêutico, além de oferecer liberdade na abordagem das questões pessoais. Quando um familiar se insinua, eu explico com gentileza que preciso ouvir primeiro quem vem à consulta, garantindo que logo em seguida admitirei também os acompanhantes.

Ofereço duas opções de assento: a cadeira fixa com braços ou o sofá com dois lugares. Eu me assento ao lado, numa cadeira giratória que me permite olhar o entrevistado de frente. Assim, temos proximidade respeitosa que permite percepção dos movimentos e expressões de ambos os envolvidos. A mesa, mesmo sendo de estrutura leve, com vidro transparente, fica de lado enquanto ouço o relato. Entendo que, sendo

Médico pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, MG. Residência em Psiquiatria no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. Mestre em Filosofia pela UFJF, Juiz de Fora, MG. Doutor em Psiquiatria pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP. Professor de Psiquiatria e de Antropologia Médica (aposentado), Faculdade de Medicina, UFJF, Juiz de Fora, MG. Sócio da ABP. Membro Pleno, Corpo de Psicólogos e Psiquiatras Cristãos.

usada de rotina, ela se afigura como uma barreira entre o cliente e o profissional.

Digo de início que estou à disposição para ouvir o que se passa, o que motiva a consulta. Estimulo que a exposição transcorra com liberdade. Recorro a assertivas sonoras e/ou gestuais, mostrando que acompanho o relato com atenção. Pergunto sempre pela vivência: “Como sente...?”, “Como é isso para você?”, “A que ponto lhe incomoda...?”. Se há pausas, insisto: “O que mais...?”, “Quando acontece...?”, “Que situações interferem...?”. Quando o relato é pobre, recorro a uma sequência: “Como está o sistema nervoso (‘os nervos’)?”, “E os sentimentos, como andam?”, “Sobre o pensamento, nota alguma alteração nas ideias (alguma que incomoda)?”, “E a memória, como vai?”.

Evito emitir julgamentos, mostrar espanto ou dar opiniões apressadas. No máximo, frases assertivas ou empáticas: “Você está explicando bem, eu consigo acompanhar com facilidade”. Ou: “Seus sintomas são bem característicos, o quadro está ficando claro para mim”. Ou ainda: “Situações assim geram muito desgaste, você deve estar sofrendo”.

Reservo 45 minutos para cada atendimento. Controlo o tempo pelo meu relógio de pulso, que consulto discretamente. Também desenvolvi a prática de observar o relógio do próprio paciente, quando possível.

Cumpridos aproximadamente 30 minutos, vou tentando fechar o relato, buscando uma síntese. Deixo os minutos restantes para ouvir o(s) acompanhante(s). Convoco-o(s) através da chamada de secretária, recebendo-o(s) também à porta, perguntando pelo nome e indicando o assento. Em seguida, faço um resumo daquilo que já apurei (evitando detalhes confidenciais) e digo que quero ouvir a percepção que trazem.

Se os dados coletados convergem para o diagnóstico(s) já esboçado, exponho meu entendimento e a primeira visão do prognóstico, sempre apontando possibilidades terapêuticas. São raros os casos em que, ainda não havendo clareza, proponho que a consulta seja retomada em dia próximo. Obviamente, considero como um desdobramento da entrevista anterior e não cobro honorário pelo segundo horário.

Ao final, dirijo-me à mesa. Posso então solicitar algum exame (bem poucas vezes), anotar referência a algum profissional (neurologista, psicólogo, etc.), se for o caso,

e prescrever os medicamentos e demais orientações. A maioria dos clientes que atendo recebe alguma prescrição de psicofármacos. Nesse caso, empenho-me em escolher um único produto que atenda aos sintomas-alvo, avaliando inclusive benefícios de eventuais efeitos colaterais. Pacientes que exigem polifarmácia recebem um roteiro indicando horários, nomes e doses das substâncias a serem ingeridas (“Para afixar na geladeira e não confundir”).

Entrego as prescrições e encaminhamentos sempre na mão do próprio cliente. Afinal, ele deve assumir papel ativo no tratamento. Peço aos seus próximos que procurem ajudá-lo no que for necessário. Deixo meus telefones à disposição, incentivando que sejam usados diante de qualquer dúvida. Além dos dados impressos no receituário, posso entregar um cartão em que eu mesmo escrevo o número do aparelho celular. Faço isso como uma distinção àquele cliente e vejo que isso reforça o vínculo e a pessoalidade, além de transmitir segurança. Desnecessário acrescentar que tenho o cuidado de atender às chamadas (que, na verdade, são esparsas).

O pagamento da consulta é feito à secretária, que também agenda a próxima visita. Atualmente, não atendo por convênios; mas não me nego a fazer concessões financeiras. Nesses casos, prefiro discutir o assunto pessoalmente, na presença do cliente e de seus familiares. O trato com o dinheiro tem valor simbólico, e assim, ganha conotações terapêuticas. Existem ainda aqueles que não me pagam pelos atendimentos, por situações diversas. Mesmo assim, os procedimentos de trabalho seguem a mesma sequência.

Procuro marcar o primeiro retorno dentro de 15 a 20 dias. Se há riscos maiores, que seja logo na semana seguinte. Normalmente, não cobro honorários por esse segundo atendimento.

Não faço nenhuma anotação durante a consulta, a não ser em situações muito especiais, diante de relatos complexos. Peço então licença para registrar as principais datas e ocorrências, “para eu ter tudo mais claro”. Preencho o prontuário em particular no intervalo entre as consultas ou no final de todos os atendimentos. O acompanhamento atento e interessado permite memorizar e preencher uma folha ofício com as informações colhidas. Nesses registros, emprego frases sucintas e diretas, seguindo os tópicos de uma

anamnese. Grifo e dou destaque às informações que não podem passar despercebidas. De propósito, incluo nas anotações fatos curiosos, vinculações, gostos, coisas que poderei usar nas vezes seguintes como pontos de contato e demonstração de interesse.

## SITUAÇÕES ESPECIAIS

Tenho no consultório os seguintes instrumentos médicos: estetoscópio, aparelho para aferição de pressão arterial e martelo neurológico, que são usados em situações específicas, bem como alguns medicamentos clínicos de ação rápida (anti-hipertensivo, antianginoso, antitérmico, analgésico). O sofá pode receber alguém deitado, para exame ou alguma emergência, o que raramente acontece. Já fiz encaminhamentos, diretamente a cardiologista, pneumologista ou neurologista, após constatar situações críticas (infecções respiratórias, crises hipertensivas, insuficiência cardíaca, sintomas anginosos, sinais de hidrocefalia, etc.).

Nunca tive o caso de uma crise de agitação psicomotora ou agressividade mais intensa. Preventivamente, porém, não deixo expostos objetos de possível utilização em tais situações. Síndromes maniformes não são raras, sendo alguns clientes logo medicados por mim mesmo [Clopixol-Acuphase intramuscular (IM), Haldol + Fenergan IM, Zyprexa Zydis]. Também psicóticos sem consciência de doença e recusando-se a tratamento podem ser medicados antes de saírem do consultório [Haldol Decanoato, Clopixol Depot; Penfluridol (SEMAP) era ótima opção, agora indisponível].

Crises de ansiedade, ataques de pânico, dores psicossomáticas agudas eventualmente ali ocorrem, assim como crises histeroconvulsivas, hoje mais raras. Nessas situações, atuo com medidas tranquilizadoras, indicando melhor postura corporal e respiração pausada, e com ansiolíticos de ação rápida (Alprazolam, Clonazepam sublingual).

Encaminhamentos para internação psiquiátrica são raríssimos. Poucos casos que indicavam risco iminente de suicídio foram assim direcionados. Mesmo nesses casos, já optei por indicar sessões de eletroconvulsoterapia (quando encontro quem disponibilize o procedimento), orientando a família e mantendo atendimentos mais próximos.

## CONCLUSÃO

Alguns dirão que as práticas acima não se aplicam aos atendimentos por planos de saúde e muito menos ao serviço público. Minha observação, porém, conduz a raciocínio inverso. Vejo com frequência colegas que atendem mal em tais condições, sempre apressados, desatentos e, sejamos sinceros, com certa raiva mal disfarçada. Ao chegarem aos seus consultórios, eles tendem a reproduzir o mesmo padrão de comportamento. Assim, onde poderiam criar espaços de bem-estar e bom atendimento, tais profissionais replicam o modelo a que se acostumaram.

As referências que tive para desenvolver a prática sistemática de atendimento vieram dos poucos escritos dedicados ao tema<sup>13-15</sup>. Outra fonte interessante de sugestões são as publicações da chamada psicologia médica, especialmente quando abordam a relação médico/paciente<sup>16,17</sup>.

As características e preferências pessoais de cada profissional moldam em muito suas posturas e práticas. Entretanto, podemos inferir que pesquisas mais específicas e maior troca de informações ajudarão a melhorar a qualidade do atendimento e a satisfação de todos os envolvidos. Os clientes e usuários agradecerão, e a nossa própria saúde física e psíquica será beneficiada.

Artigo submetido em 01/11/2016, aceito em 29/11/2016. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

**Correspondência:** Uriel Heckert, Rua Rei Alberto, 103, apto. 1000, CEP 36016-300, Juiz de Fora, MG. Tel.: (32) 3215.7546. E-mail: urielheck@gmail.com

## Referências

1. Jaspers K. Psicopatologia geral. 2ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 1979.
2. Lopes JL. Diagnóstico em psiquiatria. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 1980.
3. Gabbard G. Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica. Porto Alegre: Artmed; 1992.
4. May R, Angel E, Ellenberger HF. Existencia, nueva dimension en psiquiatria y psicología. Madrid: Gredos; 1958.

Médico pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, MG. Residência em Psiquiatria no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. Mestre em Filosofia pela UFJF, Juiz de Fora, MG. Doutor em Psiquiatria pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP. Professor de Psiquiatria e de Antropologia Médica (aposentado), Faculdade de Medicina, UFJF, Juiz de Fora, MG. Sócio da ABP. Membro Pleno, Corpo de Psicólogos e Psiquiatras Cristãos.

5. Straus EW. *Psicología fenomenológica*. Buenos Aires: Paidós; 1966.
6. Tournier P. *Médecine de la personne*. 11ª ed. Neuchatel, Suisse: Delachaux; 1963.
7. Cox J, Campbell AV, Fulford B. *Medicine of the person*. London: Jessica Kingsley Publ.; 2007.
8. Collins GR. *The Christian psychology of Paul Tournier*. Grand Rapids: Baker Book House; 1973.
9. Heckert U. *A obra de Paul Tournier e a medicina da pessoa [dissertação]*. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 1988.
10. Perestrello D. *A medicina da pessoa*. 5ª ed. São Paulo: Atheneu; 2006.
11. Gebattel VEF von. *Antropologia medica*. Madrid: Rialp; 1966.
12. Entralgo PL. *El médico y el enfermo*. Madrid: Guadarrama; 1969.
13. Bird B. *Conversando com o paciente*. São Paulo: Manole; 1975.
14. Mackinnon RA, Michels R. *A entrevista psiquiátrica na prática diária*. Porto Alegre: Artmed; 1981.
15. Mackinnon RA, Yudofsky SC. *A avaliação psiquiátrica na prática clínica*. Porto Alegre: Artmed; 1988.
16. Moreira Filho AA. *Relação médico-paciente, teoria e prática*. 2ª ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2005.
17. Martins C. *Perspectivas da relação médico-paciente*. Porto Alegre: Artmed; 1981.

# PROPSIQ

é o programa de atualização desenvolvido pelo Secad em parceria com a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e profissionais consagrados. É dirigido a você, psiquiatra, médico-residente, mestrando, doutorando ou profissional da área.



12x de R\$ 105,00  
1.260,00

6x de R\$ 190,00  
1.140,00

à vista com  
15% de desconto  
R\$ 1.069,00

VOCÊ EM **CONSTANTE ATUALIZAÇÃO**  
COM OS ESTUDOS EM PSQUIATRIA.

São ciclos de atualização de 12 meses e ao final  
você recebe o certificado de atualização profissional!