

Espaço CREMERS

Exercício da Medicina: Intimidação e Violência

GABRIEL CHITTÓ GAUER

Professor do Programa de Mestrado em Ciências Criminais e da Faculdade de Medicina da PUC/RS. Doutor em Clínica Médica pela PUCRS e Pós-Doutor pela University of Maryland

LUIZ AUGUSTO PEREIRA

Professor do Curso de Medicina da Universidade de Caxias do Sul/RS, Cirurgião Vascular, Advogado, Pós-Graduado em Gestão de Políticas Públicas, Presidente do Cremers

RESUMO

Vivemos no tempo da velocidade, em que as transformações sociais ocorrem numa rapidez antes nunca vista. O Médico, no seu exercício profissional, busca acompanhar estas modificações. A participação em eventos e a leitura de periódicos de ponta constituem uma forma de acompanhar as mudanças no campo do saber médico. Mas não bastam. É igualmente necessário adequar-se aos novos tempos da relação médico-paciente, em que a autonomia deste passa a ter um valor muito maior que antigamente. E não é somente com a nova realidade dos valores morais que o Médico tem de lidar. Outro fenômeno, o do crescimento da violência, nos coloca frente a situações inusitadas e para as quais temos de buscar novas abordagens. No texto, esse fenômeno e a sua relação com o Médico são abordados a partir de uma perspectiva biopsicossocial.

UNITERMOS: Violência, Ética, Deontologia, Relação Médico-Paciente.

ABSTRACT

We live in the high-velocity era, when social changes happen in a rate never seen before. In their professional tasks physicians try to keep up with these modifications. They try to attend the medical knowledge changes by attending events and reading current journals. But it's not enough. It is equally necessary to adjust to the doctor-patient relationship new era, when the autonomy of the last ones assumes now much more value than in the past. And it's not just with the new reality of moral values the doctor has to deal. Another fact, the violence growth, puts us in face with unusual situations, and for which we have to look for new approaches. In the text, this fact and its relation with the physician are presented from a biopsicosocial point of view.

KEY WORDS: *Violence, Ethics, Deontology, Doctor-Patient Relationship.*

INTRODUÇÃO

O médico, na sua atividade diária, está inserido nas profundas modificações sociais que caracterizam os tempos modernos. Entretanto, quando procuramos artigos que nos atualizem sobre as questões socioculturais que incidem em nossa prática médica e que deveriam subsidiar uma pedagogia apropriada, não os encontramos. Em relação à violência, que é um exemplo ao mesmo tempo emblemático e preocupante de nosso tempo, os periódicos internacionais apresentam apenas referências à questão. As informações nelas contidas abordam em geral um dos locais em que tradicionalmente o médico acaba se debruçando com este fenômeno – as salas de emergência. Segundo pesquisa realizada junto aos Serviços de Emergência de 127 hospitais universitários norte-americanos, 41 (32%) relataram uma ou mais ameaças verbais ao dia, por parte dos pacientes, à equipe de saúde, e 23 (18%) relataram no mínimo uma ameaça envolvendo o uso de algum tipo de arma a cada mês (1). Um estudo realizado no Reino Unido com 100 médicos recém-formados pertencentes aos Serviços de Emergências e Acidentes constatou que 96 deles sofreram agressão verbal, 50 receberam ameaças, 32 relataram que pacientes tentaram agredi-los fisicamente e 18 foram vítimas de agressão física (2). O comportamento violento dos pacientes em um hospital geral pode acabar impedindo-os de receber tratamento médico adequado, além de colocar a equipe médica e os outros pacientes em risco (3,4,5). Além disso, o comportamento violento nas emergências com grande frequência é o fator determinante de internações psiquiátricas ou da solicitação de auxílio ao psiquiatra, por parte de colegas de outras especialidades.

No Brasil, observamos outro fenômeno que difere do contexto em

que tradicionalmente os médicos estão acostumados a lidar, como no caso dos atendimentos em serviços de emergência. Esta forma de violência está mais relacionada às transformações sociais que ocorrem atualmente do que à questão de doença propriamente dita, como a presença de um quadro de psicose ou de delirium. Esta nova forma de violência coloca os médicos frente a uma realidade que os profissionais não podem abordar com métodos tais como a prescrição de um antipsicótico ou a contenção mecânica do paciente. Para esta situação não encontramos estudos nas revistas de língua inglesa, que são fortemente valorizadas por órgãos como a CAPES e o CNPq. O médico brasileiro, ao estudar durante a sua formação as técnicas mais avançadas para tratamento dos seus futuros pacientes, provavelmente nada irá aprender sobre a forma de abordar esta realidade que o espera após a formatura. Para abordar este tema, faremos inicialmente uma breve reflexão a propósito do fenômeno da violência e analisaremos uma situação destas ocorrida em Porto Alegre.

UMA BREVE REFLEXÃO SOBRE O FENÔMENO DA VIOLÊNCIA

A pergunta que se faz, quando se tenta delimitar o fenômeno da violência, um dos mais preocupantes do mundo atual, vincula-se a sua complexidade. Ele pode estar vinculado a fatores culturais, econômicos, políticos, psicológicos e biológicos, entre outros.

A violência pode ser entendida como uma falha do comportamento humano em respeitar os limites entre a agressão aceitável e a inaceitável. A gênese da conduta violenta é multifatorial e ainda não se encontra completamente elucidada. Os estudos estatísticos e epidemiológicos nos auxiliam a delimitar o problema e ava-

liar o grau em que afeta os indivíduos e a sociedade. Dados do estudo “Epidemiological Catchment Area (ECA)” (6) sugerem que 3,7% da população dos Estados Unidos (EUA) cometem um ou mais atos de violência a cada ano, e a incidência de comportamento agressivo durante toda vida é de aproximadamente 24% (7). Ainda que as autoridades desse país relatem uma diminuição nas taxas de criminalidade, em 1996 ocorreram 19.645 assassinatos, 95.769 estupros e 537.050 roubos, contribuindo para um total de aproximadamente 500 milhões de dólares em bens subtraídos (8).

Nos EUA, uma mulher é sexualmente atacada a cada 45 segundos. Mais de um terço dos americanos relatam ter assistido a um homem espancar sua esposa ou namorada. Entre 1986 e 1993, o número de crianças vítimas de abusos ou negligenciadas dobrou, e o das seriamente feridas quadruplicou. Os assassinatos constituem uma importante forma de violência em locais de trabalho e são a forma de crime que mais cresce, ficando abaixo somente dos acidentes de trânsito como causa de mortes no trabalho (9).

Ainda que não tenhamos tanta disponibilidade de estudos epidemiológicos aplicados à realidade brasileira, vivemos num mundo cada vez mais globalizado e podemos supor que, no nosso meio, a problemática não seja muito diferente, tendo, com certeza, importantes conseqüências sociais, psicológicas e econômicas.

Podemos dizer que a violência é um elemento estrutural, intrínseco ao fato social, isto é, aparece em todas as sociedades. De um modo geral, os tempos atuais assistem a uma escalada da violência. Vivemos em uma sociedade da velocidade, do imediatismo, do utilitarismo – dissolvem-se as formas de enquadramento e autocontrole do indivíduo, solapando o esforço em prol dos benefícios imediatos.

Com a diminuição significativa das instâncias formais de controle social – igreja, sindicato, escola, família –, assiste-se ao crescimento de guetos: famílias sem pai, tráfico de drogas (em que muitas vezes o traficante é o pai), produzindo níveis de violência e delinquência até então desconhecidos.

Há ainda que lembrar que a dinâmica social atual, com suas rápidas transformações, leva ao desaparecimento de padrões culturais tradicionais, e que, por outro lado, não há fixação de novos padrões em face da velocidade dessas transformações, fazendo com que os indivíduos vivam sem regras definidas que lhes permitam pensar em parâmetros estruturados em códigos sociais mais permanentes (10). Essas constatações não significam afirmar que estamos vivendo no grau zero dos valores morais. Um núcleo estável de valores morais e éticos, como direitos humanos, honestidade, princípio da diferença, tolerância, entre outros, permanecem. Há, no entanto, que lembrar que as novas tecnologias provocam uma grande metamorfose na sociedade. Compactuamos com os autores António Damásio (11, 12) e Derrick de Kerckove (13), quando estes afirmam que hoje vivemos a era da mente e não mais a da razão.

Outros fatores implicam, ao nosso ver, o aumento da violência. Entre eles podemos citar a coisificação do indivíduo pelo dinheiro, a necessidade de se viver o aqui e agora, a ausência de valores que permitam reconhecer o outro como seu igual. Há, no entanto, um fator importante que deve ser analisado: a velocidade em que a sociedade vive atualmente.

As novas tecnologias mudaram a relação de sentido único com o televisor para o modo interativo e bidirecional dos computadores pessoais. Todos esses fenômenos técnicos/científicos vêm contribuindo para a deterioração dos valores tradicionais e a sua velocidade impede que novos va-

lores sejam desenvolvidos nessa cultura da velocidade e da mente.

Pesquisa (14) realizada na França revela que, quando se pede para destacar, numa lista de 17 qualidades morais, as cinco virtudes que desejaríamos ver prioritariamente inculcadas nas crianças, apenas 15% dos europeus se preocupam em mencionar o altruísmo. Quando se interroga a faixa dos 13-17 anos sobre aquilo que os pais verdadeiramente lhes ensinaram, 75% falam da necessidade de trabalhar bem para ter um bom emprego. Mas o respeito pelos princípios morais é apenas citado uma vez em cada quatro – a própria idéia da educação moral perdeu o valor.

Talvez aqui coubesse inserir a constatação de Max Weber, segundo a qual “o fim precipuo de nossa época, caracterizada pela racionalização, pela intelectualização e, principalmente, pelo ‘desencantamento do mundo’, levou os homens a banir da vida pública os valores supremos e mais sublimes”.

O autor contrapõe aduzindo que tudo isso não indica que não exista mais moral, mas que aquela moral tradicional deixou de ser socialmente legítima (o culto do dever de sacrifício), passando à moral *à la carte*, ou seja, sacrifícios altruístas mínimos, descompromissados, “indolores”, que podem ser escolhidos pelo indivíduo. Este ainda quer família, mas com a condição de que possa se divorciar, viver em concubinato, ter filhos por encomenda, *etc.*

Também é importante salientar que os maiores avanços científicos das últimas décadas se deram na área da Biologia. E isto é especialmente verdadeiro quando se trata de psiquiatria biológica. Em termos de comportamento violento, as descobertas mais recentes tratam especialmente da questão do comportamento agressivo impulsivo e das alterações nos neurotransmissores, hormônios e fatores genéticos envolvidos, cuja descrição completa foge aos nossos objetivos(15).

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (TPAS)

Ainda que o comportamento violento, em especial a agressão impulsiva dirigida a si próprio e aos outros, seja especialmente característico de certos transtornos psiquiátricos, como o transtorno de personalidade borderline, o anti-social (TPAS) e os transtornos do humor, ela ocorre em todas as categorias diagnósticas (16). Porém, quando pensamos em situações nas quais existe um comportamento que envolve vários indivíduos e que se caracteriza pelo desrespeito às regras e normas sociais, podemos supor que entre estes indivíduos iremos provavelmente encontrar uma prevalência maior de indivíduos com TPAS.

O TPAS, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais Revisado (DSMR-IV) (17), pode ser essencialmente definido com um padrão invasivo de desrespeito e violação dos direitos alheios que, normalmente, começa na infância ou início da adolescência e continua na idade adulta (18). Os indivíduos com TPAS não se conformam às normas pertinentes a um comportamento dentro de parâmetros legais. Eles podem realizar repetidos atos que constituem motivo de detenção (quer sejam presos ou não), tais como destruir propriedade alheia, importunar os outros, roubar ou dedicar-se à contravenção. As pessoas com este transtorno desrespeitam os desejos, direitos ou sentimentos alheios. Frequentemente enganam ou manipulam os outros, a fim de obter vantagens pessoais ou prazer (por ex., para obter dinheiro, sexo ou poder). Podem mentir repetidamente, usar nomes falsos, ludibriar ou fingir. Um padrão de impulsividade pode ser manifestado por um fracasso em planejar o futuro. As decisões são tomadas ao sabor do momento, de maneira impensada e

sem considerar as conseqüências para si mesmo ou para outros, o que pode levar a mudanças súbitas de empregos, de residência ou de relacionamentos.

Os indivíduos com TPAS tendem a ser irritáveis ou agressivos e podem repetidamente entrar em lutas corporais ou cometer atos de agressão física. Exibem também um desrespeito imprudente pela segurança própria ou alheia e costumam engajar-se em um comportamento sexual ou de uso de substâncias com alto risco de conseqüências danosas.

Os indivíduos com TPAS demonstram pouco remorso pelas conseqüências de seus atos. Mostram-se indiferentes ou oferecem uma racionalização superficial por terem ferido, maltratado ou roubado alguém (por ex., “a vida é injusta”, “perdedores merecem perder” ou “isto iria acontecer de qualquer modo”). Preferem culpar suas vítimas por serem tolas, impotentes ou por terem o destino que merecem; minimizar as conseqüências danosas de suas ações; ou simplesmente demonstrar completa indiferença. Em geral não procuram compensar ou emendar sua conduta. Acreditam que todo o mundo está aí para “ajudar o número um” e que não se deve respeitar nada nem ninguém para não ser dominado.

Um aspecto do TPAS é que muitos aparentam não ter sentimentos, com pouca ou quase nenhuma empatia pelas pessoas. Essa indiferença emocional é o que faz o anti-social ser tão perigoso, pois lhe permite cometer os crimes mais hediondos sem remorso, crimes que podem ser várias vezes repetidos, sem se preocupar com suas vítimas. É como se uma parte vital do caráter do anti-social – a sua moral de julgamento – fosse de alguma maneira ausente ou pouco desenvolvida. Esta parte essencial de nossa “humanidade” nos faz aderir a regras sociais e a obrigações. Mas o anti-social sem nenhum esforço resiste a todo regulamento, incapaz de ver

além de seu próprio egoísmo ou de adotar padrões corretos.

No que diz respeito à etiologia propriamente dita deste transtorno, um dos modelos desenvolvidos é o do marcador somático. Segundo este modelo, o TPAS, ou a Psicopatia, como é também chamado, seria desencadeado diante de uma dificuldade vinculada à associação de determinados estímulos com determinadas respostas. Em outras palavras, os psicopatas tenderiam a não responder adequadamente nas diferentes situações de interação social, uma vez que neles se encontram ausentes os mecanismos fundamentais que engendram a emoção e a fazem estar disponível em todo e qualquer processo decisório. A falha no chamado “marcador somático” (18,19) faz, deste modo, com que os estímulos acabem por estar sempre desacompanhados de emoções pelas quais torna-se possível gerar as respostas adequadas. Damião apoiou sua hipótese em muitos dos achados neurológicos efetuados pela sua equipe, com os quais foi possível demonstrar que determinadas lesões no córtex frontal tendem a desencadear um empobrecimento na capacidade de efetuar decisões, bem como uma respectiva inadequação social daí decorrente (20).

Os indivíduos com TPAS possuem um sistema nervoso central não responsivo – pouco alerta, com um padrão de ondas cerebrais frequentemente encontradas em crianças e adolescentes sugerindo imaturidade cerebral. Também possuem um padrão de frequência cardíaca de repouso baixa em contraste com o pulso rápido da ansiedade e estados de alerta. Não experimentam ansiedade quando mentem, cometem um crime ou se envolvem em comportamentos de alto risco. Estes indivíduos com um nível de consciência cronicamente baixo buscam situações de risco, como o crime e a violência, como forma de aumentar seu estado de alerta. O comportamento anti-social seria um esfor-

ço para estimular um SNC cronicamente não-responsivo (21).

O transtorno parece ser tão comum quanto outros que conseguiram capturar a atenção pública recentemente, como a síndrome de pânico, o transtorno obsessivo-compulsivo e o transtorno de déficit de atenção. Contudo, a natureza do TPAS demonstra que seu poder de destruição em sociedade é maior que a maioria das outras doenças mentais, tendo em vista que o transtorno envolve principalmente reações contra o ambiente social, o que faz com que outras pessoas sejam arrastadas para sua teia destrutiva. Muitos transtornos mentais têm implicações sérias para além dos pacientes e das suas famílias, como perda de rendimento e custo de tratamento. Mas o impacto social do TPAS aparece mais de imediato. Os criminosos anti-sociais são responsáveis por incontáveis perdas e requerem grandes gastos em policiamento e aplicação de sanções. O desespero e a ansiedade criados pela tragédia do anti-social afetam famílias e comunidades, enquanto deixam cicatrizes físicas e emocionais profundas em seus filhos, que crescem frequentemente seguindo os difíceis caminhos de seus pais por toda a vida. Mas o verdadeiro preço do TPAS é expresso de modo mais sutil, inclusive com um senso difuso de desconfiança geral das pessoas sobre as intenções de outros. O crime e outros problemas sociais se originam de uma variedade de causas além do TPAS, mas os anti-sociais e as suas ações contribuem para os nossos medos e preocupações coletivas. Estes medos nos fazem apertar os passos em uma rua escura, fechar nossos carros e casas e suspeitar de promessas. Enquanto estes instintos nos protegem do perigo, eles podem ser prejudiciais se nos levarem a acreditar que nada está seguro, que as regras da sociedade já não dispõem de qualquer proteção ou garantia da ordem. As preocupações de hoje sobre crime, corrupção e coesão social for-

mam um bom contexto para explorar o TPAS e seu papel nos problemas sociais que testemunhamos. Nosso interesse nas raízes de seu comportamento deveria incitar-nos a olhar mais atentamente este transtorno psiquiátrico e suas manifestações destrutivas (21).

O encontro dos aspectos sociais que abordamos com as questões específicas dos fatores biológicos que predis põem ao comportamento violento e aos transtornos mentais, como o TPAS, às drogas de abuso e outros, é que cria condições para a ocorrência de situações como a que iremos relatar. Abordaremos igualmente algumas das possíveis conseqüências para os médicos.

D ESCRIÇÃO RESUMIDA DA INTERDIÇÃO DO EXERCÍCIO DA MEDICINA PELO CREMERS E SEUS DETERMINANTES

Segundo notícias veiculadas em jornais locais, uma unidade de saúde de um bairro de Porto Alegre teve o exercício da Medicina interditado devido às ameaças à integridade física dos médicos. A referida unidade funcionava havia 25 anos no prédio da associação comunitária do bairro. Há dois anos eram feitas ameaças e agressões físicas e morais à equipe, as quais se intensificaram nas duas semanas que precederam o fechamento. Entre as situações que vinham ocorrendo, os médicos estavam sendo coagidos a fornecer atestados falsos, medicamentos controlados e favorecimentos no agendamento de consultas para os traficantes locais e, por se negarem a tanto, sofreram ameaças físicas destes traficantes, que muitas vezes exibiam suas armas para a equipe de saúde que atuava no local, como forma de coação. Por exemplo, uma das médicas chegou a ser ameaçada de ter o rosto cortado caso voltasse a traba-

lhar. O autor da intimidação era o chefe do tráfico da região, que foi ao posto pedir o endereço da profissional. Uma das funcionárias sofreu agressões físicas e teve seu veículo depredado. Os pacientes, sabedores do temor dos Médicos e dos outros membros da equipe, passaram a ameaçá-los de queixar-se aos traficantes, como forma de pressão para conseguir o que queriam. Frente às situações que vinham ocorrendo, o Conselho Regional de Medicina interditou o exercício da medicina na referida unidade, o que, na prática, resultou no fechamento. Revoltados, os moradores ameaçaram interditar avenidas como forma de protesto.

Chama a atenção a manifestação de alguns policiais de alta patente, garantindo que o fechamento da unidade não se dera por falta de segurança, e sim por outros motivos, sugerindo haver um exagero nas preocupações de médicos e outros funcionários. E numa ocasião anterior, frente às queixas de toda a equipe de saúde, a Secretaria Municipal de Saúde tentou solucionar o problema e, para tanto, entendeu ser suficiente para impedir a atuação dos infratores – que prejudicavam não apenas a equipe de saúde, mas toda a comunidade – a contratação de um segurança privado, desarmado, e a abertura de uma pequena porta nos fundos do prédio em que funcionava o serviço e que dava para um “valão” – caso os médicos e funcionários precisassem fugir do local. Nada justifica, do ponto de vista moral, jurídico ou político, atos de coerção que impeçam profissionais de exercer sua profissão. Quando se trata de saúde, condição básica para viver, a violência maior recai sobre os mais carentes, que são impedidos de receber atendimento.

Sabemos que hoje o tráfico pode praticamente ser considerado como mais “um ramo de atividades” e, nele, como em todos os ramos de atividades, encontramos trabalhadores dos mais diferentes escalões. Os médicos,

de modo geral, estão acostumados à pressão de pessoas poderosas por atendimento especial e/ou alguma forma de regalia. Entretanto, aqui temos uma situação em que o tipo de atividade dos poderosos (no caso o “dono do morro”, como referiu um paciente) os torna completamente indiferentes aos valores e regras mínimos necessários para um convívio social digno. O que esperar daqueles que trabalham despreocupados com as próprias vidas e acostumados com a violência constante? Quando o bem maior – a vida e a integridade física – fica ameaçado, passamos para uma situação de impossibilidade do exercício profissional, e a atitude tomada pelo Cremers foi considerada extremamente oportuna pelos que tiveram acesso às informações sobre o que estava realmente ocorrendo. Transcorridos cinco meses e com a participação ativa do Conselho de Medicina junto à comunidade e aos órgãos públicos, a unidade de saúde foi reaberta. O Cremers levantou a interdição após ajudar a recompor a equipe médica, sendo que dos cinco profissionais médicos, só um permaneceu na unidade.

Entretanto, a situação aqui descrita é apenas uma das que vêm ocorrendo, e com muita frequência podemos encontrar outras semelhantes nos jornais de qualquer região do Estado e do País. E geralmente vêm a público os casos em que os médicos não aceitam o jogo a eles imposto. Podemos pensar no custo que situações como esta representam para o exercício da Medicina de um modo geral. Quantos colegas, frente a uma pressão tão grande, podem soçobrar e desrespeitar aqueles valores profissionais mínimos que normalmente são descritos nos códigos de ética profissional?

Um outro custo que situações como esta tendem a acarretar para a medicina e para a sociedade como um todo é o dos desdobramentos para a saúde mental dos profissionais. Ain-

da que não tenhamos como saber todas as conseqüências para os colegas que viveram esta situação, sabe-se que vítimas de situações muito estressantes podem desenvolver um Transtorno de Estresse Agudo ou um Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) (22).

TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT)

A característica essencial do TEPT é o desenvolvimento de uma sintomatologia característica, subsequente à exposição a um estressor traumático extremo que é decorrente de uma experiência pessoal direta frente a um evento no qual ocorreu morte ou ameaça de morte, ferimentos importantes, ou ameaça à integridade física de outros, ou testemunhar um evento em que ocorre morte ou dano à outra pessoa, ou ter notícias destes eventos quando estes ocorreram com um membro da família ou pessoa da qual o indivíduo é próximo. Os eventos traumáticos incluem, mas não se limitam, a combate militar, agressão pessoal violenta (ataque sexual, físico, roubo, assalto), seqüestro, tortura, desastres naturais, acidentes, ou receber notícia de doença que traz risco para a vida, entre outros. A resposta ao evento deve necessariamente consistir de um medo intenso, impotência ou horror. O quadro clínico completo deve estar presente por um período superior a um mês e a perturbação deve causar sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, ocupacional e/ou outras áreas importantes da vida do indivíduo.

As principais características clínicas do TEPT são a revivência dolorosa do evento, esquiva, embotamento emocional e hiperexcitabilidade razoavelmente constantes. A revivência geralmente se dá na forma de recordações ou sonhos recorrentes e intrusivos do evento. A esquiva se dá atra-

vés do esforço para evitar pensamentos, conversas, pessoas, situações e locais que provoquem recordações do evento. Os padrões de esquiva podem interferir com as atividades e determinar divórcio e/ou perda do emprego. O embotamento emocional se manifesta por um "torpor psíquico" e uma falta de interesse por atividades anteriormente prazerosas. Já a hiperexcitabilidade se manifesta por sintomas persistentes de ansiedade ou maior excitação, dificuldades com o sono e, em alguns, irritabilidade e ataques de raiva. O transtorno pode não se desenvolver até meses ou anos após o evento. Pode haver o relato de estados dissociativos, presença de outros transtornos de ansiedade como ataques de pânico, sentimento de culpa, ilusões e alucinações. Podem, ainda, estar presentes sintomas depressivos, agressividade, fraco controle dos impulsos e transtornos relacionados a substâncias.

Não temos informações a respeito das repercussões para os colegas dos fatos ocorridos nesta unidade. Mas tendo em vista o fato de que só um quis retornar ao local de trabalho, podemos pensar numa hipótese de que este fato esteja ligado a sintomas de TEPT. Caso o médico desenvolva um transtorno como este, o resultado pode ser ele não querer retornar ao local de trabalho, pois isto será motivo de intenso sofrimento, podendo até mesmo, algumas vezes, ficar incapacitado para exercer suas atividades profissionais. Desta forma, se fatos como estes se tornarem o cotidiano da atividade de grande parte dos profissionais, certamente aumentará o número de colegas desistindo ou se considerando incapacitados para exercer suas funções, com grande perda pessoal e para a sociedade como um todo.

CONCLUSÕES

Conforme mencionado previamente, a violência origina-se de vá-

rios fatores sociais, psicológicos e biológicos muito complexos. A sua compreensão, bem como a busca de soluções para o problema, somente será possível mediante uma abordagem que dê conta da complexidade do problema. E uma das formas de aprofundar o conhecimento desse fenômeno se dá através do enfoque interdisciplinar. Se desejarmos avançar no sentido de ter uma formação adequada para enfrentar o problema da violência e reduzir seus índices, necessitaremos também considerar que o comportamento é um processo dinâmico de interação entre a fisiologia e a experiência. Neste sentido, o cérebro humano merece uma atenção especial. Para que funcione adequadamente na vida adulta, ele deve ser protegido de fatores que prejudicam seu desenvolvimento. A prevenção, que é a intervenção mais precoce e eficaz, inicia-se com os cuidados pré-natais e o bem-estar físico e emocional materno. A investigação de abuso de substâncias e da violência doméstica deveria ser considerada tão vital como os níveis de tensão arterial. Neste sentido os estudos demonstram que crianças que foram abusadas e negligenciadas apresentam um risco aumentado de serem presas por um crime violento quando adultos. Desta forma, a própria Medicina poderia dar uma maior contribuição para a redução dos índices de violência. Porém os resultados só ocorreriam para as próximas gerações (23).

Desta forma, temos de pensar como o médico pode agir frente a situações como a descrita neste artigo, que tendem a se repetir muitas vezes. Destaca-se, no caso apresentado, como os Conselhos de Medicina podem atuar quando outras instituições falham na solução de conflitos referentes à intimidação e violência no exercício da profissão. É igualmente muito importante que o médico aprenda a trabalhar em equipe e de forma multidisciplinar. E entenda que

certos problemas de saúde só poderão ser resolvidos quando ele tiver a assessoria de profissionais que compreendam os grupamentos humanos e que saibam organizar os recursos sociais de uma determinada comunidade. O aumento do comportamento violento está também associado à fragilidade do indivíduo nos tempos atuais. Pode-se medi-la pelo número de suicídios, pelo aumento da depressão, da ansiedade, do consumo de medicamentos, drogas, etc. Para se ter a dimensão destes problemas, sabemos que existem projeções de que, no ano de 2020, a depressão será a segunda maior causa de incapacidade e morte em nível mundial (24). O indivíduo que se tornou senhor de sua própria existência é cada vez mais frágil. Ele sofre mais a pressão do tempo tanto no trabalho como na vida privada. Também vivemos na época dos direitos humanos, e praticamente acabamos de descobrir que entre eles está o direito de decidir – é claro que dentro de certos limites – sobre as intervenções que são realizadas em nosso próprio corpo, isto é, sobre a saúde e a doença, sobre a vida e a morte (25,26). Se o aumento da liberdade individual deu ao homem atual maior possibilidade de decidir sobre a sua vida, por outro lado ele ficou cada vez mais desprotegido pelas instituições sociais como a família, e os conflitos da vida privada aumentaram. Soma-se a tudo isto a descrença no Estado e nos aparelhos políticos, na política, trazendo dificuldades para uma vida organizada e estruturada por essas instituições. O exemplo que trouxemos, das intimidações sofridas pela equipe de saúde, é emblemático para ilustrar este estado de coisas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. LAVOIE FW, CARTER GL, DANZL DF, BERG RL. Emergency department violence in US teaching hospitals. *An Emerg Med* 1988;17:1227-33.
2. WYATT JP, WATT M. Violence towards junior doctors in accident and emergency departments. *J Accid Emerg Med* 1995;12:40-2.
3. COVERDALE J, GALE C, WEEKS S, et al. A survey of threats and violent acts by patients against training physicians. *Med Educ* 2001;35:154-9.
4. FINK D, SHOYER B, DUBIN WR. A study of assaults against psychiatric residents. *Acad Psychiatry* 1991;15:94-9.
5. SCHWARTZ TL, PARK TL. Assaults by patients on psychiatric residents: a survey and training recommendations. *Psychiatr Serv* 1999;50:381-3.
6. SWANSON JW, HOLZER CE, GANJU VK et al. Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hosp. Community Psychiatry* 1990;17:173-186.
7. BLAND R, ORN H. Family violence and psychiatric disorder. *Can. J. Psychiatry*, 1986;31:129-137.
8. Federal Bureau of Investigation. *Crime in the United States 1996*. Washington D.C.: Department of Justice, 1996.
9. NIEHOFF D. *THE Biology of Violence*. New York: The Free Press, 1999.
10. GAUER RMC. Alguns Aspectos da Fenomenologia da Violência. In: GAUER GC & GAUER RMC, *A Fenomenologia da Violência*. Curitiba: Juruá, 1999:13-36.
11. DAMÁSIO A. *O Mistério da Consciência*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000:17-52.
12. DAMÁSIO A. *O Erro de Descartes: Emoção Razão e Cérebro Humano*. Lisboa: Publicações Europa-América Ltda. 1995.
13. KERCKOVE D. *A pele da cultura*. Lisboa: Relógio D'Água, 1997:218.
14. MORIN EP. *A Sociedade em busca de valores*. Lisboa: Piaget, 1998.
15. GAUER GJC & GUILHERMANO TF. Fatores biológicos associados à conduta agressiva. In: GAUER GC. *Agressividade: Uma Leitura Biopsicossocial*. Curitiba: Juruá, 2001:11-38.
16. WOO-MING AM, SIEVER LJ. Psychopharmacological Treatment of Personality Disorders. In: NATHAN PE, GORMAN JM. *A Guide to Treatments that Work*. New York: Oxford University Press, 1998:554-567.
17. PEREIRA, L.A. Ética, Bioética e Perícia. *Revista AMRIGS*. Abril 2005.
18. American Psychiatric Association. Task force on nomenclature and statistics. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4. ed. rev. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
19. VASCONCELLOS SJL & GAUER GJC. Diferentes Concepções sobre Etiologia do Transtorno de Personalidade Anti-Social. In: GAUER GJC & MACHADO DS. *FILHOS & Vítimas do tempo da violência*. Curitiba: JURUÁ, 2003:100-105.
20. DAMASIO AR, TRANEL D, DAMASIO H. Individuals with sociopathic behavior caused by frontal damage fail to respond autonomically to social stimuli. *Behav Brain Res*, 41, 81-94, 1990.
21. Gauer GJC & Cataldo Neto A. Transtorno de Personalidade Anti-Social. In: Cataldo Neto A, Gauer GJC, Furtado NR. *Psiquiatria Para o Estudante de Medicina*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.
22. Black DW. *Bad boys, bad men: confronting antisocial personality disorder*. New York: Oxford University Press, 1999.
23. GAUER GJC, DIEFENTHAELER EC, CEITLIN LHF. Transtorno de estresse pós-traumático. In: Cataldo Neto A, Gauer GJC, Furtado NR. *Psiquiatria Para o Estudante de Medicina*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.
24. GAUER GJC. Personalidade e Conduita Violenta. *CIVITAS* 2001; 1, 2:45-65.
25. GAUER GJC et al. Transtorno do Humor. In: CATALDO NETO A, GAUER GJC, FURTADO NR. *Psiquiatria Para o Estudante de Medicina*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.
26. GRACIA D. *Ética y vida: Ética de Los Confines de La Vida*. Santa Fé de Bogotá: El Búho, 1998. v.3.
27. CLOTET J. *Por que bioética*. Bioética 1993; 1:15-16.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Gabriel Chittó Gauer

Rua Felicíssimo de Azevedo, 1455/406 – Auxiliadora
90450-110 – Porto Alegre – RS
Fone/Fax: (51) 3028-9090 – (51) 3336-4126
e-mail: ggauer@terra.com.br – ggauer@puccrs.br

Luiz Augusto Pereira

Av. Princesa Isabel, 921 – Santana
90620-001 – Porto Alegre – RS
Fone: (51) 3219-2581 – Fax: (51) 3217-1968
e-mail: presid@cremers.com.br