

A INTERCONSULTA⁽¹⁾ MÉDICO-PSICOLÓGICA NO CONTEXTO INSTITUCIONAL COMO ESPAÇO PARA A FORMAÇÃO DE MÉDICOS E PSICÓLOGOS

ANA TERESA DE ABREU RAMOS CERQUEIRA⁽²⁾

Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Os conceitos de Interconsulta médico-psicológica e os modelos de atuação considerados por nós como adequados estão em consonância com as propostas de Ferrari, Luchina e Luchina (1977 e 1979). Antes de apresentarmos esses conceitos, vamos rever as origens e a história do desenvolvimento da Interconsulta em outros países e no Brasil.

Revisão recente, de Botega e Dalgarrondo (1993), sobre a história da interconsulta psiquiátrica em ambulatórios e enfermarias de hospitais gerais, aponta para o fato do movimento psicossomático ter tido um grande impacto na prática médica. Este movimento favoreceu a entrada do psiquiatra - e posteriormente do psicólogo - no hospital geral e, portanto, favoreceu a construção do espaço do psicológico junto a doentes com predominância de sintomas físicos.

Esta atividade desenvolveu-se a partir da chamada Psiquiatria de Consultoria e Ligação ("Consultation-Liaison Psychiatry, termo proposto por Lipowski em 1967), uma área especial de conhecimento que se ocupa da assistência, ensino e pesquisa na interface da psiquiatria e medicina, utiliza-se do referencial da psicossomática, porém não se detém na pesquisa do estabelecimento de relações etiológicas entre fatores psicossociais e a doença orgânica, mas tenta abordar todos esses fatores.

A Consultoria refere-se à atuação de um profissional de saúde mental avaliando e indicando um tratamento para pacientes de outros especialistas (atuação episódica, a partir de uma solicitação específica). E a Psiquiatria de Ligação implica um contato contínuo com os serviços de um hospital geral: o profissional de saúde mental passa a integrar efetivamente a equipe médica, participando de reuniões clínicas, atendendo pacientes e lidando com aspectos da relação estabelecida entre equipe assistencial, paciente e instituição.

⁽¹⁾ Ao longo do texto serão usadas as siglas "AIC" - para a interconsulta - e "OIC" - para o interconsultor.

⁽²⁾ Departamento de Neurologia e Psiquiatria

Esta atividade aqui no Brasil tem sido designada por Interconsulta Psiquiátrica, genericamente, ou Interconsulta Psicológica, como o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, onde o profissional solicitado a atuar é o psicólogo.

HISTÓRICO DA PSIQUIATRIA DE CONSULTORIA E LIGAÇÃO

A partir da década de 30 iniciam-se, nos EUA, as unidades psiquiátricas no Hospital Geral, as quais crescem no período pós-guerra com os distúrbios psiquiátricos de ex-combatentes. Atualmente, a maioria de hospitais de médio e grande porte, nos EUA, contam com unidade psiquiátrica e serviço de interconsulta. Estes serviços ficam na dependência da organização da assistência médica e da política de saúde vigente.

No Brasil, este tipo de atuação é incipiente e os serviços de interconsultas, na sua quase totalidade, localizando-se em Hospitais-Escola - exceção feita ao Instituto do Coração, Beneficência Portuguesa e outros hospitais de atendimento a coronarianos entre nós, a evolução da inserção dos profissionais de Saúde Mental nos hospitais gerais marca-se pelo aumento de três atividades:

- interconsultas (consultoria)
- leitos psiquiátricos em enfermaria geral, unidade de internação
- interconsultas de ligação (interconsultas verdadeiras)

No entanto, esse percurso é peculiar dos hospitais universitários que certamente não representam a realidade da assistência médica, especialmente hospitalar, no país.

Esta mudança que inicia seu desenvolvimento pode ser vantajosa tanto para pacientes, como para os médicos, psiquiatras ou não, e outros profissionais de saúde mental, especialmente o psicólogo. Pode-se dizer que há um alerta para se atentar mais para os aspectos psicológicos e psiquiátricos das doenças físicas e para os aspectos psíquicos presentes nas doenças em geral, na abordagem e tratamentos clínicos e cirúrgicos.

Porém, certamente esse novo olhar a ser construído no hospital geral não ocorre e não ocorrerá sem obstáculos: para exemplificar, aponta-se que, trabalhando em locais diferentes, médicos e médicos-psiquiatras compartilhavam do esquema referencial comum e hegemônico na Medicina: o biológico; agora trabalhando juntos no hospital geral, seus esquemas de referência, do ponto de vista ideológico e prático, não serão sempre convergentes.

Uma relação de conflito pode ser estabelecida na competição teórica e prática das ações de Saúde (Ferrari, Luchina e Luchina, 1977, Ramos-Cerqueira e Smaira, 1992). Alves Brasil, citado por Botega e Dalgarrondo (1993), sugere que

nesse convívio a clínica e a psiquiatria podem perder sua identidade, ou, como apontam Ramos-Cerqueira e Smaira (1992), a psiquiatria, em sua atividade de IC num hospital geral, pode se revestir de uma posição exclusivamente organicista, assumindo o objetivismo médico e o positivismo científico, representado pela "medicalização em saúde mental" como uma das tendências dominantes da psiquiatria atual.

Nesse contexto, a idéia da IC focalizando o campo dinâmico da relação doente-doença-médico-instituição pode ficar restrita à atuação do psicólogo cujo instrumento de trabalho é predominantemente a palavra.

Para responder a essas novas situações, para as quais nem psiquiatra (que participou delas enquanto estudante) e nem psicólogo (que não recebeu formação teórica e prática na sua graduação) teve preparo especial, foi necessária a busca de um referencial teórico, busca de novas técnicas para uma atuação concreta que possibilitasse a estes profissionais, "acostumados a lidar com manifestações da mente... e que não são claramente deriváveis de um espaço corporal... perceber o corpo físico como um espaço de representações... ao entrar numa enfermaria de hospital geral, esses profissionais são assaltados pela corporalidade orgânica (Botega e Dalgalarondo, 1993). Depoimentos de estagiários e residentes que iniciam esta atividade são reveladores dessa dificuldade e do sofrimento do contato com os doentes "físicos".

- "Quando vi a criança com as bolsas, querendo correr, tendo que se adaptar à sua nova realidade, saí da enfermaria e achei que nunca mais voltaria ali... Tive raiva de sua mãe, que achei que não cuidava, não se importava com o sofrimento da filha..." (D.1992).

- "Que posso fazer? Os médicos que cuidam dele nem conversam entre si, cada um me diz uma coisa, só são unânimes em dizer que seu prognóstico é ruim, e eu fico lá do lado, quase chorando na frente dele (chorava muito quando trouxe esse material para supervisão), e assistindo sua dor, vendo ele segurar aquele pedaço de perna que lhe restou..." (N, 1991).

Para nós, o referencial teórico e sugestões para se atuar nesta área, assemelham-se aos apresentados por Ferrari, Luchina e Luchina, (1977 e 1979).

Para a atuação no contexto hospitalar, considera-se que o modelo de atenção médica organiza os processos que ocorrem em seu interior e até determina esses processos. Assim, por exemplo, os problemas para os quais somos chamados a atuar são resultados do tipo de assistência médica prestada por um hospital-escola. Muitas vezes a prioridade não é o paciente, é o ensino; em outros, é a pesquisa e não o doente, resultando num atendimento superespecializado, fragmentado, despersonalizado e cindido do paciente.

Entrevistando docentes médicos de nosso hospital, e perguntando sobre o trabalho a ser efetuado pelo psicólogo junto aos doentes internado, obtiveram-se

respostas que sugeriam:

- que o psicólogo pudesse "amenizar" reações geradas por aspectos da própria instituição com suas normas, ou às vezes decorrente da relação com a equipe terapêutica;

- que o psicólogo pudesse "apoiar" o paciente que se sente desamparado, pelo rodízio constante de alunos aos quais se vinculam, e por estar afastado da família.

Percebe-se que localizam o desamparo em fatores aparentemente imutáveis, relegando esse cuidado ao profissional de saúde mental, dissociando, portanto, sua visão do paciente. Sugeriam, ainda, que o contato com pacientes graves e seus familiares pudesse ser feito pelo psicólogo ou assistente social...

Este ideal "asséptico" - em que se dissocia mente e corpo - é desejado pelo médico e muitas vezes aceito até pelo interconsultor na medida em que ele aceita atuar na direção solicitada, contribuindo para a cisão do doente. Certamente, em alguns casos, a atuação especializada pode ser estratégica para uma aproximação inicial, ou até em função da emergência do caso; porém, isto deve estar explícito para a equipe de interconsulta.

Para nós a atuação do interconsultor deverá:

1- instrumentalizar a compreensão dos objetos institucionais: explicitando-os, analisando-os em profundidade, não com o objetivo de apontar a inadequação da estrutura institucional, mas, para situar essa estrutura e ressignificá-la, revelando sua participação no processo assistencial. Não se pretende fazer da interconsulta um instrumento de política institucional, mas sim um instrumento de análise institucional.

2- estudar a área clínica - campo onde se presta assistência ao doente e - detectar, nessa área, as micro e macro distorções, explicitando que embora a determinação dos enquadres sob os quais se atua depende de fatores e condicionantes sociais (tempo de internação, rodízio de alunos, instalações físicas, número de leitos), a implantação desses enquadres na instituição é dada pelas interrelações humanas. E são estas interrelações humanas complexas que interpretam e fixam as normas que concretizarão os modelos de assistência.

Para o desenvolvimento desta atuação a interconsulta deve se dar no contexto clínico, onde ocorrem a clínica e a patologia da relação médico-paciente. É no contexto clínico que se poderá evidenciar a doença ampliada do plano biológico para o da integração psico-social, na medida em que relação médico-paciente se constitui com o campo dinâmico em que operam a transferência e contra-transfe-

rência (médica e de toda a equipe), assim como a filosofia do trabalho médico.

A análise da transferência e da contra-transferência será um dos pontos nodais da interconsulta: por ser esta sua função a mais importante e pela dificuldade da tarefa - pois aqui surgem as maiores resistências da equipe. Referindo-se à atuação do psicólogo, nossos entrevistados (docentes) sugeriam que a atuação deveria atingir especialmente alunos e residentes - profissionais em formação -, uma vez que a equipe fixa já possuía experiência que os habilitava a lidar com casos difíceis... Atitude reveladora da negação em assumir mecanismos psicológicos que podem ser ativados também nos experientes, no atendimento ao doente; a negação da presença da própria subjetividade na atenção médica.

Para melhor compreender esses objetivos retornemos a alguns conceitos.

A medicina clássica, tal como é exercida na grande maioria das instituições médicas, concebe o ato médico como uma prática peculiar, baseada na dissociação do fenômeno de seu estudo - o doente, separando - o da doença. Enquanto a doença é estudada cientificamente, o doente é submetido ao conhecimento de senso comum: sua abordagem é ideológica e conseqüentemente muito diferente para cada médico, o que leva a que cada paciente solicite e receba um tratamento pessoal ao seu sofrimento, que se relaciona com suas características individuais, e com a ressonância que tem em seu médico e instituição, que reagem conforme suas próprias peculiaridades pessoais:

- os fenômenos corporais são abordados com uma bagagem profissional, resultante do avanço científico da medicina e

- os fenômenos mentais, concomitantes ou subjacentes, são objeto de uma atitude empírica e pessoal

Assim, a doença é vista como tendo genericamente uma "história natural", desligada do paciente. Considera-se, contrariamente a este ponto de vista hegemônico, que o doente não é reduzível à doença e o ato médico não é reduzível a uma ação meramente técnica.

Por exemplo, o médico pela própria natureza de sua tarefa, é obrigado a um contato, a uma relação plena de aspectos emocionais ligados ao mecanismo de identificação. Frente à identificação, o médico pode desligar-se do "outro" ou identificar-se maciçamente com ele, situação que pode impedir a identificação empática (transitória) - que cura - e levar a uma não diferenciação entre ego do paciente e do médico, isto pode ameaçar o médico por fazer surgirem identificações infantis ligadas à sua vocação.

Podem ainda pressentir perigos: diante de conflitos entre seus impulsos agressivos e sua capacidade de sentir afeto pelo paciente, de curá-lo podem ocorrer distorções na sua comunicação e percepção do paciente, onde ele mantém sua identidade médica adulta percebendo a confusão instalada. Neste momento pode ocorrer o pedido de interconsulta. Este pode revelar seu desejo de compreender a

situação difícil que está vivendo com o paciente, evitando que aquela situação prejudique ou deteriore sua identidade médica, centrada na sua capacidade de cura.

Compreende-se que frente à importância das ansiedades no exercício profissional o médico desenvolva defesas emocionais: não se questiona o sentido da legitimidade ou pertinência da defesa, entende-se que, se são adequadas, devem proteger o homem que há no médico, cerceando o menos possível a contribuição que este homem pode trazer ao médico e enriquecer o seu exercício profissional.

Por isso, a percepção dos verdadeiros determinantes de um pedido de IC não pode ser atingida sozinha e nem estão explicitados no pedido de interconsulta. Isto deve ser tarefa do interconsultor: diagnosticar e analisar o motivo latente da IC. Compreendemos, também, que frequentemente o médico queira ser apenas técnico, pois uma redução e despersonalização do fenômeno emocional diminui sua complexidade e dificuldade, pois para este enfrentamento o médico encontra-se desprovido de recursos.

Porém é inevitável o fato: o médico reage, queira ou não, com a sua irracionalidade emotiva, e estabelece com seu paciente uma relação complexa, mais ou menos profunda, que se denomina "relação médico-paciente".

Por seu lado, nesta relação o paciente apresenta sua fragilidade e suas expectativas que o levam a depositar no médico pré-julgamentos, preconceitos e ansiedades que constituem a sua representação de doença. É nesse contexto que oferece ao médico os seus sintomas, esperando que suas necessidades mais profundas sejam reconhecidas.

É este o contexto de atuação da IC: analisar o campo dinâmico das interrelações emocionais (a transferência e a contra-transferência) ocorrendo no campo institucional, permeadas por este campo, com suas regras e normas, a que tanto médico como paciente, estão sujeitos: A organização de uma doença entre um médico e um paciente, ou entre uma instituição e seu paciente é bastante fixa e condiciona evoluções e crises que são os objetos de análise e intervenção do interconsultor.

No Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, as IC são solicitadas em formulários próprios nos quais constam dados sócio-demográficos (poucos) e clínicos do paciente, e o motivo do pedido da IC. Os motivos dos pedidos são geralmente sintéticos, pouco específicos e localizados em alterações do paciente, sem nenhuma referência à dificuldade de se fazer um pedido de IC, pois, no geral, como já foi descrito, sua necessidade emerge de uma situação conflitiva, de incerteza, de pobres resultados terapêuticos, e muitas vezes, associada a uma descrença no tipo de atuação psicológica ou psiquiátrica, tornando ainda mais evidentes as diferenças de critérios de saúde, de doença, de linguagem técnica, do esquema de referência de cada um.

São numerosos, segundo Lipowski (1967), os transtornos para os quais se solicita atenção específica.

- apresentação psicológica de doença orgânica
- complicações psiquiátricas de doença orgânica
- reações psicológicas à doença orgânica
- apresentação somática de problemas psicológicos
- complicações somáticas de distúrbios psicológicos
- distúrbios classicamente chamados de psicossomáticos.

Para que o IC dê conta de sistematizar teorias e dados que possam ser úteis em seu trabalho, deve aprofundar-se no estudo de condições biológicas, sociais, de estresse e vulnerabilidade, dos conflitos pessoais e adaptativos, bem como estudar suas experiências prévias com doença, hospitais e médicos. Isto explicita a necessidade de um paradigma inerdisciplinar que também permita analisar os diferentes esquemas de referência presentes no doente, no médico e interconsultas.

Tudo se encaminha para perceber os passos que devem compor a atividade de IC:

- a) recolhimento de informações (situação da internação do paciente, estrutura da enfermaria, relacionamento entre os pacientes, entrevista com familiares, médico e equipe) - sendo o material mais importante o referente ao conflito "atual", que revela a crise da RMP e não a busca minuciosa da psicopatologia do paciente;
- b) esclarecimento exige o processo de registro e categorização dos dados para elucidar a crise: que pode ser relativa à RMP ou à instituição;
- c) devolução da informação.

Considera-se que uma IC teve êxito quando foi capaz de diagnosticar o bloqueio da RMP, localizar, reparar ou restaurar o vínculo, o que possibilitará restaurar a comunicação e permitir ao médico continuar sua tarefa.

Portanto, o êxito é poder realizar um diagnóstico situacional. Fundamental chamar atenção que esta é uma meta ideal, raramente alcançada nos atuais serviços de IC, por razões já expostas e que tem sido estudadas por vários hospitais universitários (Miguel Filho e cols., 1990; Millan e cols., 1986; Martins, 1989; Almeida, 1990; Botega e Cassorla, 1991; Botega, 1993). Com o objetivo de avaliar resultados, de se verificarem seus efeitos na assistência e ensino, avaliaram-se as IC em nosso próprio hospital: temos os trabalhos de Kerr-Corrêa e Silva, (1985); Kerr-Corrêa e cols., (1989); Smaira (1990); Ramos-Cerqueira e cols. (1992).

Para se elaborar o encontro médico-psicológico em torno de um doente é preciso mais do que conseguir uma verdade e exatidão acadêmicas; é necessário conseguir um conhecimento que canalize e concretize as expectativas de saúde

que a situação pede, incluindo os desejos e fantasias do médico, as possibilidades reais do interconsultor e o campo psicossocial em que estão imersos.

Do ponto de vista de tarefas e constituição, a equipe de IC deve estar atenta para sua tarefa assistencial, pedagógica e de pesquisa. Composta de interconsultores formados de acordo com as exigências da tarefa - incluindo médicos e psicológicos - que devem estar dispostos a atuar fora do contexto psicoterápico habitual, contexto em que o aumento da frustração imprime uma carga emocional adicional a sua tarefa.

Resumindo, a interconsulta deve ser vista como instrumentos teórico do diagnóstico situacional, avaliando a crise vital que a doença traz para o paciente e seus familiares. Por meio da interconsulta, os elementos psicossociais surgirão como componentes da doença. Isto poderá conduzir:

- ao estudo da organização, do desenvolvimento e eventual resolução da doença como processo dentro da instituição e, ainda, a revelar a importância dos modelos médicos e dos sistemas de atenção médica para o prognóstico da doença; e esta visão implica ampliar o conceito de prognóstico para os aspectos ligados à relação médico-paciente e à organização institucional;
- a uma leitura analítica da instituição, revelando aspectos não explicitados de seu funcionamento e organização, podendo-se discriminar uma organização tecnicista de uma organização assistencial;
- à identificação das necessidades tanto dos pacientes, como dos que prestam assistência, podendo detectar um cuidado assistencial adequado às necessidades, ou uma assistência coisificada e indiscriminada e finalmente,
- à valorização da interconsulta para a educação do psicólogo e do médico; e valor educativo e acumulador das experiências de interconsultas para ambos é um elemento que resgata suas vivências com os pacientes, ajuda a entender sua contra-transferência e esclarece sua inserção institucional, fazendo com que eles possam ser um elemento de renovação da própria instituição.

Referências Bibliográficas

- Almeida, O.P. (1990). O papel do psiquiatra no Hospital Geral. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 39, 183-189.
- Alves Brasil, M.A. (1982) - *A unidade psiquiátrica em hospital geral*. Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.
- Botega, N. e Dalgalarondo, P. (1993) - *Saúde Mental no Hospital Geral*. São Paulo: Editora Hucitec.
- Ramos-Cerqueira, A.T.A.; Ambrosio, S.; Vilela, N.M.F. e Cardoso, M.M. (1992) - Análise das interconsultas médico-psicológicas: o espaço do psicológico num hospital-escola. *Anais da XXII Reunião Anual de Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia*, p. 107.

- Ferrari, H. Luchina, N.; Luchina, I.L. (1977) - *La Interconsulta Médico Psicológica en el Marco Hospitalario*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Vision.
- Ferrari, H. Luchina, N.; Luchina, I.L. (1979) - *Assistência Institucional. Nuevos desarrollos de la interconsulta médico-psicológica*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Vision.
- Kerr-Correa, F. e Silva, B.C.M. (1985) - Avaliação do ensino de Psiquiatria pela análise dos pedidos de interconsultas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 34, 247-252.
- Kerr-Correa, F.; Smaira, S.I.; Torres, A.R., Rossini, R. (1989) - É possível melhorar o diagnóstico de alcoolismo? Avaliação do ensino de psiquiatria através de interconsultas em enfermarias de um hospital universitário. *Revista ABP-APAL*, 11, 81-85.
- Lipowski, Z.J. (1967) - Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine II - Clinical Aspects. *Psychosomatic Medicine*, 29, 201-224.
- Martins, L.A.N. (1989) - A consultoria psiquiátrica e psicológica no hospital geral: a experiência do Hospital São Paulo. *Revista ABP-APAL*, 11, 160-164.
- Miguel Filho, E.C., Ramadam, Z.B.A.; Malbegier e Souza, D.G. (Orgs.) (1990). *Interconsulta psiquiátrica no Brasil*. São Paulo: Astúrias.
- Millan, L.R.; Miguel Filho, E.C.; Lima, M.G.A.; Fraguas Junior, R.; Gimenes, R. (1986) - Psiquiatria no hospital geral: experiência de um ano. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 13, 33-38.
- Smaira, S.I. (1990) - O serviço de interconsultas psiquiátricas da Faculdade de Medicina de Botucatu- UNESP: uma análise. Em: E.C. Miguel Filho et al. *Interconsulta Psiquiátrica no Brasil*. São Paulo: Astúrias, 96-102.